

# Les atteintes respiratoires observées au cours de la PR

I.Henchiri ; K.Baccouche ; A.Nouira ; S.Belghali ; Z.Alaya ; H.Zeglaoui ; E.Bouajina  
Service de rhumatologie, hopital Farhat Hached, Sousse

## Introduction

L'atteinte pulmonaire de la polyarthrite rhumatoïde est la manifestation extra-articulaire la plus fréquente. Notre travail a pour but de préciser les caractéristiques épidémiologiques, clinique et para-clinique de cette manifestation.

## Patients et méthode :

Etude descriptive rétrospective ayant portée sur 300 patients atteints de PR confirmée, suivis entre 2007 et 2012 à la consultation externe et/ou au service de rhumatologie CHU Farhat Hached de Sousse.

## Résultats

Sur 300 cas étudiés, 119 (39,7%) ont présenté des manifestations respiratoires cliniques et/ou paracliniques (à la radio-thorax, l'EFR ou la TDM thoracique), répartis comme suit : 73,9% femmes et 26,3% hommes avec un âge moyen de 54 ans.

Le délai d'apparition des atteintes respiratoires a été en moyenne de 71 mois avec une médiane de 48 mois.

On a constaté que 91,6% des patients n'ont présenté que des manifestations respiratoires spécifiques de la PR, contre 8,4% des patients avec des atteintes pulmonaires non spécifiques de la PR.

### Atteintes respiratoires spécifiques de la PR



- atteinte infra-clinique
- PID et/ou fibrose pulmonaire
- bronchectasie
- nodule rhumatoïde pulmonaire

### Atteintes pulmonaires non spécifiques

|  | Nombre de cas |
|--|---------------|
| PID due au méthotrexate                      | 1             |
| PID due à l'infliximab                       | 1             |
| Tuberculose pulmonaire                       | 4             |
| Tuberculose ganglionnaire médiastinale       | 1             |
| Bronchopneumopathie à germe banal            | 1             |
| Bronchopneumopathie à Pseudomonas aeruginosa | 1             |

## Discussion

- Les atteintes respiratoires au cours de la PR sont très variées, et peuvent coexister chez le même patient.
- L'imagerie par TDM a détecté des formes infra-cliniques ainsi que des formes infra-radiologiques.
- Le MTX ainsi que les anti TNF $\alpha$  sont susceptibles d'induire des complications pulmonaires.

## Conclusion

Les complications pulmonaires au cours de la PR sont fréquentes, et conditionnent parfois la prise en charge thérapeutique ; toutefois certains médicaments sont incriminés dans l'avènement de ces atteintes.



## Difficultés thérapeutiques d'un syndrome SAPHO pédiatrique

H Sahli, R Amri, R Tekaya\*\*, H Bachrouch\*, W Garbouj, F Ben Dahmen, H Harran, S Azzabi, I Ben Ahmed, R Jazi

Service de Médecine Interne – Hôpital Mohamed Taher Maamouri – Nabeul – Tunisie

\*Service de pédiatrie – Hôpital Mohamed Tletli – Nabeul – Tunisie

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

### INTRODUCTION :

Le syndrome SAPHO (synovite, acné, pustulose, hyperostose, ostéite) est une entité rare qui désigne l'association d'un ensemble hétérogène de manifestations cutanées et ostéo-articulaires ayant pour dénominateur commun un processus inflammatoire aseptique. La forme pédiatrique est rare et peut être à l'origine de difficultés diagnostiques et thérapeutiques. Nous illustrons ces difficultés à travers une nouvelle observation.

### OBSERVATION :

- ❖ Patiente âgée de 14 ans, épileptique, consulta pour une symptomatologie faite de scapulalgie et de gonalgie bilatérale d'horaire mécanique qui évoluaient depuis une année associée à des lésions de pustulose palmo-plantaire d'évolution intermittente.
- ❖ La patiente avait reçu en milieu pédiatrique une corticothérapie à fortes doses avec disparition des lésions cutanées et récidivent à toute tentative de dégression de cette corticothérapie.
- ❖ L'examen était sans anomalies.
- ❖ Les radiographies standards aussi. La VS était à 42 et la CRP à 6. La scintigraphie osseuse avait montré une hyperfixation au niveau des genoux plus marquée du côté droit et ceci au temps précoce et tardif. La biopsie cutanée des lésions de pustulose avait montré un aspect compatible avec une pustulose uniloculaire dans le cadre d'un SAPHO. Un typage HLA avait été pratiqué et avait révélé un HLA B27+.
- ❖ La décision thérapeutique collégiale entre pédiatre, dermatologue et rhumatologue était de prescrire la sulphasalazine à 2g/j. L'évolution était favorable avec un recul de 4 mois et dégression de la corticothérapie sans récurrence cutanée.

### CONCLUSION :

Le traitement du syndrome SAPHO se caractérise par sa diversité et sa difficulté beaucoup plus importantes en milieu pédiatrique. Ceci reflète bien les différentes conceptions pathogéniques et l'hétérogénéité des différents tableaux cliniques.

### DISCUSSION:

- ❖ L'étiopathogénie du syndrome SAPHO étant encore mystérieuse, il n'existe pas de traitement standardisé ni de consensus thérapeutique.
- ❖ Le but est de lutter contre la douleur et l'enraidissement articulaire et de traiter les lésions cutanées.
- ❖ Un traitement symptomatique est indiqué chez tous les patients. Les AINS constituaient le traitement symptomatique de référence dans le syndrome SAPHO. La colchicine est prescrite surtout en cas d'intolérance aux AINS. Les corticoïdes sont utilisés en deuxième intention en cas de résistance ou de contre-indication aux AINS. Les formes résistantes semblent répondre favorablement à la corticothérapie générale prescrite à faible dose (15 mg/j) sur une courte durée.
- ❖ Les cyclines et les macrolides sont les antibiotiques les plus utilisés.
- ❖ La sulfasalazine (1 à 4,5g/j) a été prescrite compte tenu de l'efficacité dont elle a fait preuve dans le traitement des spondylarthropathies. Le méthotrexate a été utilisé à une dose comprise entre 7,5 et 15 mg par semaine, en cas d'arthrite périphérique avec une efficacité variable.
- ❖ Les bisphosphonates ont été utilisés dans de courtes séries avec des résultats encourageants.
- ❖ Les anti TNF alpha ont été utilisés avec des résultats encourageants.



# Impact du profil immunologique sur la présentation clinique du lupus érythémateux systémique

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

Service de Médecine Interne – HMTM – Nabeul – Tunisie

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

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

## Introduction:

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie systémique caractérisée par son grand polymorphisme clinique et immunologique. Le but de ce travail d'étudier l'impact de l'immunologie sur la présentation clinique du LES.

## Méthodes:

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

## Résultats:

- Seize patients :14 femmes et de 2 hommes.
- Age moyen= 41±13 ans [16-59 ans].
- Les différents types d'atteintes au moment du diagnostic sont résumés dans le tableau 1.
- Le profil immunologique est détaillé dans le tableau suivant:

| AAN négatifs   | 1 cas                |
|--|----------------------|
| Anti DNAn  | 7 cas                |
| Taux d'AAN   | 1/360 [1/160-1/1280] |
| Anti ENA +   | 6 cas                |
| Anti SSA +   | 5 cas                |
| Anti RNP +   | 3 cas                |
| Anti-SSB , anti-nucléosome,<br>anti-histone, anti- SM, anti-Ro52 | 1 cas chacun         |

Tableau 1: Manifestations cliniques

| Type de manifestation | N   |
|-----------------------|-----|
| Cutanées              | n=8 |
| Rhumatologiques       | n=7 |
| Hématologiques        | n=5 |
| Cardiaques            | n=3 |
| Rénales               | n=2 |
| Vasculaires           | n=2 |
| Pulmonaires           | n=1 |
| Neurologiques         | n=1 |

□L'étude analytique avait montré que la valeur moyenne des AAN était statistiquement plus élevée en présence de manifestations cutanées ( $p=0,026$ ). Les autres manifestations cliniques n'étaient pas corrélées aux caractéristiques du bilan immunologique.

## Discussion et conclusion:

Ce travail avait montré que les manifestations cutanées au cours du LES sont associées à une forte positivité des AAN. Des études à plus grande échelle seront nécessaire pour mieux étayer l'impact de l'immunologie sur la présentation clinique du LES.

# **Etude comparative de la réponse thérapeutique sous biothérapie seule VS biothérapie en association avec les D-MARDs chez les patients atteints d'une polyarthrite rhumatoïde.**

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

## **Introduction :**

Le but a été de comparer les biothérapies disponibles pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde dans deux populations différentes : les patients sous D-MARDs (groupe 1) et les patients sous biothérapie seule (groupe2).

## **Résultats :**

Le groupe1 était composé de 10 patients, 9 femmes et un homme, d'âge moyen 49,4 ans, leur maladie évoluait depuis en moyenne 7,33 ans. Leur polyarthrite était séropositive érosive dans tous les cas. Le Méthotrexate était prescrit de première intention chez tous les patients. Il était associé à la Salazopyrine dans deux cas. Le recours à une biothérapie avait comme motif une inefficacité thérapeutique chez tous les patients. La biothérapie était à base d'anti TNF alpha dans 8 cas et de Rituximab dans deux cas. La réponse au traitement était évaluée au bout de 14,6 semaines en moyenne par le score DAS 28 CRP qui était en moyenne 2,7.

Le groupe2 était composé de 10 patients, 8 femmes et deux hommes, âgés en moyenne de 52,9 ans. La polyarthrite rhumatoïde évoluait depuis en moyenne 9,53 ans. Le Méthotrexate était prescrit seul chez 6 patients, en association avec la Salazopyrine chez trois patients et dans le cadre d'une triple thérapie dans un seul cas. Ce traitement a été arrêté pour une inefficacité dans deux cas et pour une intolérance digestive dans le reste des cas. 9 patients ont reçu par la suite des anti TNF alpha dont 3 ont eu au mois un Switch. Un patient a eu un passage de l'Etanercept au Rituximab. Au bout de 21,2 semaines leur DAS28 CRP était en moyenne de 3,05.

## **Discussion:**

Notre étude démontre la supériorité de l'association Biothérapie MTX par rapport au Biothérapies en monothérapie. La différence du DAS28 moyen des deux groupes à la fin de l'étude est significatif.

Donc en cas d'inefficacité thérapeutique du MTX, et de passage à une Biothérapie, on doit garder le MTX afin de garantir un meilleur résultat thérapeutique.

## **Conclusion :**

Plusieurs revues de littérature ont montré la supériorité de l'association biothérapies D-MARDs par rapport aux biothérapies seules dans le traitement de la Polyarthrite Rhumatoïde. Nous allons réaliser une étude statistique pour notre étude.



# Profils épidémiologiques et étiologiques des métastases osseuses au service de médecine interne du CHU la Rabta: A propos d'une série de 36 cas

A. Aouadi; I. Ben Ghorbel; H. Tounsi; N. Belfeki; M. Lamloum; A. Hamzaoui; T. Ben Salem; MH. Houman.

**Introduction:** Les métastases osseuses constituent une pathologie fréquemment rencontrée aux services de médecine interne, vu la grande diversité des motifs de consultation dans ces services.

**Objectifs:** Notre étude vise à déterminer les profils épidémiologiques et étiologiques des cancers secondaires des os au service de médecine interne du CHU la Rabta.

**Patients et méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective, menée dans le service de médecine interne du CHU la Rabta et concerne les dossiers de patients présentant des métastases osseuses entre 1999 et 2012.

**Résultats:** Trente six cas de métastases osseuses ont été colligés, répartis entre 25 hommes et 11 femmes. L'âge moyen des patients était de 57,3 ans (extrêmes : 20-81 ans). Les circonstances de découverte étaient dominées par l'altération de l'état général chez 16 patients (44%), les douleurs osseuses chez 12(33%) patients. La maladie thromboembolique était révélatrice chez 7 patients(19%). Pour le reste des cas, on a noté des circonstances variées. Le délai moyen entre l'apparition du premier symptôme et le diagnostic était de 3,4 mois. Le diagnostic étiologique était établi par une biopsie osseuse dans 8 cas (22%) et par une biopsie de la néoplasie primitive dans le reste des cas. Les néoplasmes primitifs les plus fréquents étaient le cancer de la prostate (7 cas) et les cancers broncho-pulmonaires (7 cas) suivis du cancer du sein (4 cas), du cancer de la vessie (3 cas), du mélanome (1 cas), du cancer testiculaire (1 cas) et du cancer de l'ovaire (1 cas). Le cancer primitif est resté indéterminé chez 12 patients (33,3%).

**Conclusion:** Le cancer de la prostate et les cancers broncho-pulmonaires sont les principales néoplasies responsables de métastases osseuses dans notre série. Cependant un nombre non négligeable des métastases osseuses reste sans primitif connu ce qui empêche une prise en charge adéquate.

## Références:

[1] H. Hariz ; F. Frikha. Contribution à l'étude des métastases osseuses : à propos d'une série de 49 cas. Revue du Rhumatisme (2012) A133-A334.

[2] NE. Lamini ; E. Ndounga. Les cancers secondaires des os au centre hospitalier et universitaire de Brazzaville. Revue du Rhumatisme (2012) A133-A334.

**Discussion:** Les métastases osseuses sont fréquemment rencontrées aux services de médecine interne. Les motifs principaux de consultation que nous avons constaté sont l'altération de l'état général et les douleurs osseuses. Dans notre série, les néoplasies primitives sont le plus souvent localisées au poumon, à la prostate et au sein, ce qui est conforme à notre revue de littérature. Le primitif est resté non déterminé pour un pourcentage important de patients, ce qui peut être expliqué par la limitation des moyens diagnostiques disponibles et par l'atteinte profonde de l'état général empêchant les gestes invasifs. Le traitement est souvent palliatif, vu que ces patients sont pris en charge à un stade avancé.



# Association Rhumatisme inflammatoire chronique et tuberculose: A propos de 8 cas

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

## **Introduction:**

Plusieurs observations ont noté une fréquence plus élevée de survenue de tuberculose chez les patients atteints de rhumatisme inflammatoire chronique. Nous en rapportons 8 cas.

## **Observation:**

Il s'agit de 4 hommes et 4 femmes dont l'âge moyen est de 53,3 ans (26 à 78ans). Sept patients étaient suivis pour une polyarthrite rhumatoïde et un patient pour une spondylarthropathie. La durée moyenne d'évolution du rhumatisme inflammatoire chronique est de 10,5 ans. Trois patientes présentaient une forme sévère de polyarthrite rhumatoïde, dont une avait une amylose rénale au stade d'hémodialyse. Le traitement de fond était le MTX chez 6 patients, la SLZ chez un patient et deux patientes étaient sous anti TNF alpha. La tuberculose était dans tous les cas à localisation pulmonaire. Une tuberculose uro-génitale était associée dans un cas. Le délai moyen de survenue de la tuberculose par rapport au Rhumatisme inflammatoire chronique est de 4 ans. La preuve bactériologique et/ou anatomopathologique était présente chez tous les patients. La durée moyenne de traitement antituberculeux est de 6,6 mois. L'interruption du traitement de fond était nécessaire dans tous les cas (Il a été repris par la suite). L'évolution était favorable chez tous les patients.

## **Discussion:**

Avant l'ère des anti-TNF alpha, il existait peu de données épidémiologiques concernant la tuberculose chez les patients atteints de rhumatisme inflammatoire chronique. Plusieurs études ont démontré qu'il existait un risque de tuberculose deux à dix fois supérieur chez les patients atteints de rhumatisme inflammatoire chronique en l'absence de tout traitement anti-TNF. Ce risque est encore multiplié par deux à quatre sous traitement anti-TNF alpha.

Dans notre petite série, deux patients seulement étaient traités par anti TNF, ce qui ne nous permet pas de conclure à une prévalence plus élevée de survenue de tuberculose chez ces patients par rapport aux autres traités par DMARD. L'établissement de recommandations de prévention permet la limitation de ce risque infectieux redoutable. Aussi, la prise en charge adéquate en cas de survenue de tuberculose et l'établissement d'un délai optimal pour la réintroduction du traitement de fond sont nécessaires.

## **Conclusion:**

L'association entre Rhumatisme inflammatoire chronique et tuberculose ne semble pas être fortuite. Les débuts de l'utilisation des anti TNF alpha ont été marqués par une recrudescence des cas de tuberculose chez les patients traités.

## **Références:**

[1]Gardam MA, Key stone EC. Anti-tumor necrosis factor agents and tuberculosis risk: mechanisms of action and clinical management. Lancet Infect Dis 2003;3:148-55.

[2]L. Baronnet, Thomas Barnèche , Incidence de la tuberculose chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. Revue systématique de la littérature Revue du rhumatisme 78 (2011) 140-146



# Association sclérodémie systémique et néoplasie pancréatique

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

**Introduction:** La sclérodémie est une connectivite caractérisée par une fibrose et des modifications vasculaires cutanées et viscérales. La survenue de pathologies néoplasiques au cours de son évolution est fréquemment rapportée. Cependant son association avec une néoplasie pancréatique est rare.

**Patients et méthodes:** Les données de l'observation sont recueillies à partir du dossier d'une patiente hospitalisée au service de Médecine interne CHU la Rabta.

**Observation:** Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 45 ans, hospitalisée pour prise en charge d'une sclérodémie systémique avec altération de l'état général évoluant depuis 1 mois. Le diagnostic de sclérodémie était retenu devant l'association d'un syndrome de Raynaud, d'une sclérose cutanée et d'une atteinte pulmonaire caractéristique. L'examen à l'admission avait objectivé une altération de l'état général, une cachexie, une déshydratation, un ictère conjonctival et une hépatomégalie. Le bilan biologique avait montré une hyperleucocytose, une cholestase ictérique, une insuffisance hépatocellulaire et une hypercalcémie. L'échographie abdominale avait montré un nodule de la tête du pancréas avec une dilatation des voies biliaires et des nodules hépatiques secondaires. Un cancer de la tête du pancréas avec métastases hépatiques était le diagnostic retenu. L'évolution était défavorable et le décès était survenu dans un tableau de défaillance multi viscérale.

**Discussion:** La survenue de néoplasie en association avec une sclérodémie systémique reste rare mais doit être connue. Plusieurs revues de littérature affirment que la fréquence globale de cancers est anormalement élevée chez les patients atteints d'une sclérodémie systémique. Les cancers broncho-pulmonaires et les hémopathies restent au premier rang.

L'association d'une néoplasie pancréatique n'a jamais été décrite auparavant ce qui constitue l'originalité de notre observation. Les désordres immunologiques seraient-ils à l'origine de la survenue du cancer? La coexistence de ces deux maladies aurait-elle des répercussions thérapeutiques réciproques? Des études plus approfondies s'avèrent nécessaires afin de répondre à ces questions.

**Conclusion:** Devant une altération de l'état général, chez un patient atteint de sclérodémie systémique, il faut toujours penser à la pathologie néoplasique vu que l'association des deux pathologies est non fortuite.

## Références:

- [1] J.Leandro, D.Isenberg. Rheumatic diseases and malignancy-is there an association? Scand J Rheumatol 2001;30:185-8.
- [2] P.Bielefeld, P.Meyer. Sclérodémies systémiques et cancers : 21 observations et revue de la littérature. Rev Med Interne 1996;17:810-3.



# Ostéite tuberculeuse de la paroi thoracique antérieure: A propos d'un cas.

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

## **Introduction:**

Les infections osseuses de la paroi thoracique antérieure constituent des localisations rares dont les manifestations cliniques sont variables.

## **Matériels et méthodes:**

Nous rapportons dans ce travail le cas d'ostéite tuberculeuse de la paroi thoracique antérieure.

## **Observation:**

Mr A.S, âgé de 68 ans, aux antécédents d'hypertension artérielle. Consulte pour une tuméfaction de la paroi thoracique antérieure évoluant depuis une année dans un contexte d'altération de l'état général (anorexie, asthénie et amaigrissement) et de fièvre avec sueurs nocturnes. L'examen trouve un nodule sous cutané pré-sternal mal limité. La radiographie thoracique montre une opacité sterno-claviculaire avec des images d'ostéolyse de la partie supérieure du sternum avec tuméfaction des parties molles adjacentes. La TDM de la paroi thoracique montre une ostéite sterno-claviculaire droite avec de multiples abcès péri-articulaires. Le patient a eu une biopsie de sa lésion montrant à l'examen anatomopathologique une ostéite tuberculeuse. Un traitement anti tuberculeux a été entamé avec une bonne évolution initiale. Il a été perdu de vue par la suite.

## **Discussion :**

Les arthrites de la paroi thoracique antérieure d'étiologie tuberculeuse sont rares. Les atteintes de la paroi thoracique antérieures sont le plus souvent d'origine rhumatismale ou tumorale. Pour prouver l'étiologie tuberculeuse, on doit procéder à une biopsie avec examen anatomopathologique. Un traitement antituberculeux doit être entretenu rapidement et à dose efficace afin d'obtenir la guérison.

## **Conclusion:**

Avant de retenir avec certitude le diagnostic de tuberculose de la paroi thoracique antérieure, il faut écarter d'autres pathologies notamment les tumeurs osseuses et les pathologies rhumatismales.





# NEURALGIE CERVICO - BRACHIALE C8 REVELANT UN PANCOAST TOBIAS CHEZ DEUX JUMEAUX

W. Said Lahmar, Sghir Mouna, Aymen Haj Salah, Jemni Sonia, W.Kessomtini

Unité de Médecine Physique CHU Tahar Sfar de Mahdia

## INTRODUCTION:

Le Syndrome de Pancoast Tobias est un ensemble de symptômes cliniques et radiologiques souvent liés à une tumeur maligne de l'apex pulmonaire. Le pronostic reste globalement sévère et dépend de la nature histologique de la tumeur. Nous rapportons deux cas de syndrome de Pancoast Tobias révélés par une névralgie cervicobrachiale chez deux frères jumeaux.

## OBSERVATION:

Il s'agit de deux frères jumeaux, âgés de 41 ans, tabagiques.

Le 1<sup>er</sup> a consulté pour une névralgie cervico-brachiale (NCB) C8-D1 droite inflammatoire hyperalgique (EVA 80%) évoluant depuis un mois. L'examen a trouvé un comblement du creux susclaviculaire droit, une hyperesthésie dans le territoire de C8-D1 et un déficit des muscles intrinsèques de la main coté à 3/5.

Le 2<sup>ème</sup> jumeau a consulté un an après pour une NCB C8 gauche inflammatoire évoluant depuis 4 mois, l'examen a montré un syndrome de Claude Bernard Horner partiel (ptosis), une turgescence veineuse au niveau de l'avant bras et des reflexes rotuliens vifs et diffusés.

La biologie a montré un syndrome inflammatoire pour les deux ; la radiographie thoracique a objectivé une opacité apicale droite (Fig.1) pour le 1<sup>er</sup> et gauche pour le 2<sup>ème</sup>. La TDM (Fig.2,3,4,5) et l'IRM cervicothoracique ont confirmé la présence du processus tumoral apical ainsi que l'ostéolyse vertébrale et costale pour les deux et un envahissement de l'espace épidurale pour le 2<sup>ème</sup> jumeau.

Le 1<sup>er</sup> a fait une métastase vertébrale, il est décédé après un protocole de radiothérapie, chimiothérapie et de chirurgie, le 2<sup>ème</sup> est perdu de vue avant la poursuite de la prise en charge.



Fig.1: Radiographie du thorax de face: Opacité du sommet pulmonaire droit



Fig.2,3,4,5: TDM thoracique (Coupes axiales) : Tumeur de l'apex pulmonaire gauche.

## DISCUSSION:

Les tumeurs de l'apex-parièto-pulmonaire sont rares, représentent classiquement moins de 5% des carcinomes bronchopulmonaires.

Ces tumeurs envahissent habituellement le lobe supérieur pulmonaire, les muscles scalènes et sternocléidomastoïdiens, les deuxième et troisième arcs costaux, les corps vertébraux correspondants, le plexus brachial inférieur, les vaisseaux sous-claviers, et le ganglion stellaire.

Ces extensions anatomiques produisent le syndrome de Pancoast-Tobias, retrouvé dans 90 % des tumeurs de l'apex, incluant une douleur scapulaire avec des irradiations cervicales, thoraciques, et brachiales, notamment dans le dermatome cubital, associée dans près d'un tiers des cas à un syndrome de Claude-Bernard-Horner homolatéral et à un déficit sensitivomoteur radriculaire C8 et T1.

D'autres manifestations cliniques peuvent plus rarement être retrouvées, comme un syndrome cave supérieur, des adénopathies supraclaviculaires, ou une atteinte des nerfs phréniques et laryngés.

Le scanner et l'IRM permettent de faire le bilan d'extension de la tumeur.

L'évolution progressive de la symptomatologie douloureuse conduit souvent à un retard diagnostique, et les tumeurs de l'apex sont ainsi souvent localement évoluées lors de leur prise en charge initiale.

La prise en charge thérapeutique associe une radiothérapie préopératoire et un traitement chirurgical.

Le pronostic reste toutefois réservé, de l'ordre de 20 à 34% de survie à cinq ans.

## CONCLUSION:

Devant une NCB C8-D1 notamment de type inflammatoire chez un patient tabagique, il faut éliminer avant tout le diagnostic de syndrome de Pancoast Tobias. Les modalités thérapeutiques associent une radiothérapie et une résection chirurgicale en bloc. Le pronostic reste toutefois réservé.

## Bibliographie:

- 1-Pancoast Tobias syndrome. Fain O et al. Rev Prat 2007 May 31 ; 57(10) :1057
- 2- 218 Syndrome de Pancoast Tobias. B.ElBied. Revue des maladies respiratoires volume 24, supplement 4, January 2007 p.75



# La maladie de Legg Perthes Calvé : à propos de deux cas

M.Sghir, W.Said Lahmar, A.Haj Salah, K.Guedria, W.Kessomtini

Unité de Médecine Physique CHU Tahar Sfar de Mahdia

## Introduction

L'ostéochondrite primitive de la hanche ou coxa plana est, de nos jours, internationalement appelée maladie de Legg Perthes Calvé (LPC). Son étiologie reste mystérieuse, mais son évolution est bien connue. Dans les cas les plus sévères elle peut conduire à une coxarthrose relativement précoce. L'enjeu est donc d'essayer d'appréhender le pronostic afin de proposer le traitement le plus adapté. Nous rapportons les cas de deux enfants adressés à notre consultation de Médecine Physique pour prise en charge d'une do leur de la hanche.

## Observation

### Cas 1

Il s'agit de l'enfant **A.M** âgé de 3 ans sans antécédents pathologiques notables, qui consulte pour une boiterie évoluant depuis 2 semaines dans un contexte d'apyrexie. L'examen clinique a trouvé une limitation de la rotation externe de la hanche gauche. La radiographie du bassin demandée (**Fig 1**) a confirmé le diagnostic d'une ostéochondrite de la hanche gauche. La prescription d'un appareillage type Atlanta est faite.

### Cas 2

Enfant **H.A** âgé de 13 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui consulte pour une douleur en regard du grand trochanter droit, de type mécanique, gênant la marche et évoluant depuis 2010 suite à un traumatisme. L'examen clinique objective une boiterie à la marche et une limitation de la rotation interne de la hanche droite. Le diagnostic d'une ostéochondrite de la hanche droite est confirmé par la radiologie (**Fig 2 et 3**) et le patient a bénéficié de la prescription d'un appareillage type Atlanta (**Fig 4**).



**Fig 1:** Rx du bassin montrant une ostéochondrite de la hanche gauche



**Fig 2,3:** Rx du bassin et Rx de la hanche droite montrant une ostéochondrite de la hanche droite



**Fig 4:** Appareillage type Atlanta

## Discussion

D'étiologie non élucidée, la maladie de Legg Perthes Calvé est liée à une atteinte ischémique du noyau épiphysaire supérieur du fémur en croissance. Elle se présente sous la forme d'une boiterie douloureuse intermittente sans facteur déclenchant, chez un enfant de trois à 12 ans. L'examen clinique retrouve une limitation de l'abduction et de la rotation interne de la hanche. L'imagerie confirme le diagnostic et évalue le degré de gravité (classification de Herring, signes de tête à risque). L'évolution se fait en quatre phases : nécrose, revascularisation, reconstruction, séquelles. La maladie de LPC guérit toujours seule en deux à quatre ans, mais laisse presque toujours des séquelles, au moins radiologiques. Dans les formes sévères, elle peut conduire à une coxarthrose précoce. Le traitement s'appuie sur l'âge de début, l'importance de la raideur, le stade évolutif, la classification de Herring et la présence éventuelle d'une excentration épiphysaire. Le traitement orthopédique par décharge prolongée, attelles d'abduction, plâtre ou traction au lit est aujourd'hui pratiquement abandonné. La chirurgie du bassin ou du fémur, semble pouvoir, dans certaines indications bien précises, modifier l'évolution naturelle de la maladie.

## Conclusion

Si les signes et l'évolution de la maladie de LPC sont bien connus, son étiologie et ses traitements restent, de nos jours, encore bien mal maîtrisés.

## Bibliographie

- 1-La maladie de Legg Perthes Calvé. J.-M. Laville, Journal de pédiatrie et de puériculture (2011) 24, 62-68
- 2:Joseph B, Nair S, Rao N, Mulpuri K, Varghese G. Optimal timing for containment surgery for Perthes disease. J Pediatr Orthop 2005;23:601-6.



# Dactylite associée à une arthrite tuberculeuse du coude: A propos d'un cas

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

## **Introduction:**

La Dactylite tuberculeuse reste exceptionnelle et de diagnostic difficile. Cette localisation peut se voir avec d'autres localisations tuberculeuses.

## **Matériels et méthodes:**

Nous rapportons le cas d'une Dactylite associée à une arthrite du coude dont l'origine tuberculeuse a été retenue.

## **Observation:**

Mr I.A, âgé de 75 ans, suivi en hématologie pour une leucémie lymphoïde chronique(LLC). Il est hospitalisé pour exploration d'une tuméfaction du coude et du 5ème doigt droit évoluant depuis une année. L'examen trouve une arthrite du coude droit avec une tuméfaction du 5ème doigt avec des signes inflammatoires locaux. Les radiographies standards montrent une arthropathie destructrice du coude avec ostéite de P2 du 5ème rayon droit. Une TDM de la main a été réalisée montrant un épanchement au niveau des tendons du carpe. A la biologie, on a noté un syndrome inflammatoire biologique, la sérologie syphilitique était par ailleurs positive. L'examen anatomopathologique de la pièce de biopsie synoviale du coude montre un follicule tuberculoïde et géantocellulaire avec nécrose caséuse. Au terme du deuxième mois de traitement antituberculeux, le patient a développé une réaction allergique justifiant son arrêt. La synovite du coude a nécessité une synovectomie chirurgicale avec une évolution favorable.

## **Discussion :**

La Dactylite est une localisation rare de tuberculose ostéoarticulaire. Elle peut prêter confusion avec d'autres étiologies plus communes notamment rhumatismales et infectieuses à germe banal. Son association à une autre localisation, dans ce cas à l'articulation du coude peut nous faire penser initialement aux étiologies rhumatismales. Un redressement rapide du diagnostic est nécessaire afin de commencer rapidement le traitement antituberculeux.

## **Conclusion:**

La preuve bactériologique et/ou anatomopathologique est primordiale pour le diagnostic de la tuberculose ostéoarticulaire avant d'entamer un traitement lourd et non dénudé de risques.



# Ostéomalacie révélatrice d'une hypophosphorémie familiale (diabète phosphoré) : à propos d'un cas.

HANEN LOUKIL, MOUNA SNOUSSI, FATEN FRIKHA, RAIDA BEN SALAH, MOEZ JALLOULI, SAHAR EL AOUD, YOSRA CHERIF, SAMEH MARZOUK, ZOUHIR BAHLOUL.  
Service de médecine interne CHU Hédi Chaker Sfax (Tunisie).

## INTRODUCTION

- Les ostéomalacies secondaires à une fuite rénale de phosphate regroupent le syndrome de Franconi, l'ostéomalacie oncogénique, l'acidose tubulaire, le diabète phosphoré de transmission autosomique.
- Nous rapportons l'observation d'une ostéomalacie révélant une hypophosphorémie familiale.

## OBSERVATION

- Patiente âgée de 48 ans, était hospitalisée pour des douleurs osseuses diffuses avec troubles de la marche.
- L'examen clinique mettait en évidence une marche dandinante avec des douleurs à la palpation des épineuses dorsales et lombaires.
- Les radiographies standards avaient montré une déminéralisation osseuse diffuse, une déformation du bassin en cœur de carte à jouer, une fracture de la branche ilio pubienne et des stries de looser Milkmann.
- Le bilan biologique avait montré une hypocalcémie à 1,98 mmol /L, une hypophosphorémie à 0,5 mmol /l, une phosphaturie à 21 mmol /24 h et une clairance du phosphore augmenté à 82 ml/mn.
- Le diagnostic d'une ostéomalacie était retenu sur les données cliniques, biologiques et radiologiques.
- Le diagnostic de diabète phosphoré chronique familial était avancé devant une hypophosphatémie et une hyperphosphaturie chez la sœur.
- La patiente était supplémentée initialement par le phosphore et le Calcifédiol à fortes doses sans amélioration.
- L'introduction du Calcitriol a permis l'amélioration des manifestations osseuses, musculaires et la normalisation du bilan biologique.

## DISCUSSION

- L'ostéomalacie est une pathologie peu fréquente, qui doit systématiquement être évoquée en cas de syndrome douloureux diffus mal étiqueté.
- Son diagnostic repose le plus souvent sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques et radiologiques. Parmi toutes les étiologies de l'ostéomalacie, le diabète phosphoré est de diagnostic difficile. Le diabète phosphoré, suspecté devant une hypophosphorémie avec hyperphosphaturie ou phosphaturie inadaptée, est secondaire à une diminution de la réabsorption tubulaire du phosphore par les cellules du tubule rénal. Le diagnostic de diabète phosphoré est porté par la détermination de la clairance du phosphore, du taux de réabsorption du phosphore et du seuil de réabsorption du phosphore.
- Le DP induit, chez l'enfant, un rachitisme vitamino-résistant. Chez l'adulte, suivant l'importance de l'hypophosphorémie et son étiologie, le DP peut occasionner une ostéomalacie, une ostéoporose, des douleurs articulaires et para-articulaires, une asthénie, rarement des lithiases urinaires.

## CONCLUSION

- Le diabète phosphoré familial est une cause rare d'ostéomalacie. Il doit être diagnostiqué précocement afin d'assurer une prise en charge thérapeutique optimale et prévenir les complications osseuses dramatiques de l'hypophosphatémie.

# Une cause rare d'ostéomalacie : un syndrome de Fanconi compliquant un myélome multiple.

HANEN LOUKIL, MOUNA SNOUSSI, FATEN FRIKHA, RAIDIA BEN SALAH, MOEZ JALLOULI, SAIDA GARBA, SAHAR EL AOUD, SAMEH MARZOUK, ZOUHIR BAHLOUL

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

## INTRODUCTION

- Le syndrome de Fanconi (SF) est caractérisé par des anomalies de la fonction tubulaire proximale rénale. L'existence d'un syndrome de Fanconi associé au myélome est exceptionnelle.
- Nous rapportons un cas d'ostéomalacie secondaire syndrome de Fanconi survenant au cours d'un myélome multiple.

## OBSERVATION

- Patient âgé de 61 ans était hospitalisé en 1994 pour des dorsolombalgies permanentes et un trouble de la marche.
- L'examen clinique objectivait une marche dandinante et une douleur à la pression sur les épineuses dorsolombaires.
- Le bilan biologique objectivait une élévation de la vitesse de sédimentation à 60mm H1, une créatinémie à 231  $\mu\text{mol/l}$ , une hypophosphorémie à 0,52 mmol/l, une hypocalciurie à 1,9 mmol/24heures et une calcémie à 2,3 mmol/l.
- L'électrophorèse des protéines plasmatiques et urinaires : montrait un pic monoclonal en zone  $\beta$ .
- L'Immunoélectrophorèse des protéines plasmatiques sériques a identifié une immunoglobuline monoclonale de type IgA chaîne légère  $\beta$  avec au dosage pondéral une augmentation des IgA à 2455 mg/dl.

- La protéinurie de 24 heures était à 2g et l'aminocidurie était positive.
- Le myélogramme montrait une plasmocytose à 18 %.
- La radiographie du rachis dorsolombaire notait une déminéralisation osseuse diffuse
- Les radiographies des 2 jambes : montraient une fracture au niveau du 1 / 3 supérieur de la fibula.
- L'étude histologique rénale concluait à une tubulopathie interstitielle chronique.
- Au terme de ces explorations le diagnostic de myélome multiple à Ig A à chaîne légère  $\beta$  stade IIIB compliqué d'un syndrome de Fanconi et d'une ostéomalacie était retenu.
- Le patient était traité par une poly chimiothérapie avec substitution phosphorée à vie avec une évolution favorable et un recul de 20 ans.

## DISCUSSION

L'ostéomalacie est une maladie métabolique qui touche tout le squelette. Elle est caractérisée par un retard de minéralisation de la matrice osseuse nouvellement formée, ce qui conduit à une accumulation de tissu ostéoïde. Elle fragilise le squelette et provoque des fractures ou des fissures spontanées. Les étiologies sont multiples dominées par la carence en vitamine D. Les descriptions de cas d'ostéomalacie lors d'un SF restent rares dans la littérature. Le SF, connu aussi sous le nom de syndrome réno-tubulaire de Fanconi est caractérisé par des anomalies des transports tubulaires proximaux. Le myélome multiple avec atteinte rénale est l'une des étiologies fréquentes de SF chez l'adulte. Les lésions histologiques affectent essentiellement les cellules tubulaires proximales, site de réabsorption des chaînes légères et de leur dégradation dans les lysosomes. Dans la majorité des cas, le diagnostic histologique est porté devant la mise en évidence de cristaux faits de chaînes légères (le plus souvent kappa) dans le compartiment endolysosomal des cellules tubulaires proximales. La reconnaissance de cette complication est importante, dans la mesure où le traitement symptomatique par supplémentation phosphorée et calcitriol peut améliorer significativement les douleurs et la faiblesse musculaire liées à l'hypophosphorémie.

## CONCLUSION

L'ostéomalacie hypophosphorémique est une complication rare du myélome multiple. Elle se voit au cours des proliférations plasmocytaires lentes sécrétant des chaînes légères. Dans ces formes, la dysfonction tubulaire proximale précoce, explique l'ostéomalacie hypophosphorémique comme mode de présentation de la maladie.

# Association de la maladie d'Osgood-Schlatter et de la maladie de Sever : à propos d'un cas

M.Sghir, W.Said Lahmar, A.Haj Salah, K.Guedria, W.Kessomtini

Unité de Médecine Physique CHU Tahar Sfar de Mahdia

## Introduction

Le terme « ostéochondrose », définit un grand nombre de conditions caractérisées par des modifications de l'ossification enchondrale des épiphyses et des apophyses au cours de la croissance.

La maladie d'Osgood-Schlatter est une ostéochondrose tibiale antérieure alors que la maladie de Sever correspond à l'atteinte de l'apophyse de la grosse tubérosité du calcanéum sur laquelle s'insère le tendon d'Achille. Nous rapportons le cas d'un enfant chez lequel nous avons fait le diagnostic d'une maladie de Sever et d'une maladie d'Osgood-Schlatter.

## Observation

Il s'agit de l'enfant **A.A**, âgé de 11 ans, aux antécédents d'entorses de la cheville droite et qui a consulté pour des talalgies. A l'examen clinique la cheville était libre il n'y avait pas d'œdème ou de douleur à la pression du calcanéum. L'examen au podoscope a trouvé des pieds creux bilatéraux et la radiographie du pied droit était en faveur d'une maladie de Sever (**Fig 1**). Des semelles orthopédiques ont été prescrites. L'enfant reconseille après 3 ans pour des gonalgies bilatérales aggravées par la course, le saut ou la montée des escaliers. L'examen des genoux trouve une proéminence et un œdème de la tubérosité tibiale antérieure avec une douleur à la pression. La radiographie des deux genoux est en faveur d'une maladie d'Osgood-Schlatter bilatérale (**Fig 2et3**). Un traitement symptomatique est prescrit avec restriction des activités sportives.

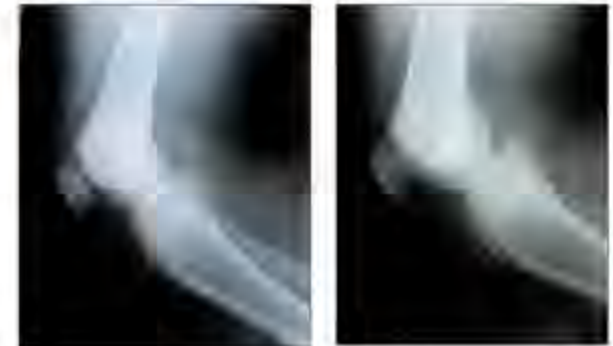


**Fig 1:** Rx du pied droit montrant une ostéochondrose calcanéenne

## Discussion

Les ostéochondroses constituent un groupe hétérogène d'affections atteignant avec prédilection les épiphyses et les apophyses au cours de la croissance. Leurs mécanismes physiopathologiques ne sont pas encore clairement identifiés mais l'ischémie et les microtraumatismes répétés représentent les deux étiologies les plus communément admises. Chaque ostéochondrose a ses propres spécificités épidémiologiques, cliniques et radiographiques. La maladie de Sever correspond à l'atteinte de l'apophyse de la grosse tubérosité du calcanéum sur laquelle s'insère le tendon d'Achille. La maladie d'Osgood-Schlatter est la principale cause de douleur antérieure du genou chez l'adolescent. Cette douleur, facilement reproductible à la palpation, est localisée au niveau de l'insertion du ligament rotulien sur la tubérosité tibiale antérieure. Elle est l'une des principales causes de gêne durant et après les activités sportives chez l'adolescent actif.

A notre connaissance, l'association de deux ostéochondroses n'est pas rapportée dans la littérature.



**Fig 2,3:** Rx des 2 genoux de profil montrant une fragmentation de la tubérosité tibiale en faveur d'une maladie d'Osgood-Schlatter.

## Conclusion

Les ostéochondroses représentent un motif extrêmement fréquent de consultation chez l'adolescent. Leur diagnostic facile repose essentiellement sur l'interrogatoire et l'examen clinique. Les examens complémentaires ont pour rôle majeur la confirmation de ce diagnostic. La particularité de notre cas est dans l'association de deux ostéochondroses.

## Bibliographie

1- Bernardo Vargas, Nicolas Lutz, Michel Dutoit, Pierre Yves Zambelli, Maladie d'Osgood-Schlatter Rev Med Suisse 2008;4:2060-2063  
2- M. Chelli Bouaziz, M.-F. Ladeb, S Chaaban. **Ostéochondroses de croissance.** RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE - Musculosquelettique - Neurologique - Maxillofaciale



# Sarcoïdose et anémie hémolytique auto-immune : Association fortuite ou un lien pathologique

Chifaa Damak, Mouna Snoussi, Faten Frikha, Raida Ben Salah, Moez Jallouli, Saida Garbaa, Yosra Chérif, Sahar El Aoud, Sameh Marzouk, Zouhir Bahloul.

Service de médecine interne, CHU Hédi Chaker de Sfax.

## INTRODUCTION

- La sarcoïdose est une granulomatose systémique de cause inconnue qui atteint avec prédilection le poumon et les voies lymphatiques. Les cytopénies périphériques inhérentes à un hypersplénisme dans le cadre de la maladie sont possibles.
- Nous rapportons une association rare d'une anémie hémolytique auto-immune (AHA) et une sarcoïdose systémique.

## OBSERVATION

- Patient âgé de 43 ans était admis dans notre en novembre 2007 pour enquête étiologique d'une fièvre prolongée.
- L'examen clinique était sans particularités hormis la présence d'adénopathies inguinales bilatérales non douloureuses de 2 cm de grand axe.
- Le bilan biologique révélait un syndrome inflammatoire biologique, une cytolysse et cholestase hépatique modérée et le bilan phosphocalcique était normal. La radiographie thoracique a montré un élargissement médiastinal.
- Le scanner thoraco-abdomino-pelvien montrait des adénopathies médiastinales multiples intra et rétro péritonéales ainsi que des micronodules parenchymateux éparses. L'exploration fonctionnelle respiratoire objectivait un syndrome restrictif.

- L'étude histologique des glandes salivaires accessoires montrait une infiltration glandulaire granulomatose sans nécrose caséuse. Le dosage de l'enzyme de conversion était élevé.
- Le diagnostic d'une sarcoïdose systémique était retenu et le patient était traité par une corticothérapie forte dose pendant 6 semaines puis une dégression lente jusqu'à l'arrêt avec bonne évolution.
- En Aout 2014, le patient s'est présenté pour un syndrome anémique sévère. La biologie notait une anémie à 4,9g/dl normochrome normocytaire régénérative hémolytique. L'enquête étiologique a conclu à une AHA.
- Le patient a reçu une corticothérapie à forte dose pendant 4 semaines puis une diminution lente jusqu'à une dose d'entretien à 10mg/j avec une normalisation du taux d'hémoglobine.

## COMMENTAIRES

- L'atteinte hématologique a été rapportée au cours de la sarcoïdose, l'anémie inflammatoire modérée, la leucopénie et l'éosinophilie sont les anomalies les plus fréquentes.
- L'existence d'une AHA au cours de la sarcoïdose n'est que rarement rapportée dans la littérature. Comme chez les sarcoïdiens thrombopéniques, l'anémie hémolytique au cours de la sarcoïdose semble être en rapport avec des auto-anticorps.
- Cette hypothèse est appuyée par la récurrence des hémolyses après splénectomie et l'évolution favorable de l'anémie sous traitement corticoïde.

## CONCLUSION

- Notre observation illustre une association exceptionnelle entre une sarcoïdose et AHA. Elle serait vraisemblablement expliquée par un terrain immunogénétique prédisposant.

[1] Essid, F. Ben Fredj, A. Aïdélghani, S. Toumi, B. Hrad, H. Mhrin, C. Laouani Kechri, La sarcoïdose systémique: A propos de 34 observations tunisiennes, revue de médecine interne, juin 2009.  
[2] A. Migaoui, J. Toufi, S. Cheikh MThamed, H. Mahou, N. Sihin, A. Ben Saad, R., H. Mritbah, N. Rouatbi, A. El Kamei, Sarcoïdose systémique: A propos de 18 cas, revue de maladies respiratoires, janvier 2014.  
[3] Rooha Jamal Ghaddar, Tahar Hussain Muzaffar, pulmonary sarcoidosis and hemolytic anemia, archive of Iranian medicine, mars 2011.  
[4] Thrombocytopenia, hemolytic anemia and sarcoidosis, P d'A Semple, British medical journal, novembre 1975.  
[5] Gilles Coubert et al, sarcoïdose et syndrome auto-immun multiple, annales de médecine interne, 2000. 6-11 (à l'adresse: Meunier et al Sarcoïdose avec hémologie et hypoparathyroïdisme. Arch Pédiat 1996; 1576-579, anémie



# Efficacité et tolérance de la viscosupplémentation par l'acide hyaluronique dans le traitement de la gonarthrose

K Guedria, S Salah, S Mtaoua, M Sghir, H Migaou, S Boudokhane, A Jellad, Z Ben Salah Frih  
Service de Médecine Physique et de Réadaptation, CHU Monastir

## INTRODUCTION

La gonarthrose est un motif fréquent de consultation en milieu de médecine physique. Soulager la douleur, améliorer la fonction et retarder l'échéance du traitement chirurgical constituent les objectifs de la prise en charge de cette pathologie.

Le but de ce travail est d'évaluer l'efficacité et la tolérance de la viscosupplémentation dans le traitement de la gonarthrose.

## PATIENTS ET MÉTHODES

Quinze patients d'âge moyen 63 ans, ayant une gonarthrose symptomatique ont été inclus. Trois viscosupplémentations du genou étaient réalisées par voie latéro-rotulienne externe à une semaine d'intervalle. Les paramètres évalués étaient la tolérance des injections, la satisfaction des patients par échelle visuelle analogique (EVA), la douleur au repos et à l'activité (EVA), la mobilité articulaire et l'état fonctionnel (indice de Lequesne) avant et à 3 mois post traitement.

## RÉSULTATS

La viscosupplémentation était bien tolérée dans la majorité des cas, une douleur importante au moment de l'injection était ressentie par deux patients et aucun effet indésirable n'était noté.

La douleur au repos et à l'activité étaient passées respectivement de 50% à 20% et de 70% à 40% à 3 mois.(Fig1)

Un gain de la mobilité articulaire du genou avec disparition du flessum était obtenu dans la moitié des cas.

Une amélioration fonctionnelle était notée avec diminution de l'indice de Lequesne moyen de 11/24 à 9/24.

Douze patients (80%) étaient satisfaits du résultat obtenu.

## DISCUSSION

La gonarthrose est la plus fréquente des maladies articulaires et la principale source de handicap locomoteur. Alors que bon nombre des traitements conservateurs couramment utilisés pour l'arthrose du genou sont reconnus comme efficaces, on recherche encore le meilleur moyen de les utiliser dans un programme thérapeutique adéquat. Les injections intra-articulaires d'acide hyaluronique (IA-HA) ont montré leur efficacité pour réduire la douleur et améliorer la fonction articulaire. une nouvelle étude japonaise menée en 2014 vient de montrer que la viscosupplémentation est aussi efficace et moins dangereuse que les anti-inflammatoires dans la prise en charge du traitement de la gonarthrose. Notre travail montre aussi la bonne tolérance de la viscosupplémentation. L'amélioration des paramètres fonctionnels (EVA et indice de Lequesne) était la caractéristique de ce travail, ce résultat est conforme à celui trouvé par O Garzitto et al dans une étude évaluant les effets à court terme de la viscosupplémentation sur la douleur, les paramètres fonctionnels et la force musculaire évaluée par isocinétisme à propos de 20 cas. Une amélioration de la mobilité articulaire a été noté dans notre travail avec disparition du flessum dans la moitié des cas. Une étude menée par Bellamy N et al trouve l'amélioration de la mobilité articulaire après 13 semaines de l'injection viscosupplémentation dans 46% des cas, 54% pour la douleur et de 9 à 32% pour la fonction.

## CONCLUSION

La viscosupplémentation vise à restaurer par injection intra-articulaire d'acide hyaluronique les fonctions que l'acide hyaluronique assure dans une articulation normale. C'est un geste bien toléré, facile à réaliser au niveau du genou et qui permet une amélioration de la fonctionnelle.



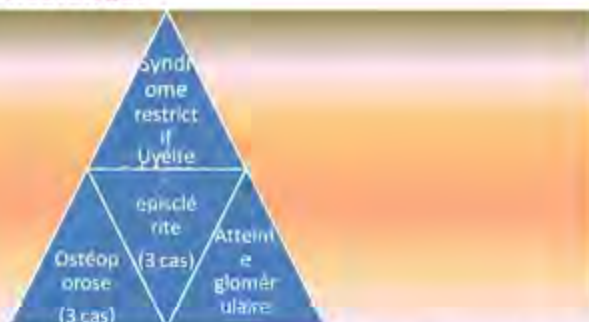
figure1:amélioration de EVA et indice de lesquesne



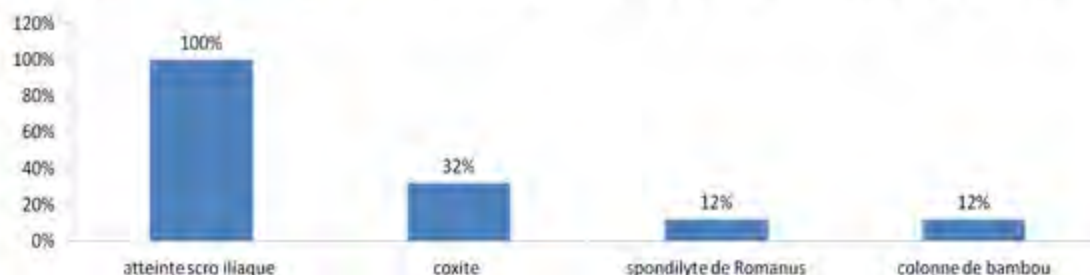
# Lymphome au cours d'une polyarthrite rhumatoïde traitée par méthotrexate : présentation atypique ; A propos d'un cas

• **Le gène HLA B27** : positif dans 1 cas sur 3

• **Atteintes extra articulaires:**



• **Atteinte radiologique** : ( évaluée par radiographie standard ,TDM ou IRM)



• **Traitement**: Les anti-inflammatoires non stéroïdiens étaient prescrits dans tous les cas. On a eu recours à la salazopyrine et aux Anti-TNF dans respectivement 9 et 7 cas de SPA résistante.

## **Discussion:**

Parmi les gènes impliqués dans la SPA on retrouve :

- le HLA-B27
- le gène codant pour le récepteur de l'interleukine-23 (IL-23R) qui serait plutôt un modulateur de la sévérité de la maladie ;
- le gène ERAP1 ou *Aminopeptidase Regulator of TNFR1 Shedding (ARTS1)* codant pour une aminopeptidase du réticulum endoplasmique

Le HLA-B27 ne serait ainsi responsable que de 25 % de la prédisposition génétique dans l'hérédité de la SPA et les autres facteurs génétiques identifiés jusqu'à présent ne représenteraient que 4 %.

Cependant, 90 à 95 % des patients spondylarthritiques sont HLAB27 positifs (fréquence variable selon le type de spondyloarthrite).

Beaucoup de critères de classification sont apparus afin de permettre le diagnostic des formes débutantes de spondylarthrite axiale. Parmi ceux-ci, sont retrouvés les critères d'ASAS. Des critères d'activité permettent d'évaluer l'activité de la maladie et permettent une prise en charge thérapeutique adéquate : Indice BASDAI, Score ASDAS.

Soulignons l'intérêt de l'IRM dans la détection d'œdèmes osseux et d'érosions au stade préradiologique :

Pour les articulations sacro-iliaques, les signes IRM de lésions inflammatoires sont les suivants : œdème de l'os sous-chondral, érosions sous-chondrales, hypersignal STIR ou prise de contraste de l'interligne articulaire, hypersignal STIR ou prise de contraste de la capsule articulaire en regard des érosions sous-chondrales. L'œdème osseux sous-chondral est un signe particulièrement visible lors des poussées et peut apparaître très précocement, bien avant l'apparition des érosions sur les radiographies standards.



## **Conclusion:**

la prise en charge de la SPA nécessite un diagnostic précoce et une évaluation exacte de la maladie afin de préconiser un traitement adéquat et d'éviter la survenue de ses répercussions invalidantes.

# Coût direct de la prise en charge de la lombosciatique commune dans un service de Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle

Salah S, Toulgui E, Alaya Z, Boudokhane S, Migaou H, Jellad A, Bouajina E, Ben Salah Frih Z

Service de Médecine Physique et de Réadaptation, CHU Monastir, Tunisie

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

## Objectifs

L'objectif de cette étude est de calculer le coût direct de la prise en charge de la lombosciatique commune (LS) dans un service de Médecine Physique et de Réadaptation.

## Patients en méthodes

Etude rétrospective (2012-2013) portant sur 151 dossiers de patients pris en charge pour LS commune. Nous avons calculé les coûts en rapport avec les séances de rééducation, les consultations, les examens complémentaires et le traitement (général et local) administré au cours des soins rééducatifs. Les coûts sont exprimés en Dinar Tunisien (TND) et en Euro (€).

## Résultats

L'âge moyen des patients était de 46,9 ans. Le trajet de la LS était L5 dans 55% des cas, S1 dans 32,5% des cas et mal systématisé dans 12,5% des cas. La LS était bilatérale dans 26,5% des cas.

Le nombre moyen des séances de rééducation était de 13,8 avec un coût moyen par patient (CMPP) de 248,19 TND (106,72€).

Le nombre moyen de consultations était de 3,15 avec un CMPP de 31,52 TND (13,55€).

Le CMPP des examens complémentaires biologiques était de 1,85 TND (0,79€).

Celui des examens radiologiques était de 47,98 TND (20,63€).

Le CMPP de l'appareillage était de 5,56 TND (2,39€). Le CMPP du traitement par voie générale était de 15,71 TND (6,75€) et celui du traitement par voie locale était de 3,12 TND (1,34€).

Le coût direct total était de 353,93 TND (152,19€) par patient.

## Discussion

Le retentissement fonctionnel de la LS est important et son coût direct de prise en charge en milieu de rééducation n'est pas négligeable.

Le coût indirect en rapport avec l'arrêt de travail serait encore plus intéressant à calculer pour pouvoir évaluer les véritables conséquences économiques de cette pathologie.

## Conclusion

La LS représente de part son coût un véritable problème de santé publique en Tunisie.

## Références

Rahali-Khachlouf H, Hamdoun S, Cherifi J, Miri I, Lebib S, Kapouther S et al. Evaluation du retentissement fonctionnel des lombosciatiques chroniques chez les sujets âgés en Tunisie. Journal de réadaptation médicale 2010;30: 49-55.



# Compression du cubital au coude traitée par transposition antérieure du nerf.

## A propos d'un cas.

K Guedria, S Salah, M Sghir, M Fayez, H Migaou, S Boudokhane, A Jellad, Z Ben Salah Frih  
Service de Médecine Physique et de Réadaptation, CHU Monastir

### INTRODUCTION

La compression du nerf cubital au coude est le deuxième syndrome canalaire le plus fréquent après la compression du nerf médian au canal carpien. Le diagnostic et la forme clinique du syndrome cubital au coude (sensitive ou motrice) doivent être précis ainsi que le site exact de la compression. La sévérité des symptômes, notamment le déficit musculaire et la résistance au traitement conservateur justifient le recours à la chirurgie. Nous rapportons un cas de compression du nerf cubital au coude traité par transposition antérieure du cubital et rééducation post opératoire adaptée.

### CAS CLINIQUE

Patient âgé de 54 ans, travailleur manuel, droitier, hypertendu et diabétique qui souffre depuis deux ans de paresthésies au niveau de l'avant bras et du bord cubital de la main gauche avec légère amyotrophie de l'éminence hypothénar cadrant avec un syndrome du cubital au coude. Le patient est adressé en Médecine Physique et de Réadaptation en post opératoire précoce après transposition antérieure du cubital. L'examen initial trouve une flexion du coude à 100° et une limitation de l'extension de -30°. L'examen neurologique objective des paresthésies dans le territoire de nerf cubital (DN4= 3) sans déficit moteur associé. Une rééducation adaptée, visant la récupération progressive d'une extension complète associé au travail fonctionnel et au renforcement des muscles de la main et de l'avant bras, a permis de réduire considérablement le flossum et d'améliorer la fonction du membre supérieur. Le patient a repris son activité professionnelle antérieure.

### DISCUSSION

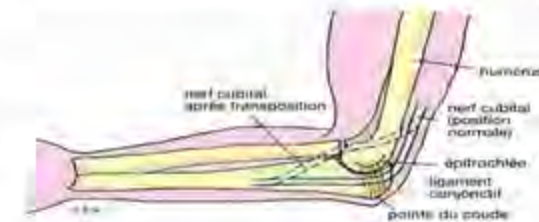
Le syndrome de compression du nerf cubital au coude n'est pas une entité homogène. IL résulte d'une variété de conditions anatomiques préexistantes, et de différents facteurs pathogéniques. La comparaison des résultats des différentes techniques opératoires est ainsi rendue aléatoire, à moins qu'elle ne soit réalisée sur un collectif important, en tenant compte des différences anatomiques et physiologiques. Actuellement, il n'existe à notre connaissance pas de données définitives pour le choix du traitement chirurgical dans chaque cas particulier.

Plusieurs méthodes chirurgicales visant à décompresser le nerf cubital au coude ont été décrites. La transposition antérieure du nerf cubital, qui le fait passer en avant de l'épicondyle médial, permet de diminuer la tension et l'étirement ou l'irritation que subit ce nerf lors de la flexion du coude. Cette technique chirurgicale couplée à une rééducation précoce et adaptée permet le soulagement de la douleur et l'amélioration de la fonction du membre supérieur. Eaton et al rapporte une série de 22 transpositions antérieures sous-cutanées du nerf cubital, sans préciser l'étiologie de la compression ; ses résultats montrent une disparition de tous les symptômes pré-opératoires subjectifs et objectifs sauf dans un cas.

Mansat et al rapporte 17 compressions tardives post-traumatiques du nerf cubital au coude dont 13 traitées par transposition antérieure sous-cutanée du nerf cubital, les résultats montrent une disparition des paresthésies dans la plupart des cas (9 sur 11), une récupération sensitive dans 50 % des cas et une récupération motrice dans 50 % des cas.

### CONCLUSION

Une étude sur un échantillon plus important serait indispensable pour évaluer les résultats suite aux transpositions antérieures du nerf cubital .



# Ostéonécrose aseptique multifocale et polyarthrite rhumatoïde

HANEN LOUKIL, MOUNA SNOUSSI, FATEN FRIKHA, RAIDA BEN SALAH, MOEZ JALOULLI,  
SAIDA GARBA, CHIFAA DAMAK, SAMAH MARZOUK, ZOUHIR BAHLOUL  
Service de Médecine interne CHU Hédi Chaker, Sfax-Tunisie

## INTRODUCTION

L'ostéonécrose aseptique (ONA) est une ostéopathie rare qui se définit comme la mort cellulaire des différents composants de l'os. Elle peut être idiopathique ou secondaire à plusieurs étiologies dont les maladies systémiques. La localisation multifocale a été rarement rapportée. Nous rapportons l'observation d'une ONA multifocale chez un patient suivi pour une polyarthrite rhumatoïde.

## OBSERVATION

- Un homme âgé de 50 ans, sans antécédents pathologiques, qui était hospitalisé dans notre service en 2004 pour une polyarthrite chronique. L'interrogatoire révélait la notion de polyarthralgies inflammatoires évoluant depuis 2 ans avec des épisodes d'arthrites touchant de façon bilatérale et symétrique les poignets, les articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes proximales des mains, les chevilles, avec réveils nocturnes fréquents et un dérouillage matinal chiffré à une heure.
- A l'examen, il y avait une arthrite du poignet droit. A la biologie, il y avait un syndrome inflammatoire biologique. La sérologie rhumatoïde était fortement positive. La radiographie des mains trouvait une carpite radiologique stade 3.
- Le diagnostic d'une PR était retenu selon les critères de l'ACR. Le patient était traité par des anti-inflammatoires non stéroïdiens (150mg/j) associés à un traitement de fond de type méthotrexate (10 mg/semaine). Sous ce traitement, l'évolution était favorable puis il était perdu de vue.
- En 2013, il s'automédiquait par les corticoïdes et il s'est présenté pour une douleur mécanique des 2 hanches et des 2 épaules. Les radiographies standards des 2 hanches objectivaient une perte de la sphéricité à droite et à gauche avec un pincement articulaire bilatérale. Les radiographies standards des 2 épaules montraient un aspect hétérogène avec un aspect déminéralisé des 2 têtes humérales. La scintigraphie osseuse montrait une hyperfixation des 2 hanches et 2 épaules.
- L'IRM des 2 hanches ainsi que des 2 épaules confirmait le diagnostic d'ONA multifocale. Le traitement chirurgical était décidé pour les deux hanches avec un arrêt définitif des corticoïdes et le maintien du traitement de fond.

**CONCLUSION:** La survenue d'une ONA au cours de la PR est rare. Le caractère multifocal de l'ostéonécrose tel est le cas de notre observation est aussi exceptionnel. Les poussées inflammatoires fréquentes de la maladie, les destructions articulaires concomitantes et la corticothérapie seraient ses principaux facteurs.



Figure 1 : ONA de la tête fémorale droite stade 4



Figure 2: ONA de la tête fémorale gauche stade 3



Figure 3 : ONA de la tête humérale gauche



Figure 4 : ONA de la tête humérale droite

## DISCUSSION

- ❖ La PR est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent, c'est une maladie essentiellement articulaire. Elle est considérée comme une connectivite car elle peut avoir de nombreuses manifestations extra-articulaires la rendant une véritable maladie systémique.
- ❖ L'association ONA et PR est rarement mentionnée dans la littérature. Le premier cas d'ONA au cours de la PR a été rapporté en 1957 par Kemper. Depuis, l'ONA est de plus en plus décrite comme une complication possible au cours de ce rhumatisme inflammatoire chronique.
- ❖ Cependant sa fréquence reste mal précisée. La corticothérapie a été identifiée comme cause de cette ONA. Aussi, les poussées inflammatoires de la maladie elle-même participent à cette nécrose. En effet, contrairement à la maladie lupique où l'ON lance dans l'os épiphysaires et provoque des douleurs avant que des modifications destructrices du cartilage ne s'installent, l'ONA des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde se produit de façon synchrone avec la destruction de l'articulation lors des poussées.

# Caractéristiques de la spondylarthrite ankylosante dans un service de Médecine Interne

F.Essafi, F.Daoud, S.kochbati, Z.aidi, L. Baili, F.Boussema  
service de médecine interne ;hôpital Habib Thamer

## Introduction :

La spondylarthrite ankylosante (SPA) est un rhumatisme inflammatoire chronique qui touche le squelette axial, les articulations périphériques et les enthèses. Elle peut être révélée par ses manifestations extra-articulaires; dont la fréquence et la sévérité sont très variables.

## Patients et Méthodes :

Étude descriptive, rétrospective, s'étalant sur une période de 15 ans (2000 et 2014) et étudiant des patients suivis pour SPA dans un service de médecine interne. Le diagnostic de SPA était retenu selon les critères du groupe d'experts ASAS (2009).

## Résultats :

Il s'agit de 25 patients: les données démographiques sont représentés dans ce tableau :

| données                        | valeur |
|--------------------------------|--------|
| Sex ratio ( F\H)               | 5,25   |
| Age moyen(an)                  | 30,5   |
| Délai moyen du diagnostic (an) | 5      |

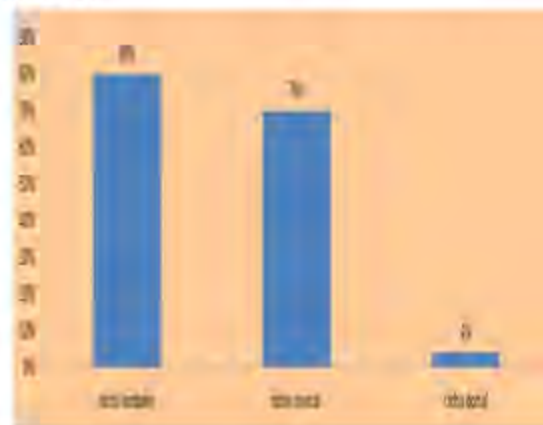
- Des antécédents familiaux de SPA : étaient notés chez deux patients.
- Des antécédents personnels : maladie de Crohn (2 cas ); Psoriasis (1 cas)
- Signes rhumatismaux révélateurs :

l'atteinte axiale intéressait constamment les sacro-iliaques. La localisation rachidienne la plus fréquente était lombaire:

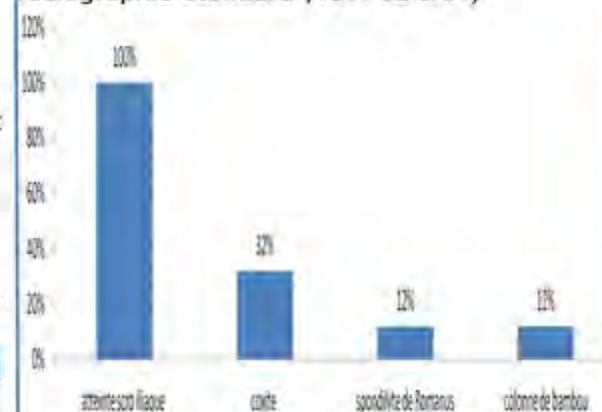


■ atteinte axiale

■ atteinte périphérique



•Atteinte radiologique : ( évaluée par radiographie standard ,TDM ou IRM)



•Traitement: Les anti-inflammatoires non stéroïdiens étaient prescrits dans tous les cas. On a eu recours à la salazopyrine et aux Anti-TNF dans

respectivement 9 et 7 cas de SPA résistante.

## Discussion :

Parmi les gènes impliqués dans la SPA on retrouve :

- le HLA-B27
- le gène codant pour le récepteur de l'interleukine-23 (IL-23R) qui serait plutôt un modulateur de la sévérité de la maladie ;
- le gène ERAP1 ou Aminopeptidase Regulator of TNFR1 Shedding (ARTS1) codant pour une aminopeptidase du réticulum endoplasmique

Le HLA-B27 ne serait ainsi responsable que de 25 % de la prédisposition génétique dans l'hérédité de la SPA et les autres facteurs génétiques identifiés jusqu'à présent ne représenteraient que 4 %.

Cependant, 90 à 95 % des patients spondylarthritiques sont HLAB27 positifs (fréquence variable selon le type de spondylarthrite).

Beaucoup de critères de classification sont apparus afin de permettre le diagnostic des formes débutantes de spondylarthrite axiale. Parmi ceux-ci, sont retrouvés les critères d'ASAS.

Des critères d'activité permettent d'évaluer l'activité de la maladie et permettent une prise en charge thérapeutique adéquate : Indice BASDAI, Score ASDAS.

Soulignons l'intérêt de l'IRM dans la détection d'œdèmes osseux et d'érosions au stade préradiologique.

•Atteintes extra articulaires:



# Thrombose veineuse cérébrale au cours de la maladie de Behçet À propos de 10 cas

Chifa Damak, Raida Ben Salah, Feten Frikha, Hanen Loukil, Saïda Garbaa, Yosra Chérif, Sahar El Aoud, Mouna Snoussi, Moez Jallouli, Sameh Marzouk, Zouhir Bahloul  
Service de médecine interne, CHU Hédi Chaker de Sfax.

## Introduction

Les thromboses veineuses cérébrales (TVC) représentent 18 à 33 % des atteintes neurologiques au cours de la maladie de Behçet (MB). Elles se caractérisent par leur gravité et leur grand polymorphisme clinique. Elles constituent une urgence diagnostique et thérapeutique. [1,2]

**L'objectif** de notre travail est de déterminer les particularités cliniques, thérapeutiques et évolutives de la thrombose veineuse cérébrale au cours de la maladie de Behçet.

## Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective de 10 cas de TVC au cours de la MB, menée au service de médecine interne du CHU Hédi-Chaker Sfax (Tunisie), sur une période de 17 ans (1996 à 2013). Tous nos patients répondent aux critères diagnostiques du groupe international d'étude de la MB. Le diagnostic était confirmé par une angio-IRM dans tous les cas.

## Résultats

### Données épidémiologiques

- ✓ Parmi 470 cas de MB, 10 cas de TVC ont été colligés (2,12%).
- ✓ **Sexe:** sexe ratio=9 (9 hommes et d'une femme).
- ✓ **Age:** âge moyen lors du diagnostic de la TVC: 24,38 ans (extrêmes : 12 et 58 ans).
- ✓ **Le diagnostic de TVC:**
  - inaugurale de la maladie chez 6 patients.
  - au cours de l'évolution dans 4 cas avec un délai moyen de 19,5mois.

### Données clinique

- tableau d'hypertension intracrânienne (7cas)
- des céphalées isolées (3 cas)
- une diplopie (un cas)
- une surdité de perception (un cas)
- des crises épileptiques chez un patient (secondaires à des lésions ischémiques de la capsule interne).

## Références:

- [1] Salah othmani, urgences et maladies de Behçet
- [2] Afshin Borhani Haghighi et al, Comment on venous thrombosis in Behçet Disease, J Neurol 2011
- [3] Salwa B'chir Hamzaoui et al, la maladie de Behçet en Tunisie, étude de 519 cas, revue de médecine interne, 2006.
- [4] O. Ben Salem Berrabah et al, la thrombose veineuse cérébrale: étude prospective de 26 cas, revue neurologique, 2011

## Topographie des thromboses



Une thrombose veineuse extra-cérébrale était observée chez un patient (embolie pulmonaire et cavernome porte).

### Les autres manifestations systémiques associées

- ✓ atteinte cutané-muqueuse (constante)
- ✓ atteinte oculaire (3 cas)
- ✓ atteinte articulaire (un cas)
- ✓ une neuropathie rétrobulbaire (1 cas)
- ✓ entéro-behçet (1 cas).

### traitement

- ✓ Tous nos patients étaient mis sous Héparine avec un relais par anticoagulants oraux (antivitamine K)
- ✓ Une corticothérapie était associée dans 3 cas
- ✓ Un immunosuppresseur (cyclophosphamide) était instauré chez 2 patients.

### L'évolution

- ✓ favorable dans 8 cas.
- ✓ Un patient a gardé des céphalées avec vertiges
- ✓ Une cécité secondaire à une vascularite rétinienne réfractaire au traitement est survenue dans un cas.
- ✓ Le recul moyen est de 68 mois.

## Discussion

La TVC est une manifestation rare dans la MB. Le tableau clinique est souvent paucisymptomatique avec une proportion élevée d'HTIC isolée. Leur traitement se base sur des anticoagulants associé ou non à une corticothérapie et ou aux immunosuppresseurs. L'évolution comporte un risque important de cécité par atrophie optique. [3,4]

## Conclusion :

Les TVC font la gravité de la MB et pouvant mettre en jeu le pronostic vital et fonctionnel justifiant une prise en charge diagnostique et thérapeutique rapide.



# Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de la Maladie de Takayasu au Sud Tunisien

C. Damak, S. Marzouk, S. Garbaa, Y. Chérif, S. El Aoud, H. Loukil, M. Snoussi, R. Ben Salah, M. Jallouli, F. Frikha, Zouhir Bahloul.  
Service de médecine interne, CHU Hédi Chaker de Sfax.

## Introduction :

La maladie de Takayasu (MT) est une artériopathie inflammatoire chronique non spécifique, d'étiologie inconnue qui affecte l'aorte, ses principales branches et les artères pulmonaires.

Le but de ce travail est de rapporter les caractéristiques épidémiologiques, clinico-biologiques et thérapeutiques

## Patients et méthodes

Nous avons colligé, de façon rétrospective, 37 cas d'artérite de Takayasu sur une période de 17 ans (1996-2013). Les critères d'inclusion étaient ceux du collège américain de rhumatologie (ACR).

## Résultats

### Données épidémiologiques:

Sexe: sexe ratio 1M = 8,23 (13 femmes et de 4 hommes)

Age: d'âge moyen au moment du diagnostic de 32,4 ans (extrêmes : 16 - 65 ans)

### Données cliniques

#### Signes vasculaires

Ils étaient présents chez tous les patients

|                            | Nombre | Pourcentage |
|----------------------------|--------|-------------|
| Pouls diminué ou absent    | 34     | 91%         |
| Claudication intermittente | 20     | 54%         |
| HTA                        | 17     | 46%         |
| Souffle carotidiens        | 21     | 56%         |
| abdominal                  | 8      | 21%         |
| fémoral                    | 3      | 8%          |
| Acrosyndrome               | 4      | 10%         |
| Carotidodynie              | 2      | 5%          |

#### Signes extra-vasculaires

| Manifestation           | Nombre | Pourcentage |
|-------------------------|--------|-------------|
| Signes généraux         | 12     | 32%         |
| Céphalés                | 17     | 45%         |
| Vertiges                | 10     | 27%         |
| Syncope                 | 2      | 5%          |
| AVC                     | 4      | 10%         |
| Valvulopathie           | 6      | 16%         |
| Rétinopathie ischémique | 1      | 2%          |
| Vascularite rétinienne  | 1      | 2%          |
| Uvérite                 | 2      | 4%          |

**Maladies associées:** La maladie de Takayasu est associée à une polyarthrite rhumatoïde (1 cas), à une thyroïdite d'Hashimoto (1 cas) et à une maladie de Recklinghausen (1 cas).

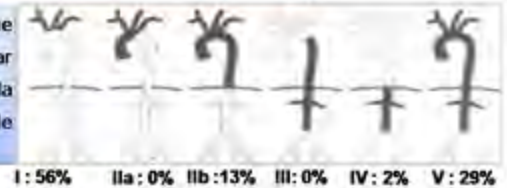
#### Biologie

- ✓ le syndrome inflammatoire biologique a été observé chez 21 patients soit 56%
- ✓ VS accélérée chez 21 patients
- ✓ CRP (+) chez 13 patients
- ✓ Une hypergammaglobuline est retrouvée dans 17 cas (46%).
- ✓ Anémie inflammatoire chez 13 patients

#### Répartition lésionnelle

|                              | Total | Unilatérale | Bilatérale |
|------------------------------|-------|-------------|------------|
| Artère sous-clavière         | 29    | 9           | 20         |
| Carotides primitives         | 35    | 8           | 10         |
| Tronc brachio-céphalique     | 8     | -           | -          |
| Artères vertébrales          | 7     | 5           | 2          |
| Artères axillaires           | 3     | 5           | 2          |
| Artères humérales            | 2     | 2           | -          |
| Crosse de l'aorte            | 1     | -           | -          |
| Aorte thoracique             | 7     | -           | -          |
| Aorte abdominale sous rénale | 5     | -           | -          |
| Aorte abdominale sus rénale  | 7     | -           | -          |
| Tronc coeliaque              | 1     | -           | -          |
| Artère mésentérique          | -     | -           | -          |
| supérieure                   | 4     | -           | -          |
| Artère rénale                | 9     | 5           | 4          |
| Artère iliaque externe       | 1     | 1           | -          |

Classification topographique développée par Ueno modifiée par Lupi-Herrera et revue lors de la conférence sur la maladie de Takayasu en 1994



#### Traitement:

- ✓ La corticothérapie a été instaurée chez 29 patients.
- ✓ Cinq patients ont nécessité un traitement immunosuppresseur à base du méthotrexate
- ✓ Trois patients ont eu une angioplastie endoluminale des artères rénales.
- ✓ Quatre patients ont eu une revascularisation chirurgicale.

#### Discussion:

- ✓ L'artérite de Takayasu est une pathologie touchant principalement la femme (68 à 96%). Elle est de 89% dans notre série. Elle s'installe habituellement de façon insidieuse.
- ✓ L'âge moyen de nos patients est de 35,5 ans, légèrement supérieur à celui rapporté dans la littérature (28 - 34 ans).
- ✓ Sur le plan clinique, et comme dans toutes les séries, les signes vasculaires sont retrouvés chez tous les malades, sous forme de claudication intermittente, de souffle vasculaire et de modification d'un pouls.
- ✓ L'atteinte oculaire au cours de la maladie de Takayasu est essentiellement une rétinopathie ischémique. Un cas de vascularite rétinienne périphérique et 2 cas d'uvéïte ont été observés dans notre étude.
- ✓ La maladie de Takayasu s'associe à différentes maladies dysimmunitaires, en particulier avec la maladie de Crohn et la spondylarthropathie ankylosante. Dans notre série, nous avons noté trois associations : une polyarthrite rhumatoïde, une thyroïdite d'Hashimoto et une phacomatose.
- ✓ Le traitement est basé sur la corticothérapie dans les formes actives. Dans notre série, la corticothérapie a été proposée dans 78% des cas. Certains immunosuppresseurs ont fait la preuve de leur efficacité notamment le Méthotrexate (5 patient dans notre série). Une revascularisation chirurgicale ou endoluminale s'impose en cas de sténose serrée des artères rénales avec HTA sévère.

#### Conclusion :

La MT est une aortoartérite essentiellement de la femme jeune. Notre série se caractérise par une fréquence élevée de l'HTA, atteinte moindre des artères rénales et absence de l'atteinte coronaire et pulmonaire.



# HYPERPARATHYROÏDIE SECONDAIRE : DONNÉES ANATOMOPATHOLOGIQUES DE LA PARATHYROÏDECTOMIE

Iguirim M, Mhenni A, Elkorbi A, Mani L, El Ayeb M, Moulaa G, Younes M, Zrou S, Bejia I, Touzi M, Bergaoui N.

## Introduction :

L'hyperparathyroïdie secondaire (HPTS) est une complication fréquente de l'insuffisance rénale chronique, elle est généralement due à une anomalie du métabolisme phospho-calcique. Le diagnostic évoqué sur des éléments cliniques et radiologiques est confirmé par le dosage immunologique de la parathormone (PTH) sérique. Le traitement repose essentiellement sur la parathyroïdectomie chirurgicale de réduction.

## Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 38 dossiers de patients atteints d'hyperparathyroïdie secondaire colligés entre les années 2007 et 2013. Le mode de révélation de l' HPTS, les manifestations cliniques, les données de l'imagerie les traitements et l'évolution ont été étudiés.

## Résultats :

L'âge moyen des patients était de 46 ans [17 à 72 ans] avec un sexe ratio de 1,23 (figure 1).

Tous les patients présentaient une insuffisance rénale chronique avec une durée moyenne d'évolution de 8 années [6 mois-25 ans]. Tous étaient hémodialysés en moyenne depuis 7 années [3 mois-25 ans].



Figure 1 : répartition selon le sexe

Les circonstances de découverte de l' HPTS étaient un bilan phosphocalcique mensuel perturbé.

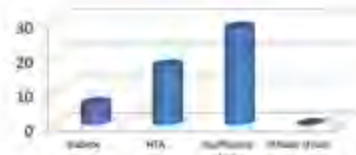


Figure 2 : ATCD médicaux



Figure 3 : manifestations ostéoarticulaire

Une hypercalcémie a été constatée dans 47,3 % des cas. La valeur moyenne de la PTH était de 1376,9 ng/l [219 - 4653].

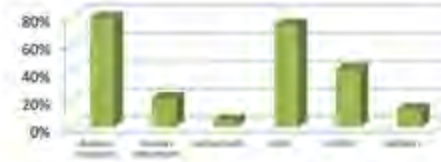
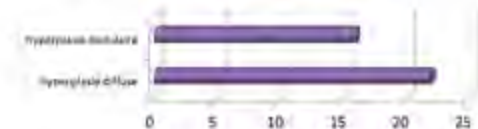


Figure 4 : autres manifestation clinique

L'échographie cervicale réalisée pour tous les patients a visualisé des glandes pathologiques pour 87% des patients. Une scintigraphie réalisée par méthode de soustraction a été pratiquée pour 76,3 % des patients. Elle a révélé des glandes pathologiques pour 87% des patients aussi. Tous les patients ont eu un traitement chirurgical avec une cervicotomie transverse bilatérale. Une parathyroïdectomie subtotale (7/8) a été pratiquée. L'étude histologique des glandes parathyroïdes réséquées est représentée par la figure 5.

Figure 5 : étude anatomopathologique



La durée moyenne de l'hospitalisation postopératoire a été de 4 jours.

## Discussion :

\* L' HPTS est une complication métabolique bien connue de l'insuffisance rénale chronique. Le traitement chirurgical de choix est la parathyroïdectomie subtotale.

\* L'examen histologique extemporané de la pièce opératoire doit être systématique afin de s'assurer de l'efficacité du geste opératoire et de déterminer le degré de l'hyperplasie parathyroïdienne.

\* L'examen anatomopathologique final permet de distinguer 2 type d'atteinte :

**L'Hyperplasie :** Chez les patients présentant une insuffisance rénale chronique, on distingue deux types d'hyperplasies parathyroïdiennes ; l'hyperplasie diffuse des glandes et l'hyperplasie nodulaire.

Le type histologique d'hyperplasie parathyroïdienne est corrélé à l'évolution de l'HPTS. En effet, les études montrent que l'hyperplasie nodulaire est associée, dans la majorité des cas à une évolution plus sévère de la maladie.

La fréquence de l'hyperplasie diffuse varie entre 45 et 60 % celle de l'hyperplasie nodulaire varie entre 40 et 54 %.

**L'Adénome :** Après une période prolongée d'HPTS, les glandes parathyroïdes peuvent subir une transformation adénomateuse et devenir autonomes et cela même si la cause de l'hypocalcémie a été supprimée. Dans la littérature sa fréquence varie entre 1 et 3 % selon les études.

## Conclusion :

La parathyroïdectomie subtotale est le traitement chirurgical de choix des HPTS hyperparathyroïdies secondaires à l'insuffisance rénale chronique sévères ou rebelles au traitement médical.



# RISQUE DE TUBERCULEUSE AU COURS DES BIOTHÉRAPIES

Jguirim M, Mhenni A, Mani L, El Ayeb M, Moulaa G, Zrour S, Younes M, Bejia, Touzi M, Bergaoui N

## Introduction :

L'introduction d'un traitement par biothérapie impose le dépistage et le traitement préalable d'une éventuelle tuberculose. Le diagnostic de tuberculose latente repose principalement sur la mesure de la papule induite par l'intradermoréaction à la tuberculine (IDR) et plus récemment par le dosage du Quantiféron. Notre objectif était de décrire les complications infectieuses et précisément la tuberculose chez nos malades ayant été traités par biothérapie.

## Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, étalée sur 7 ans depuis 2006 jusqu'à 2013, portant sur 39 patients suivis pour un rhumatisme inflammatoire chronique ou une connectivite, ayant eu au moins un traitement par biothérapie.

## Résultats :

L'âge moyen de notre population était de  $42.8 \pm 12$  ans. Les 39 patients ont été répartis comme suit dans la figure 1. Les biothérapies utilisées en premier lieu sont représenté par la figure 2.



Figure 1 | diagnostic étiologique

On a noté 27 cas (69,23 %) d'arrêts définitifs de la biothérapie dont 7 cas (25 %) étaient due à une cause infectieuse. Un de ces malades avait présenté une pleurésie tuberculeuse de grande abondance survenue après un délai de 3 mois de traitement soit quatre perfusions de Rémicade. Deux cas de décès par cause infectieuse ont été observés : un cas de décès par tuberculose pulmonaire et un cas de décès par sepsis grave à pyogène. Pour ces 2 patients, le bilan de dépistage systématique de tuberculose comportant une IDR, un dosage du Quantiféron et la recherche de bacille de Koch dans les crachats et urines 3 jours de suite était négatif. A noter que chez 3 de nos malades ont a trouvé une tuberculose latente. Ces 3 patients ont reçu une bithérapie anti-tuberculeuse à base d'Isoniazide et de Rifadine durant 3 mois avant de démarrer la biothérapie. On n'a pas noté de réactivation de la tuberculose chez ces malades.



Figure 2 : Prévalence de la biothérapie sous rhumatisme confondu

## Discussion :

\* Le risque de tuberculose représente le principal effet secondaire de l'Infliximab. Un cas de tuberculose latente a été noté dans notre étude chez un patient de PR traité par infliximab.

\* Depuis l'article du New England Journal of Medicine de septembre 2001 qui décrivait 70 cas, il est établi qu'il existe une augmentation de l'incidence de la tuberculose chez les patients traités par Infliximab.

\* En janvier 2002, 155 cas ont été décrits, seulement quatre pendant les études cliniques et 151 après la commercialisation (données de Schering Plough). Ce qui caractérise ces tuberculoses est la grande fréquence des formes extrapulmonaires (55 % des cas) et la rapidité de son apparition après la mise en route du Rémicade (72 % des cas dans les trois premières perfusions, 94 % des cas dans les six premières perfusions).

\* Il ne semble pas exister d'augmentation de l'incidence de la tuberculose sous Etanercept. Ceci souligne la nécessité absolue d'un suivi très étroit après la commercialisation de ces nouveaux médicaments pour déceler des effets secondaires rares.

## Conclusion :

Les infections par tuberculose sont fréquentes au cours du traitement par biothérapie surtout avec l'Infliximab. Un dépistage systématique permet de détecter les tuberculoses latentes et d'instaurer une bithérapie antituberculeuse préventive. Toutefois, le rhumatologue doit rester vigilant quant à ce risque de tuberculose sous biothérapie surtout au cours des premières perfusions. Le patient doit être également informé de ce risque potentiel. Récemment, on a montré que le traitement par Etanercept entraîne moins de risque de développement d'une tuberculose que l'Infliximab ou l'Adalimumab



# BIOTHÉRAPIE DE 2ÈME LIGNE AU COURS DES SPONDYLOARTHROPATHIES: EXPÉRIENCE D'UN SERVICE DE RHUMATOLOGIE.

Iguirim M, Mhenni A, Mani L, El Ayeb M, Moulaa G, Zrou S, Younes M, Bejia, Touzi M, Bergaoui N

## Introduction :

Les anti-TNF $\alpha$  sont utilisés dans le traitement de fond des spondyloarthropathies (SpA) en deuxième intention, après échec du traitement par des anti-inflammatoires non stéroïdiens. Nous rapportons notre expérience dans un service de rhumatologie.

## Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, étalée sur 7 ans depuis 2006 jusqu'à 2013, portant sur 24 patients suivis pour une SpA : 16 cas de SpA primitive, 3 cas de rhumatisme psoriasique (RP), 2 cas de rhumatisme des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) et 3 cas de SpA indifférenciée. Tous nos patients ont reçu une première biothérapie et 10 ont eu un switch vers une deuxième molécule.

## Résultats :

L'âge moyen était de 40 ans [18 à 66 ans]. On avait noté une prédominance masculine à 75%. L'âge moyen de début de la maladie était de 27 ans (tableau 1). 62,5% des patients avaient une atteinte axiale, 58 % avaient une atteinte périphérique et 50% présentaient des atteintes extra-articulaires. 87,5 % des patients étaient traités par AINS, 66,7 % étaient traités par corticoïdes, 62,5 % étaient traités par salazopyrine et 50% prenaient le Méthotrexate. La biothérapie était indiquée pour inefficacité du traitement de fond classique dans 87,5% des cas et pour intolérance digestive 12,5%. La figure 1 résume les différents traitements reçus par nos malades.

**Tableau 1 : Age et sexe des patients en fonction du type de SpA**

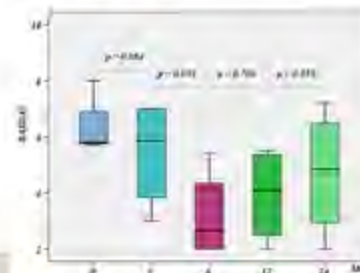
| Type de spondyloarthropathie | Age (moyenne $\pm$ E)          | Sexe (%) |
|------------------------------|--------------------------------|----------|
| SpA primitive (N=16)         | 37,25 $\pm$ 10,53<br>(19 - 56) | 75       |
| Rhumatisme psoriasique (N=3) | 59,33 $\pm$ 22,08<br>(40 - 66) | 33       |
| Rhumatisme des MICI (N=2)    | 34,50 $\pm$ 9,20<br>(24 - 35)  | 50       |
| SpA indifférenciée (N=3)     | 47,67 $\pm$ 2,53<br>(45 - 50)  | 33       |
| Total (N=24)                 | 39,38 $\pm$ 10,02<br>(18 - 66) | 67       |

**Figure 1 : Stratégie thérapeutique observée dans le groupe des SpA**



Le nombre moyen des perfusions d'Infiximab reçues était de 8 perfusions. Les variations du score BASDAI à J0, à 3 mois et à 24 mois de traitement étaient toutes non significatives. On a noté 15 cas d'arrêts définitifs de traitement (88,24 %), dont 4 cas à cause d'une inefficacité et 11 cas à cause d'une intolérance. La durée moyenne du traitement par l'Etanercept était de 20 mois. La baisse du score de BASDAI était significative (figure 2). Cette bonne réponse se maintenait à 20 mois. Aucun cas d'arrêt d'Etanercept n'a été noté. La durée totale d'exposition à l'Adalimumab était de 9 mois en moyenne. On a noté une amélioration nette du score BASDAI dans les deux cas.

**Figure 2 : Réponse BASDAI à J0, à 3, 6, 12 et 24 mois**



10 patients initialement sous Infiximab (66,67 %) ont reçu une biothérapie de deuxième ligne.

\*Etanercept : 5 ont reçu l'Etanercept avec bonne réponse pour tous les patients et qui se maintenait à 12 mois de traitement. Aucun arrêt de ce traitement n'a été noté.

\*Adalimumab : Les autres 5 patients ont reçu l'Humira. La durée d'exposition moyenne était de 13 mois. Aucun arrêt de ce traitement n'a été noté aussi.

## Discussion:

\*En cas d'inefficacité primaire à un anti-TNF, il n'y a pas, à l'heure actuelle, d'arguments démontrant l'intérêt de l'augmentation de la posologie. Il est justifié de discuter, après avoir reconsidéré le diagnostic de spondyloarthrite, le switch vers un autre anti-TNF.

\*Différentes études (PRESTA dans le rhumatisme psoriasique et LOADET dans la spondylarthrite ankylosante) ont montré l'absence d'intérêt des fortes doses d'anti-TNF.

\*La rotation vers un second anti-TNF peut être bénéfique, en particulier en cas de perte de réponse, d'inefficacité primaire ou d'intolérance à un premier anti-TNF.

\*Le monitoring par dosage du taux sérique de biomédicament, et la recherche d'anticorps anti-biomédicament pourraient permettre une analyse plus précise et une adaptation de posologie.

\*La proposition de rotation s'appuie sur des données observationnelles issues de cohortes et registres pour les spondyloarthrites. Ces travaux montrent que le taux de maintien d'un second agent anti-TNF est proche, mais inférieur à celui de l'utilisation en première ligne ; par contre, le taux de maintien d'un troisième anti-TNF est moins bon.

## Conclusion :

Les anti-TNF $\alpha$  sont maintenant le traitement de référence de deuxième intention pour les patients atteints de spondyloarthropathie insuffisamment contrôlés par les AINS seuls. Mais, une proportion significative de ces patients reste inefficacement traitée par les anti-TNF, soit en raison d'une résistance primaire, soit à cause d'échecs secondaires faisant suite à une amélioration initiale. D'où l'intérêt d'avoir recours à une biothérapie de deuxième ligne.



# Série de 170 cas de PR: atteinte coxo-fémorale clinique et radiologique

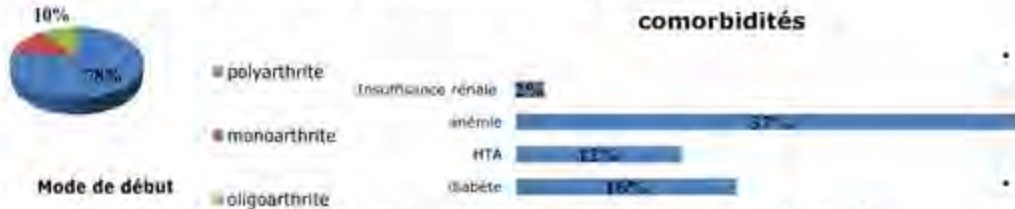
M Jguirim, L Mani, A Mhenni, M El Ayeb, G Moula, S Zrou, M Younes, I Bejia, M Touzi, N Bergaoui.

**Introduction:** La polyarthrite rhumatoïde (PR) est la maladie auto-immune la plus fréquente. Elle touche les petites et les grosses articulations de façon bilatérale et symétrique, l'atteinte des hanches n'est pas rare et nécessite un diagnostic et une prise en charge rapide.

**Matériels et méthodes :** C'est une étude rétrospective, s'étalant de 1997 à 2014, portant sur 170 dossiers de PR. Le diagnostic était basé sur les critères ACR 87

## Résultat:

La moyenne d'âge était de 48,8 ans [16- 86] et 84% des patients étaient des femmes. Des déformations articulaires étaient retrouvées chez 36% des malades. Une atteinte extra articulaire était retrouvée chez 46,5% des cas soit 80 patients: une ostéoporose dans 21,2% des cas, un syndrome sec oculaire était retrouvé dans 39,4 % des cas, 11 cas avaient des nodules rhumatoïdes, neuf cas de fibrose pulmonaire, quatre cas de pleurésie et trois cas d'amylose.



Dans 24% des cas, il n'avait pas de signes radiologiques évidents. Des signes de destruction au niveau des mains sont retrouvés dans 70% des cas et une carpite fusionnante était retrouvée dans 14 cas. Une atteinte radiologique de l'articulation coxo-fémorale était retrouvée chez 15 patients, soit 9%: unilatérale dans 7 cas et bilatérale dans huit cas. L'indice de Lequesne moyen était de 17. Un remplacement prothétique était pratiqué chez quatre malades. Un traitement par méthotrexate est utilisé chez 151 patients et 25 patients ont reçu la salazopyrine et 18 cas ont été traités par des antipaludéens de synthèse. 70 patients ont été suivis sur une durée dont la moyenne était de 60,8 mois. On a eu recours à une biothérapie chez seulement quatre patients.



Pincement global de l'interligne articulaire associé à des érosions sous chondrales à la radiographie



Réponse thérapeutique selon DAS 28



## Discussion:

La coxite rhumatoïde est retrouvée dans environ 15% des cas. Il s'agit d'une localisation particulièrement grave du point de vue fonctionnel et souvent peu accessible aux traitements généraux ou locaux.

La coxite est une inflammation aiguë ou chronique de l'articulation de la hanche. Son origine est rhumatismale ou infectieuse. Dans le cadre d'une maladie rhumatismale connue, son diagnostic est aisé. Si la coxite est isolée et inaugurale, il faut d'urgence éliminer une cause infectieuse qui est une urgence, avant de conclure à une atteinte rhumatismale.

La coxite rhumatoïde est observée de façon tardive, elle est volontiers asymptomatique et on la découvre parfois alors que les dégâts radiologiques sont considérables et que la seule solution est l'arthroplastie chirurgicale.

Il est donc essentiel de prévenir le patient de consulter à la moindre douleur de hanche, il faut dans ce cas faire rapidement des radiographies. Si les douleurs persistent et s'il n'y a pas encore d'altération radiologique, une synoviorthèse fait précocement peut freiner ou arrêter l'évolution dans 70% des cas environ.

Dans certains cas les lésions sont majeures, aboutissant en quelques mois à une destruction totale de la tête fémorale, il y a parfois une nécrose de la tête (coxite nécrosante).

Chez certains patients, la coxite prend assez rapidement un caractère protrusif, détruisent le fond du cotyle. Ce type de coxite doit être opéré rapidement pour éviter la perforation du fond du cotyle dont la réparation chirurgicale risque d'être complexe.

## Conclusion:

L'atteinte de la hanche est habituellement d'apparition tardive et peu fréquente au cours de l'évolution de la maladie. Elle réalise une coxite déminéralisante avec pincement articulaire homogène et évolue vers la protrusion acétabulaire et elle est source d'un handicap majeur d'où la nécessité de la rechercher systématiquement.



# Relation entre la chondrocalcinose articulaire et l'arthrose: à propos de 100 cas

M Jguirim, L Mani, A Mhenni, M El Ayeb, G Moula, S Zrou, M Younes, I Bejia, M Touzi, N Bergaoui.

## Introduction:

Il existe un lien étroit entre la chondrocalcinose articulaire (CCA) et l'arthrose ne serait-ce qu'en raison de la fréquence des deux affections. La prévalence de la CCA augmente avec l'âge et atteint 20 % chez des sujets de plus de 80 ans. L'objectif de cette étude était de déterminer la relation entre ces deux arthropathies.

## Matériels et méthodes :

C'est une étude descriptive, rétrospective, s'étalant de 1997 au 2014, portant sur 100 patients suivis pour CCA et sur ces cent cas, on a observé des atteintes arthrosiques chez 31 cas.

## Résultats:

La moyenne d'âge était de 68.9 ans [35 à 87] et 65% des patients étaient des femmes. On a noté 8 cas de CCA familiale.

## Discussion:

L'association entre arthrose et CCA est bien documentée par plusieurs études transversales. Pour autant, les rares études longitudinales et prospectives ayant utilisé la radiographie standard pour évaluer les conséquences structurales locales de ces dépôts calciques n'ont jamais clairement démontré que la CCA était un facteur de risque de progression anatomique de la gonarthrose.

En fait, les mécanismes de la destruction articulaire dans les maladies à dépôts de cristaux sont sujets à discussion ; les cristaux présents dans l'articulation entraînent l'activation de plusieurs processus faisant entrer en compte des protéines et des cellules spécifiques de l'inflammation, mais dans l'arthrose primitive la destruction de l'os sous-chondral peut libérer dans l'articulation de l'hydroxy-apatite, accélérant ainsi la rapidité de la destruction du cartilage. Donc, les intrications entre arthrose primitive et chondrocalcinose sont étroites.

Une seule étude IRM, de bonne méthodologie, a évalué l'influence d'une CCA sur la détérioration structurale de la gonarthrose dans deux cohortes de patients, composées respectivement de 265 et 230 participants. Le diagnostic de CCA, établi en début d'étude à l'aide de radiographies standard du genou était porté chez 9 % et 18,5 % des patients. Pour chacun de ces patients, une IRM était réalisée en début d'étude et répétée après environ trois ans. **Dans les deux cohortes, le risque relatif d'aggravation n'était pas corrélé à la présence d'une CCA.** Ces résultats inattendus, selon les auteurs, peuvent trouver une explication dans la maturation des chondrocytes dont on sait qu'ils s'hypertrophient au cours de l'arthrose. Or, ce stade d'hypertrophie s'accompagne d'une minéralisation matricielle accrue, ce qui pourrait faire penser que la CCA, chez certains patients, ne serait qu'une conséquence de l'arthrose.

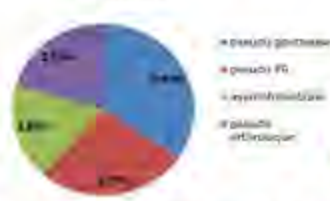
## Conclusion:

L'association d'une arthrose et d'une CCA est une constatation fréquente, il est alors difficile de savoir est ce que l'arthrose est primitive ou secondaire à la CCA. Dans ces cas, l'atteinte d'articulations non habituellement touchées par l'arthrose primitive telles que les épaules, les chevilles et les poignets orientent vers la CCA.

Motifs d'hospitalisation



formes cliniques



localisation du liseré de calcification



Une ponction articulaire avait été pratiquée dans 39% des cas. Dans 58% des cas, on a trouvé des microcristaux de PPCD et dans 43% des cas, le liquide était mécanique.

Des atteintes arthrosiques ont été retrouvées chez 31 patients. Le siège de l'arthrose était au niveau du genou chez 19 cas et au niveau de l'épaule chez deux cas. Huit patients avaient des lésions arthrosiques évoluées.

99% des patients ont été mis sous colchicine, 22% ont eu des anti-inflammatoires non stéroïdiens, 93 % ont reçu des antalgiques de paliers I ou II et enfin 21% ont bénéficié d'une infiltration intra-articulaire de corticoïdes.

Liseré de calcification intra articulaire au niveau du genou



Arthrose digitale

# Fréquence de l'atteinte des sacroiliaque au cours des spondyloarthropathies : à propos de 160 cas

M Jguirim, L Mani, A Mhenni, M El Ayeb, G Moula, S Zrou, M Younes, I Bejia, M Touzi, N Bergaoui.

## Introduction:

Les spondylarthropathies (SPA) sont des rhumatismes inflammatoires partageant des caractéristiques communes comme des facteurs génétiques et l'atteinte privilégiée de l'enthèse. L'atteinte la plus habituelle est la forme dite *axiale* (affectant le rachis, les sacro-iliaques, la paroi thoracique antérieure...) mais il existe aussi des formes *périphériques*, à type d'arthrite, d'oligoarthrite ou de polyarthrite (à différencier de la polyarthrite rhumatoïde).

## Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée dans le service de rhumatologie de Monastir entre 1999 et 2013 portant sur 160 patients atteints de SPA.

## Résultat:

La moyenne d'âge était de 37,5 ans +/- 13,5 (13-78) avec un sexe ratio de 2,7.

répartition selon le sexe



Sacroiliite bilatérale à l'IRM



116 patients soit 72% avaient une SPA primitive et 44 patients soit 28% avaient une SPA secondaire (29 Rhumatisme psoriasique (RP), 14 ont un rhumatisme associé aux MICI dont 8 cas de maladie de Crohn et 6 cas de RCH et un cas de SPA indifférenciée). La BASRI total moyen était de 5,12 +/- 3,51 avec des extrêmes allant de 0 à 12

Pour le groupe de SPA primitive, une atteinte mixte était retrouvée chez 45 cas, une atteinte axiale chez 42 cas et périphérique chez 29 cas. Dans le groupe de RP, le siège de début était périphérique dans 22 cas et axial dans seulement trois cas.

Les manifestations extra articulaires retrouvées étaient : 7 cas d'uvéïte, 8 cas d'atteinte pulmonaire, 4 cas d'atteinte cardiaque et 15 cas avaient une atteinte rénale. La prise en charge thérapeutique était : des antalgiques et des AINS chez presque 90% des cas, le méthotrexate était prescrit dans 28 cas, la salazopyrine dans 82 cas, l'anti TNF alpha dans 17 cas et 9 patients avaient bénéficié d'un remplacement prothétique.

## Discussion:

la sacro-iliite radiologique (stade supérieur ou égal à 2 bilatérale ou supérieur ou égal à 3 unilatérale) fait partie des différents systèmes actuellement disponibles de classification de la spondylarthrite ankylosante (critères de New York modifiés), et des critères de spondylarthropathies pour lesquels le diagnostic peut être retenu en l'absence de cet élément, devant la présence d'autres caractéristiques.

L'atteinte sacro-iliaque n'est pas seulement un élément de diagnostic et de classification, mais c'est aussi un élément de la physiopathologie inflammatoire de la maladie. Ainsi, Braun et al. ont démontré sur des biopsies d'articulations sacroiliaques la production locale de cytokines pro-inflammatoires, en particulier de TNF alpha. Bollow et al., sur 32 patients atteints de spondylarthropathies, ont évalué à partir de biopsies sacro-iliaques la corrélation des résultats avec ceux de l'IRM

En première analyse, les formes sans atteinte radiologique sacro-iliaque pourraient représenter des stades relativement précoces de la maladie. On sait que les modifications radiologiques sont longues à se manifester. Mau et al. ont évalué l'évolution à dix ans des images radiographiques de 88 patients avec spondylarthrite axiale avec des sacro-iliaques normales ou suspectes. Les signes radiographiques de sacro-iliite devenaient évidents après au moins 9 ± 6 ans, et de l'atteinte rachidienne après 11 ± 6 ans de durée moyenne des symptômes.

L'absence d'atteinte sacro-iliaque en imagerie ne doit pas être un obstacle au diagnostic précoce. Les recommandations de la Société française de rhumatologie prennent en compte, en l'absence de sacro-iliite radiologique, la mise en évidence d'une inflammation objectivée par IRM. Dans cette optique, le clinicien aura à se positionner entre deux extrêmes, d'un côté la nécessité d'un diagnostic précoce (où la radiologie peut être prise en défaut), et d'un autre côté un diagnostic de certitude que permet l'imagerie.

## Conclusion:

L'atteinte des sacroiliaque est habituelle dans les spondyloarthropathies et elle est fréquemment bilatérale, l'absence de sacroiliite doit éliminer en premier lieu une polyarthrite rhumatoïde. L'absence d'atteinte radiologique des sacro-iliaques et du rachis définit les spondyloarthropathies non radiologiques.

|             | unilatérale     | bilatérale      | total           |
|-------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| coxite      | 21 cas soit 13% | 64 cas soit 40% | 85 cas soit 53% |
| sacroiliite | 9 cas soit 6%   | 89 cas soit 55% | 98 cas soit 61% |



# Ostéo-arthropathies nerveuses : à propos de 9 cas et revue de la littérature

Iguirim M, Mhenni A, Mani L, El Ayeb M, Moulaa G, Zrou S, Younes M, Bejia I, Touzi M, Bergaoui N

## Introduction :

Les ostéoarthropathies nerveuses (OAN) sont rares, destructrices et de constitution progressive. Elles résultent d'une perturbation neurovégétative et d'un dysfonctionnement des fibres sensitives à l'origine de troubles proprioceptifs, d'une hypoalgésie et de troubles trophiques. Leurs étiologies sont multiples. Le diabète étant l'étiologie la plus fréquente.

## Matériels et méthodes :

Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 9 patients hospitalisés à notre service pour une OAN, durant la période étendue entre 1997 et 2013.

## Résultats :

L'âge moyen de nos patients est de 55 ans avec des extrêmes allant de 37 à 67 ans. Le sexe ratio (H/F) était de 1,25. Six de nos patients présentaient un diabète de type II. La durée moyenne d'évolution du diabète était de 13 ans (extrêmes 10 à 20 ans). Parmi les patients diabétiques, 2 avaient une rétinopathie diabétique et 4 avaient une neuropathie sensitivo-motrice sévère confirmée dans 2 cas par un EMG. L'atteinte des pieds était présente chez 89% des cas (soit 8 patients). L'atteinte de l'arrière pied prédominait par rapport à l'avant pied : 63% et 37% respectivement. L'atteinte était bilatérale dans 2 cas. Le principal motif de consultation était une douleur de type mixte de la cheville ou du pied avec tuméfaction, chaleur et exagération de la douleur lors de la mobilisation. On notait la présence d'un mal perforant plantaire dans 2 cas. Les données de la radiologie sont présentées par la figure 1.

L'IRM, faite dans 5 cas, était contributive dans tous les cas. Une arthropathie de l'épaule était observée chez un patient en rapport avec une syringomyélie confirmée par l'IRM cervicale. La figure 2 illustre les différentes étiologies de l'ostéoarthropathie nerveuse chez nos malades.

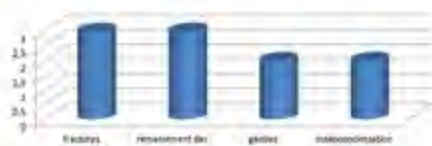


Figure 1 : données de la radiologie standard

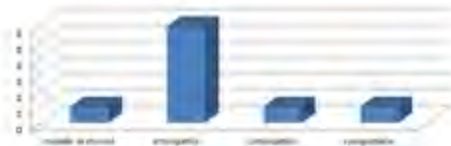


Figure 2 : diagnostic étiologique

Tous les patients avaient reçu un traitement antalgique. Deux patients avaient bénéficié d'un traitement par le Lyrica® et 3 patients avaient bénéficié d'une décharge. L'évolution était marquée par la stabilisation des lésions dans 7 cas et aggravation pour deux patients diabétiques.



1ER cas : femme âgée de 68 ans présentant une arthropathie diabétique de charcot intéressant l'articulation tibio-astragalienne et surtout astragalo calcanéenne avec à l'IRM hypo T1 et hyper T2 avec réhaussement après injection IV de gado.



2ème cas : homme de 37 ans avec paraplégie et lourdeur des membres inférieurs. À l'IRM cervico-thoracique une cavité syringomyélique étendue occupant tout le cordon médullaire.



3ème cas : femme de 57 ans diabétique présentant une douleur et tuméfaction du pied droit avec à la radiologie une ostéolyse de la 4ème MTP. À l'IRM présence d'une atteinte inflammatoire (hypo T1, hyper T2, réhaussement après gado) et destruction de l'articulation MTP.

## Discussion :

La prévalence des OAN n'a été estimée que pour les étiologies classiques : de 20 à 30 % dans les syringomyélies, de 5 à 10 % dans le tabès, de 1 à 3 % chez les diabétiques (extrêmes de 0,08 à 29 % selon les recrutements). Elle constitue un réel problème de prise en charge, car souvent diagnostiquées à un stade tardif où les destructions articulaires sont souvent majeures et irréversibles. En effet, la rapidité et l'efficacité de la prise en charge conditionnent le pronostic fonctionnel de ces patients.

## Conclusion :

Il existe une grande variété d'affections pouvant être à l'origine d'OAN. Mais sa pathogénie reste complexe. Le traitement repose principalement sur la mise en décharge de l'articulation atteinte avec un pronostic le plus souvent défavorable sur le plan fonctionnel et sur la morbi-mortalité.

# LES FRACTURES DISCO-VERTÉBRALES AU COURS DES SPONDYLOARTHROPATHIES PEUVENT ELLES CONSOLIDER SPONTANÉMENT ?

*Jguirim M, Mhenni A, Mani L, El Ayeb M, Moulaa G, Zrour S, Younes M, Bejia I, Touzi M, Bergaoui N*

## **Introduction :**

Le rachis ankylosé résiste mal aux traumatismes. Il en résulte des lésions touchant électivement les points de moindre résistance : essentiellement au niveau les ponts syndesmophytiques discaux et au niveau des zones charnières. Des fractures rachidiennes disco-vertébrales sont en conséquence. Ces fractures peuvent s'observer même en dehors de contexte traumatique et elles sont à l'origine de complications neurologiques qui peuvent être graves.

## **But :**

Nous rapportons un cas de fracture disco-vertébrale révélée par une compression médullaire au cours d'un rhumatisme psoriasique actif et sévère qui a consolidé spontanément.

## **Observation :**

Il s'agissait d'un patient de sexe masculin âgé de 41 ans, suivi pour un rhumatisme psoriasique depuis 14 ans et traité par divers traitements de fond (salazopyrine et méthotrexate à forte dose) sans maîtrise de l'activité de la maladie qui avait consulté pour monoparésie du membre supérieur gauche d'installation rapide avec dysphagie. L'examen avait révélé un syndrome quadripyramidal et un déficit moteur des territoires de C5, C6, C7 et C8 (testing musculaire coté à 2) sans troubles vésicosphinctériens. Les radiographies standard du rachis cervical face et profil avait montré une angulation du rachis cervical, un spondylolisthésis C4/C5 et une solution de continuité disco-vertébrale intéressant aussi l'arc postérieur. Par ailleurs, le bilan radiologique avait montré une ankylose des sacro-iliaques et un aspect en triple rail de tout le rachis (image 1).

*Image1: radiologie standard:*

*fracture discovertébrale C4/C5*



L'IRM médullaire avait montré une érosion de l'odontoïde, synovite active C1-C2 avec un spondylolisthésis C4/C5 et une solution de continuité disco vertébrale sans évidence de souffrance médullaire ou radiculaire (image 2)

Le traitement était conservateur du fait de l'absence d'une instabilité rachidienne et de l'activité de la maladie. Il s'est basé sur des bolus de solumédrol, une immobilisation par minerve et une éducation du patient en insistant sur la gravité de l'atteinte et les règles d'hygiène de vie. L'intensification du traitement de fond par la prescription d'anti-TNF  $\alpha$  était nécessaire pour lutter contre l'évolutivité de la maladie.

L'évolution était bonne avec résolution du déficit moteur. Un scanner ainsi qu'une IRM cervicale pratiqués après 7ans, avaient montré la consolidation spontanée de la fracture, ainsi qu'une entorse C1-C2 latérale gauche avec un diastasis dans le plan frontal de 7 mm et un bloc vertébral C4-C5 (image 3).

*Image 2: IRM cervicale: solution de continuité disco vertébrale C4/C5*



*Image 3: scanner de control: bloc vertébral C4/C5*



## **Discussion:**

\*LECA et SICARD dans leur statistique sur 51 cas trouvent 43 localisations cervicales, 5 atteintes lombaires et 3 dorsales. Les fractures transdiscales sont nettement prédominantes puisqu'elles représentent 33 cas sur les 43 lésions cervicales, 2 cas sur les 3 atteintes lombaires et les 3 localisations dorsales. Les autres atteintes sont représentées par des fractures transcorticoréales

\*Sur le plan clinique, ces lésions se caractérisent par la fréquence des troubles neurologiques radiculaires ou médullaires graves qui sont liés au déplacement et à l'instabilité des segments rachidiens ankylosés sus et sous jacents.

\*L'examen radiologique de ces atteintes est toujours rendu difficile par l'ankylose rachidienne. Les localisations basses du rachis cervical et de la charnière cervico-dorsale sont particulièrement difficiles.

\*La consolidation de la fracture est dans la très grande majorité des cas assez facilement obtenue grâce au pouvoir ossifiant de la maladie rhumatismale, mais elle nécessite une immobilisation parfaite du foyer.

## **Conclusion :**

Toute modification ou apparition de douleurs rachidiennes chez un patient atteint d'une ankylose vertébrale doit faire rechercher une fracture disco-vertébrale, qui grève lourdement le pronostic fonctionnel et même vital de ces patients par la fréquence des troubles neurologiques radiculaires ou médullaires graves, liés au déplacement et à l'instabilité des segments rachidiens sus et sous jacents. Le traitement orthopédique doit être proposé en un premier temps en l'absence de tableau neurologique grave.

# Ostéoarthropathie hypertrophiante de Pierre Marie associée à une tumeur broncho-pulmonaire. A propos de quatre cas

M Jguirim, R Alaya, A Mhenni, L Mani, S Zrour, M Younes, I Bèjia, M Touzi, N Bargaoui

Service de rhumatologie, Hôpital Fattouma Bourguiba – Monastir

## Introduction

L'ostéoarthropathie hypertrophiante de Pierre Marie (OAH) est une affection de l'homme qui survient après l'âge de 40 ans, qui associe un hippocratisme digital, une hypertrophie pseudo-acromégaloïde des mains et des pieds, des arthralgies ou des arthrites et une périostose engainante des os longs. Dans sa forme secondaire, elle est dans la majorité des cas associée à un cancer pulmonaire. Nous en rapportons quatre cas d'OAH colligés durant la période allant de 2000 à 2014 (sur une durée de 14 ans).

## Résultats

Il s'agit de quatre hommes, tabagiques, l'âge moyen était de 57 ans. Un des patients était déjà suivi en pneumologie pour un adénocarcinome pulmonaire. Le motif de consultation était une monoarthrite du genou dans un cas, de la hanche dans un autre cas, une polyarthralgie inflammatoire subaigue des deux épaules, deux genoux et des deux poignets dans le troisième cas et une lombosciatique S1 dans le dernier cas. Tous les patients étaient apyrétiques. Il y avait une altération de l'état général dans un cas. L'examen clinique montrait chez deux patients un hippocratisme digital avec en plus une arthrite du genou avec un choc rotulien positif dans un cas. La biologie avait révélé un syndrome inflammatoire dans trois cas. Le bilan infectieux était négatif chez les tous les patients. Les radiographies standard avaient mis en évidence une périostose engainante des jambes et des avant-bras chez les quatre patients avec découverte à la radiographie du thorax d'une opacité pulmonaire. Un patient avait bénéficié d'une scintigraphie osseuse mettant en évidence une anomalie de fixation des os des membres inférieurs évoquant une OAH. Dans un autre cas, une IRM des genoux avait montré un épaississement inflammatoire du périoste au niveau du tiers inférieur du fémur. Le bilan étiologique avait révélé la présence d'une tumeur bronchopulmonaire chez les quatre patients.

## Conclusion

L'OAH est une entité clinico-radiologique, le plus souvent secondaire. Son évolution et son traitement sont étroitement dépendants de celle de l'affection causale.



Rx des avants bras,  
des jambes:  
apposition périostée.



Rx thorax: tumeur  
pulmonaire apicale

## Discussion

- L'OAH est paranéoplasique dans 90 % des cas. Il entraîne des douleurs articulaires, un hippocratisme digital, une hypersudation, une augmentation de la chaleur locale, une érythrocyanose, des oedèmes, et des douleurs osseuses dues à une périostose engainante diaphysaire symétrique. L'atteinte articulaire souvent révélatrice comporte des arthralgies, volontiers symétriques, une oligoarthrite ou bien une polyarthrite, touchant les genoux, les chevilles, les poignets, les articulations digitales.
- La périostose engainante, bilatérale, symétrique est trouvée radiologiquement sur les diaphyses des tibias, fibula, fémurs, cubitus, radius, métacarpes, métatarses, phalanges. Les contours articulaires sont préservés. Il n'y a pas de chondrolyse, d'érosion, ou encore d'ostéolyse ou de condensation.
- Le cancer primitif quand il est responsable de l'OAH est majoritairement d'origine pulmonaire (cancer épidermoïde, adénocarcinome). Des métastases pulmonaires d'origine diverses sont exceptionnellement en cause. Les rares tumeurs pleurales malignes ou bénignes sont potentiellement responsables d'OAH, de même que des lymphomes surtout hodgkiniens, le thymome, des cancers digestifs, ORL (cavum) ou de la thyroïde.
- L'OAH peut être la conséquence d'infections chroniques, d'anomalies cardiaques, de fibroses pulmonaires ou d'hépatopathies.
- Les arthrites répondent souvent à un traitement par aspirine et AINS. Le traitement radical du cancer entraîne souvent l'amélioration rapide des symptômes de l'OAH

### Références:

- 1) Baillière's clinical Rheumatology, Vol 14, NO.3, pp. 515-533, 2000.
- 2) Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Appareil locomoteur, 14-10-260-A-10, 2002, 8p
- 3) Revue du Rhumatisme; Volume 75, Issue 4, Avril 2008, Pages 352-357.





# Syndrome de disjonction de la symphyse pubienne après accouchement par voie basse : à propos de deux cas.

M Jguirim, R Alaya, A Mhenni, L Mani, S Zrou, M Younes, I Bèjia, M Touzi, N Bargaoui  
Service de rhumatologie, Hôpital Fattouma Bourguiba – Monastir

## Introduction

La pubalgie est un symptôme courant chez la femme enceinte, en rapport avec les modifications de la géométrie pelvienne et particulièrement de la symphyse pubienne. S'il s'agit le plus souvent d'un signe modéré sans valeur pronostique péjorative, il existe de véritables disjonctions symphysaires dans la période du péri-partum. Nous rapportons 2 cas de distension mécanique de la symphyse pubienne survenue suite à un accouchement par voie basse.

## 1ere observation:

Une patiente âgée de 25 ans, multipare, sans antécédent pathologique antérieur, était admise 15 jours après un accouchement par voie basse de son troisième enfant pour exploration d'une pubalgie. Le nouveau-né était eutrophique. Une manœuvre d'expression abdominale était faite au cours de l'accouchement. Elle avait présenté 10 heures après l'accouchement, une douleur pubienne exquise avec une impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche. La patiente n'était pas fébrile, la pression en regard de la symphyse pubienne réveillait la douleur. Elle n'avait pas de syndrome inflammatoire biologique et la radiographie du bassin montrait un élargissement de la symphyse pubienne calculé à 15 mm ( figure 1). La patiente était mise initialement sous anti-inflammatoire non stéroïdien et un antalgique du palier 2 mais devant la persistance de la symptomatologie, elle a été traitée par des morphiniques et un bolus de 250 mg de méthyl-prednisone. Une nette amélioration était notée et la patiente restait asymptomatique.



Figure 1



Figure 2

Élargissement de la symphyse pubienne

## 2eme observation:

Une patiente âgée de 26 ans, multipare, était admise 4 jours après un accouchement par voie basse, pour une douleur pubienne aiguë irradiante à la face interne de la cuisse. La patiente était apyrétique. L'examen gynécologique était normal. Elle avait initialement un syndrome inflammatoire biologique important (VS à 84 mm la première heure et CRP à 89 mg/l). La radiographie du bassin montrait un élargissement de la symphyse pubienne supérieur à 12 mm ( figure 2). L'échographie pubienne était normale. Elle recevait un antalgique du palier 2 et une corticothérapie orale à la dose de 10 mg par jour pendant 3 jours. La douleur avait disparue et le syndrome inflammatoire biologique régressait rapidement.

## Discussion

- L'incidence du syndrome de disjonction pubienne en péripartum est évaluée entre 1/300 et 1/30 000.
- La symptomatologie typique semble comporter une douleur de la symphyse pubienne avec irradiations inguinales associée à une douleur de l'articulation sacro-iliaque. Certains décrivent même un œdème de la symphyse et la palpation vraie d'un espace intersymphysaire.
- L'intensité de la douleur est décrite comme variable mais toujours exacerbée par les mouvements mettant en jeu l'articulation symphysaire tels que la position debout, la marche, la montée des escaliers et le port de charges lourdes.
- La radiologie du bassin de face peut mettre en évidence un espace anormal au niveau de l'articulation intersymphysaire supérieur à 10 mm . Le degré de séparation observé n'apparaît cependant pas corrélé à la gravité des symptômes.
- L'intensité de ces lésions dépend du déroulement du travail, de l'âge de la mère et de la parité.
- De façon superposable aux discopathies dégénératives rachidiennes, la perte de l'interface cartilagineux aboutit à des remaniements de l'os sous-chondral visibles chez les multipares.

## Conclusion:

Le syndrome de disjonction symphysaire est une affection rare, il doit être évoqué devant toutes douleurs pelviennes de la grossesse et du post-partum. Le diagnostic est posé facilement grâce à une radiologie du bassin de face montrant un espace intersymphysaire supérieur à 10 mm. La prise en charge doit être rapide et adaptée afin d'assurer une autonomie et un confort à la parturiente.

## References:

- 1) Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 25 (2006) 644-647
- 2) ACTA BIO MED 2005; 76: 49-52
- 3) J Radiol 2001;82:425-36



# Traitement du myélome multiple chez le sujet âgé

Jguirim M, Mhenni A, Mani L, El Ayeb M, Moulaa G, Zrou S, Younes M, Bejia I, Touzi M, Bergaoui N

## Introduction :

Le myélome multiple (MM) est une hémopathie maligne, fréquente chez le sujet âgé, caractérisée par une prolifération monoclonale de plasmocytes envahissant la moelle osseuse. Le pronostic demeure sombre à l'heure actuelle, malgré les progrès réalisés avec l'introduction du procédé d'intensification thérapeutique. Le but de notre étude est d'analyser les caractéristiques cliniques, paracliniques et évolutives du myélome multiple du sujet âgé.

## Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 24 patients suivis à notre service pour myélome multiple ayant un âge supérieur à 65 ans durant la période s'étalant entre 1999 et 2013.

## Résultat :

L'âge moyen au moment du diagnostic du myélome était de 73 ans avec des extrêmes allant de 65 à 85 ans et un sexe ratio (H/F) de 1,4 (figure 1). Les circonstances de découverte du myélome sont présentées par la figure 2.



Figure 1 : répartition selon le sexe

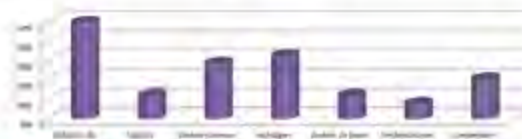


Figure 2 : les circonstances de découverte

Les fractures ont intéressé les os périphériques dans 8%. ans 67%, c'était des tassements vertébraux. Dans 87,5 % des cas, il s'agit d'un myélome sécrétant (figure 3).

Une ponction sternale était faite dans tous les cas. Une biopsie des lésions osseuses était faite dans 3 cas et a confirmé la présence de plasmocytes dans tous les cas. La classification de Durie et Salmon est représentée par la figure 4.

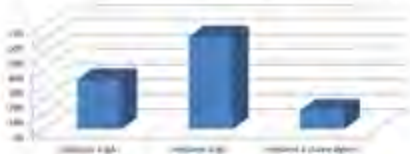


Figure 3 : type de myélome



Figure 4 : classification de Durie et Salmon

78,5% des patients ont reçu une chimiothérapie (figure 5). 8 % ont eu une radiothérapie antalgique et 21% une radiothérapie pour compression médullaire dont 16,7% ont été opérés. 37,5 % de nos malades ont reçu des bisphosphonates. Les complications survenues au cours du traitement sont représentées par la figure 6.



Figure 5 : les différents protocoles de chimiothérapie reçus par nos malades.



Figures 6 : complications survenues au cours du traitement

La moyenne de survie pour les patients décédés était de 20 mois.

## Discussion :

Les nouvelles molécules (thalidomide, bortézomib et lénalidomide) constituent un véritable tournant dans le traitement du myélome du sujet âgé. Le MM du sujet âgé est particulier par le fait de la fragilité du terrain dans lequel il survient.

### Un certain nombre de règles sont essentielles lors du traitement du sujet âgé :

- \*la qualité du traitement symptomatique
- \*le suivi attentif
- \*La surveillance du risque accru de toxicité.

### Certains points restent à résoudre :

- \*le retentissement du traitement sur la qualité de vie
- \*Les moyens de réduire la toxicité
- \*L'influence des facteurs cytogénétiques
- \*L'intérêt d'un traitement d'entretien pour retarder les rechutes.

A noter qu'on observe une fréquence élevée de complications infectieuses surtout pulmonaires chez le sujet de plus de 65 ans. De même, les compressions médullaires paraissent être plus fréquentes dans cette tranche d'âge.

## Conclusion :

Le myélome multiple du sujet âgé est caractérisé dans notre étude par une prépondérance du myélome à IgG et par l'importance des complications infectieuses et neurologiques. Il persiste encore des inconnues en matière de réponse, de posologie et de toxicité de la chimiothérapie dans la population âgée. Les complications au sein de cette population souvent tarée sont fréquentes et grèvent le pronostic.

# OSTÉOPOROSE MASCULINE DU SUJET ÂGÉ

Jguirim M, Mhenni A, Mani L, El Ayeb M, Moulaa G, Zrour S, Younes M, Bejia I, Touzi M, Bergaoui N

## Introduction :

On estime que 15 % des hommes âgés de plus de 65 ans feront au cours de leur vie une fracture ostéoporotique avec une mortalité deux à trois fois plus supérieure à celui de la femme. L'ostéoporose chez l'homme est associée dans près d'un cas sur deux à une maladie et/ou à la prise d'un traitement ou à l'exposition à un facteur de risque

## Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale portant sur 24 hommes adressés pour la pratique d'une DMO pour suspicion d'une ostéoporose durant la période s'étalant de 2010 à 2014, ayant un âge supérieur à 65 ans. On a retenu un seuil de T-score < -2,5 DS pour définir une ostéoporose et un T-score < -1,5 pour définir une ostéoporose cortisonique

## Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de  $73,33 \pm 7,38$  avec des extrêmes allant de 65 à 88 ans. Le BMI moyen était de  $28,97 \pm 11,76$  kg/m<sup>2</sup> (16-52). Les glucocorticoïdes étaient utilisés dans 42 % des cas avec une dose moyenne de 10 mg/j.

Les données de la DMO sont représentées par le tableau 1, les résultats par la figure 1.

**Tableau 1 : données de la DMO**

| DMO                                 |            | minimum | maximum | moyenne | écart type |
|-------------------------------------|------------|---------|---------|---------|------------|
| Valeur absolue (g/cm <sup>3</sup> ) | factés     | 0,455   | 1,209   | 0,985   | 0,290      |
|                                     | non factés | 0,547   | 1,105   | 0,943   | 0,183      |
| T-score (DS)                        | factés     | -6,40   | 5,70    | 1,82    | 1,57       |
|                                     | non factés | -4,20   | 3,40    | -1,73   | 1,51       |
| Z-score (DS)                        | factés     | -5,1    | 4,80    | -0,81   | 1,35       |
|                                     | non factés | -1,8    | 1,08    | -0,47   | 1,15       |

Les ATCD de nos malades sont représentés par la figure 1.

L'ostéoporose était notée dans 67 % des cas dont 42 % des cas étaient une ostéoporose cortisonique, l'ostéopénie dans 17 % des cas et la DMO était normale dans 17 % des cas (figure 2).

La prévalence des fractures dans notre population était de 50% dont les fractures ostéoporotiques majeures représentent 46%.



**Figure 1 : ATCD de nos malades Figure 2 : résultats de la DMO**

## Discussion :

\* Près d'un tiers des fractures ostéoporotiques surviennent chez les hommes. 15 % des hommes âgés de plus de 50 ans, feront au cours de leur vie une fracture ostéoporotique avec une mortalité 2 à 3 fois plus supérieure à celle de la femme.

L'ostéoporose chez l'homme est associée dans près d'un cas sur deux à une maladie et/ou à la prise d'un traitement ou à l'exposition à un facteur de risque.

\* Les facteurs de risque de l'ostéoporose et des fractures ostéoporotiques chez l'homme comprennent les antécédents personnels et familiaux de fracture, un hypogonadisme, un indice de masse corporelle bas, un tabagisme, un alcoolisme, une faible consommation de calcium, un traitement corticoïde, une sédentarité, une pathologie inflammatoire chronique, une hyperthyroïdie ou une hypercalciurie.

\* **Dans la cohorte de Rotterdam**, conduite chez 7806 hommes, de plus de 55 ans, suivis en moyenne 6,8 ans, la diminution de la DMO à la hanche est significativement liée au risque de fractures non vertébrales (RR = 1,4, IC 95% 1,2-1,6), et de fractures de hanche (RR = 2,3, IC 95% 1,6-3,3).

\* **La cohorte américaine MrOS** conduite chez 5384 hommes de plus de 65 ans, suivis en moyenne 4,4 ans, confirme ces résultats et montre que cette relation est comparable à celle observée chez les femmes suivies dans le cadre de l'étude Study of osteoporotic fracture (SOF).

## Conclusion :

L'augmentation de l'espérance de vie chez l'homme a fait émerger depuis peu l'ostéoporose masculine comme un problème de santé publique.



# A propos d'un syndrome du tunnel tarsien révélant une tumeur nerveuse rare : Le schwannome du nerf tibial !

<sup>1</sup>M.Kotti, <sup>1</sup>R.Akrout, <sup>2</sup>Y.Hentati, <sup>3</sup>S.Mahersi, <sup>1</sup>S.Bendjemaa, <sup>1</sup>M.Ezzeddine, <sup>1</sup>H.Fourati, <sup>2</sup>Z.Mnif, <sup>3</sup>MH.Eleuch, <sup>1</sup>S.Baklouti

<sup>1</sup>Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax; <sup>2</sup>Service d'Imagerie Médicale CHU Hédi Chaker Sfax; <sup>3</sup>Service de Médecine Physique CHU Habib Bourguiba Sfax

**Introduction:** Les schwannomes sont des tumeurs mésoenchymateuses bénignes développées exclusivement à partir des cellules de la gaine de Schwann qui entourent les fibres nerveuses du système nerveux périphérique. Elles constituent, avec les neurofibromes les principales tumeurs du système nerveux périphérique. C'est une tumeur le plus souvent sporadique ou s'intègre dans le cadre d'une schwannomatose. Elle siège habituellement au niveau d'un nerf périphérique de la tête et du cou, des extrémités ou des racines nerveuses para rachidiennes. En périphérie, elle se présente comme une masse palpable, pouvant donner des signes de compression et des douleurs. En l'absence de tuméfaction, le diagnostic reste difficile car le schwannome peut mimer un syndrome canalaire ou une sciatique tronquée. A la faveur d'une observation, nous proposons à travers une revue de la littérature une mise au point sur les aspects cliniques, radiologiques et thérapeutiques de cette entité anatomo-clinique rare.

## Observation :

□ Patiente âgée de 64 ans opérée pour un adénocarcinome colique il ya une année, consulte pour douleur de la cheville gauche avec notion de paresthésies survenant en position debout et à la marche intéressant le talon et la plante du pied. L'examen retrouve une tuméfaction en regard de la malléole interne gauche faisant 3 cm de grand axe, molle, indolore sans signes inflammatoires locaux (figures 1,2)



Figures 1,2 : tuméfaction en regard de la malléole interne gauche



- La palpation de cette tuméfaction déclenche des paresthésies plantaires irradiant jusqu'aux orteils. L'examen ne retrouve pas de déficit moteur ni anomalies des réflexes. Absence de signes cliniques de neurofibromatose associée.
- La biologie ne montre pas de syndrome inflammatoire. Le bilan phosphocalcique est normal.
- Un EMG a confirmé l'atteinte du nerf tibial gauche.
- Une échographie des parties molles montre la présence d'un processus tissulaire en regard de la face interne de la cheville gauche mesurant 1,7 \* 2,2 cm hypervascularisé, bien limité avec intégrité du tendon tibial postérieur et absence d'hypertrophie synoviale ni d'anomalie osseuse.
- L'IRM de la cheville gauche montre : un processus tissulaire pré-malléolaire de la face interne de la cheville gauche, grossièrement ovalaire bien limité par une fine capsule en hypo T1, hypo T2, mesurant 22\*22\*30 mm, de contours lobulés en hypo T1, hyper T2, se relevant de façon intense et hétérogène et qui est en continuité avec une structure linéaire en hypo T1 et T2 : le nerf tibial postérieur. Cet aspect est en faveur d'un schwannome du nerf tibial postérieur. (figures 3,4,5,6)



Figures 3,4,5,6 : IRM de la cheville gauche : schwannome du nerf tibial postérieur

## Conclusion

Les schwannomes sont des tumeurs qui se caractérisent par leur latence clinique et leur diagnostic souvent difficile et tardif. Une imagerie médicale est indispensable dans le bilan préopératoire. L'exérèse chirurgicale complète extra capsulaire est possible et reste le seul garent de la non récidive.

## Discussion:

- La fréquence Les publications relatives aux tumeurs des nerfs périphériques sont peu fréquentes et constituent à de rares exceptions des rapports de cas sporadiques ou de très courtes séries.
- Elles sont le plus souvent bénignes.
- L'association avec la neurofibromatose de Von Recklinghausen (NFR) est rare pour les schwannomes, plus fréquente pour les neurofibromes et les schwannomes malins.
- Elles sont surtout des tumeurs de l'adulte d'âge moyen de 30 à 50 ans dans 42 % des cas mais l'enfant n'est pas épargné (10 % des cas). L'association à la NFR émousse la pyramide des âges, la moyenne passant alors de 44 à 33 ans.
- Sexe : La légère prédominance féminine n'est guère significative.
- Répartition: Elles sont plus fréquentes au niveau du membre supérieur. Le tronc nerveux le plus souvent atteint semble pourtant être le nerf ischiatique, suivi du plexus brachial, puis des nerfs médian, ulnaire, tibial, fémoral, radial. Il faut surtout retenir le caractère plus proximal des lésions en cas de NFR, l'atteinte fréquente du nerf ischiatique par les tumeurs malignes et la localisation préférentielle des neurofibromes multiples sur les petites branches superficielles.
- Le schwannome issu des cellules de Schwann. Il se présente Macroscopiquement comme une tumeur bien limitée souvent excentrée par rapport au tronc nerveux repoussant les fascicules environnants tels les méridiens sur une mappemonde.
- Les CDD : plus souvent fortuites, elles peuvent être fonctionnelles : douleurs et paresthésies en dominant largement le tableau. Les déficits sensitifs (3 % des cas) ou moteurs (exceptionnels) sont tardifs.
- Examen clinique : La palpation des troncs nerveux doit faire partie intégrante de l'examen neurologique devant un syndrome tronculaire ou surtout radiculaire atypique. La tumeur siège sur un tréjet nerveux, n'est mobilisable que dans le sens transversal et le siège d'un signe de Tinel très évocateur. La recherche des stigmates cutanés de NFR mais aussi et surtout des antécédents familiaux revêt une importance capitale pour le diagnostic et le dépistage.
- L'IRM reste l'examen de choix dans l'exploration de ces tumeurs.
- La chirurgie constitue le traitement des TNP. Menée sous microscope opératoire, elle est fonction du type tumoral
- La radiothérapie post-opératoire est discutable sur les lésions malignes extirpables. Il faut surtout se rappeler son caractère dangereux sur les lésions inextirpables telles le neurofibrome plexiforme où elle induit une transformation maligne.

**Bibliographie :** 1. Agosti-Chavanon O, Horita S, Nakachi M, et al. Malignant peripheral nerve sheath tumor: Clinicopathological and electron microscopic study. *Am J Clin Oncol* 14 (1): 57-74, 1994 2. Chiffa D, Fawcett J, FMI, et al. The incidence of the peripheral nerve sheath tumor of the common peroneal nerve. *Am Surg* 40 (7): 892-4, 1974 3. Glatstein D, et al. Solitary malignant schwannoma. *Ann Surg* 173 (3): 412-26, 1970 4. Dubouché S, Schmitt R, Pignatelli B, Pignatelli B, Pignatelli B, Pignatelli B. Malignant peripheral nerve sheath tumor. A clinicopathologic study of 129 cases. *Cancer* 57: 2006-21, 1986 5. Engh J, et al. WHO Atlas of Soft Tissue Tumors. Springer, 1998



# Les lésions cutanées induites par les biothérapies : effets indésirables ou dermatoses paradoxales?

<sup>1</sup> S. Bendjemaa (1); R. Akrouf (1); M. Ezzeddine (1); M. Kotti (1); I. Hachicha (1); H. Fourati (1) ; S. Marrekchi (2) ; H. Turki (2) ; S. Baklouti (1)

(1) Service de rhumatologie, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie; (2) Service de dermatologie, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

**Introduction:** Les patients atteints de maladies inflammatoires traités par biothérapie sont exposés à la survenue d'effets secondaires dermatologiques qu'il est possible de classer en effets indésirables infectieux, dysimmunitaires ou encore néoplasiques. Les effets secondaires infectieux restent dominés par les infections cutanées bactériennes, à type de cellulite. Des manifestations d'hypersensibilité localisée ou généralisée, précoce ou retardée à type de maladie sérique peuvent également survenir. Récemment, un certain nombre de dermatoses, dites paradoxales, ont été décrites : éruptions psoriasiformes, vascularites cutanées, dermatoses granulomateuses, dermatoses neutrophiliques. Nous en rapportons trois observations.

## Observations:

**Observation 1 :** Un homme âgé de 41 ans atteint d'une polyarthrite rhumatoïde (PR) évoluant depuis 18 ans et traité initialement par prednisonne et forte dose de méthotrexate. Devant la persistance d'une maladie rhumatoïde toujours active et évolutive sur le plan structural, un traitement par étanercept a été prescrit. L'évolution était marquée par l'amélioration clinique de la symptomatologie articulaire mais, l'apparition après deux mois de traitement, d'une lésion érythémateuse, indurée associée à une ulcération de la partie supérieure du bras gauche dans un contexte fébrile. Le patient ne signale ni sueurs nocturnes ni toux ni expectorations ni douleurs thoraciques. Il n'y avait pas d'antécédents de bronchite ni de pharyngite ni d'otite ni d'infection urinaire. L'examen physique a révélé une tuméfaction chaude, rouge douloureuse et indurée du bras gauche. Le diagnostic de cellulite a été porté. Il a reçu une antibiothérapie à base de cephalexine puis pyostacine pendant 15 jours.

L'évolution était favorable avec apyrexie et régression des signes inflammatoires locaux.

**Observation 2 :** Un homme âgé de 60 ans, sans antécédents pathologiques particuliers suivi pour une PR évoluant depuis 8 ans. Il a été traité initialement par méthotrexate puis l'association : méthotrexate et salazopurine à doses maximales. En raison de l'échec du traitement de fond classique, nous avons opté pour un traitement biologique à base de l'adalimumab (40 mg toutes les 2 semaines). Seize mois après le début du traitement, apparition de lésions psoriasiformes en plaque pourpres siégeant sur l'abdomen (fig1), les cuisses et les fesses. Cette éruption évoque un psoriasis en plaque qui rentre dans le cadre des effets secondaires qualifiés de « paradoxaux » induits par les traitements biologiques. L'évolution était favorable sous l'effet d'une corticothérapie locale et l'association au méthotrexate. L'arrêt de l'adalimumab n'était pas nécessaire.

**Observation 3 :** Un homme âgé de 68 ans suivi pour une PR depuis 13 ans et qui reste active malgré un traitement de fond par une trithérapie classique associant: méthotrexate à dose maximale, du plaquénil et salazopyrine avec une corticothérapie à base de prednisonne 10mg/j. Un traitement par anti-IL6 (tocilizumab) a été instauré. Après la quatrième perfusion, des plaques purpuriques au niveau du dos, de l'avant bras gauche et des deux genoux (fig2) sont apparues. Cette éruption évoque un purpura vasculaire. Un arrêt de la biothérapie a permis la disparition de ces lésions.

## Conclusion

Le développement de lésions cutanées chez les patients atteints de PR traités par des agents biologiques n'est pas exceptionnel, soulignant l'importance que revêt l'examen cutané chez ces patients. Même si certaines lésions cutanées s'améliorent souvent suite à un traitement topique, certaines lésions persistent parfois même après l'arrêt de ces médicaments.

## Discussion:

L'utilisation de plus en plus fréquente des biothérapies va de pair avec l'identification de nouveaux effets secondaires, dont certains sont qualifiés de « paradoxaux ». L'exemple le plus caractéristique est l'apparition sous anti-TNF-alpha d'éruptions psoriasiformes. Environ 200 cas ont été rapportés à ce jour. Une revue récente de la littérature montre qu'il s'agit le plus souvent de femmes (70 %) atteintes de rhumatisme inflammatoire ou de maladies inflammatoires du tube digestif. Les trois principales molécules bloquant le TNF-alpha sont impliquées : infliximab dans 53 % des cas ; étanercept dans 29 % ; adalimumab dans 18 % des cas. Les lésions apparaissent entre quelques jours après l'introduction de la molécule jusqu'à 48 mois après, mais le plus souvent de façon précoce entre un et trois mois après l'initiation du traitement. La très grande majorité des patients développant ce type de dermatose peut poursuivre un traitement par anticorps anti-TNF-alpha, soit avec la molécule initialement prescrite soit avec une autre.

Un autre effet est l'apparition de vascularites cutanées. A notre connaissance, ces vascularites ont été décrites avec les anti-TNFa.

132 cas de vascularites apparues sous anti-TNF-alpha ont été publiés. Le délai moyen d'apparition de la vascularite après initiation de l'anti-TNF-alpha était de 38 semaines. L'atteinte cutanée était une caractéristique dominante, retrouvée chez 87 % des patients, décrite comme un purpura (57 % des patients), des lésions ulcérées (9 %), des nodules localisés ou diffus (9 %), une vascularite digitale (6 %) ou un exanthème maculopapuleux (5 %). Les effets secondaires cutanés rapportés sous tocilizumab étaient plutôt des réactions psoriasiformes ou d'hypersensibilité.



Fig1 : lésions psoriasiformes en plaque pourpres siégeant sur l'abdomen



Fig2 : des plaques purpuriques au niveau du genou



# Association de la maladie de Takayasu et de l'arthrite chronique juvénile : à propos d'un cas

M.Sghir, W.Said Lahmar, S.Jemni, K.Guedria, A.Haj Salah, R.Bdiri, H.Laajili, W.Kessomtini

Unité de Médecine Physique CHU Tahar Sfar de Mahdia

## Introduction

La maladie de Takayasu est une artérite inflammatoire rare, plus fréquente chez la femme, qui affecte les vaisseaux de gros calibres (l'aorte thoracique et ses branches, le tronc artériel brachio-céphalique et les artères sous-clavières, ainsi que les artères pulmonaires et coronaires) et dont l'étiologie reste inconnue. Ses mécanismes physiopathologiques sont probablement plurifactoriels, associant des facteurs génétiques et immunologiques. Elle peut être associée à plusieurs pathologies auto-immunes. La maladie de Takayasu (MT) et l'arthrite chronique juvénile (ACJ) sont deux maladies inflammatoires chroniques et leur association est rare. Nous rapportons une nouvelle observation d'une telle association.

## Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 26 ans aux antécédents d'arthrite chronique juvénile depuis l'âge de 4 ans dans sa forme oligoarticulaire séropositive (AAN + à 1/800) compliquée d'une uveïte antérieure bilatérale. Elle nous a été adressée initialement pour des cervicalgies chroniques et une douleur de l'épaule gauche. Elle a bénéficié de séances de rééducation fonctionnelle sans amélioration. Un bilan biologique demandé a trouvé un syndrome inflammatoire biologique (VS=120 à la première heure) et une anémie (HB=7g/dl). Devant la notion de syncopes et une hypertension artérielle, la patiente est adressée en Médecine interne. Le diagnostic de maladie de Takayasu est retenu devant la présence de 5 critères de l'ACR (âge < 40 ans, claudication vasculaire du membre supérieur gauche, diminution des pouls radiaux et huméraux bilatéraux, souffle systolique au niveau de l'artère sous-clavière et un épaississement pariétal des artères carotides communes droite et gauche à l'échographie doppler des vaisseaux du cou et à l'angio TDM thoracique et abdominale : une atteinte des carotides, des sous-clavières et de l'aorte thoracique typique d'une maladie de Takayasu). La patiente est mise sous corticothérapie à forte dose (1mg/kg/j) initiée par des bolus de solumédrol en association avec Méthotrexate 7,5 mg/semaine. Cependant la patiente a gardé une douleur au niveau de l'épaule droite en rapport avec une tendinopathie du sus-épineux et pour laquelle elle a bénéficié de deux infiltrations sous-acromiales et d'un programme de rééducation adapté avec une amélioration.

## Bibliographie

- 1-Norkmaz C, Zubaroğlu I, Kaya T, Meltem Akay O. Takayasu's arteritis associated with rheumatoid arthritis: a case report and review of the literature. Rheumatology. 2001; 40:1420-1422
- 2-Arnaud L, Baroche J, Pilette JC, Amara Z. Takayasu arteritis: a French single centre experience. Rev Med Interne. 2010 Mar;31(3):205-15.

## Discussion

il existe une prédominance féminine marquée de la MT, avec un sex-ratio femme/homme compris entre 2 et 15 selon les séries. Plusieurs études ont démontré que la MT peut être associée à des troubles immunitaires ou des maladies systémiques ou granulomateuses, telles que : les entérocolopathies inflammatoires (maladie de Crohn principalement, rectocolite hémorragique) la spondylarthrite ankylosante, et plus rarement le lupus érythémateux disséminé, la sarcoïdose. Ces associations sont exceptionnelles mais semblent être non fortuites. Le développement simultané d'une ACJ et d'une MT est aussi rare, comme dans notre observation. La survenue de l'ACJ précède celle de la MT dans la majorité des cas. Ceci serait expliqué par le fait que les symptômes initiaux de la MT, et entre autres les arthralgies, soient pris sur le compte de manifestations liées à l'ACJ. Les données étudiant les bases étiopathogéniques de cette association sont rares. Le caractère fortuit ou non de l'association de ces 2 pathologies ne peut pas être alors confirmé, surtout que certaines analogies pathogéniques rapprochent ces deux affections. L'étiologie de la MT reste encore inconnue mais l'auto-immunité semble jouer un rôle dans sa physiopathologie avec intervention de l'immunité cellulaire dans la constitution des lésions artérielles.

Fig 1: Rx de l'épaule de face montrant des signes en faveur d'une tendinopathie de la colfè



## Conclusion

Notre observation souligne l'importance de réaliser un examen clinique vasculaire complet chez les patients porteurs d'une arthrite chronique juvénile, afin de rechercher une artérite inflammatoire associée sous-jacente, jusque là asymptomatique.



# A propos d'une association rare d'une Polyarthrite Rhumatoïde et d'un syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada

<sup>1</sup> S.Bendjemaa, <sup>1</sup> R.Akrout, <sup>2</sup> W.Bouacida, <sup>1</sup> H.Fourati, <sup>1</sup> M.Ezzeddine, <sup>1</sup> I.Hachicha, <sup>2</sup>D.Sallemi, <sup>2</sup> J.Feki, <sup>1</sup> S.Baklouti

<sup>1</sup> Service de Rhumatologie, CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie

<sup>2</sup> Service d'Ophthalmologie, CHU Habib Bourguiba Sfax Tunisie

## Introduction:

La maladie de Harada ou syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada est une affection systémique rare d'origine auto-immune qui survient sur un terrain génétique particulier. C'est une uvéopapillite qui touche principalement les populations asiatiques. Son association à une polyarthrite rhumatoïde n'a été que rarement rapportée dans la littérature. Cette association est intéressante du fait que les deux maladies ont en commun le gène HLADR4. Nous rapportons une nouvelle observation.

## Observation:

Une patiente âgée de 35 ans suivie depuis deux ans pour une polyarthrite rhumatoïde séropositive et érosive et mise sous traitement de fond à base de Méthotrexate (10 mg/semaine) associé une corticothérapie prolongée (Prednisone; 10mg/jour), a consulté en urgence pour une baisse rapidement progressive de l'acuité visuelle évoluant depuis une semaine, associée à des céphalées. L'examen du fond d'œil a mis en évidence un aspect de multiples décollements séreux rétiniens bilatéraux. L'acuité visuelle était diminuée à 1,5/10 pour l'œil droit et 2/10 pour l'œil gauche. Les angiographies à la fluorescéine ont retrouvé des images compatibles avec des décollements sérorétiniens multiples se remplissant aux temps tardifs donnant un aspect évocateur de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) peu compatible avec les diagnostics différentiels du VKH : sclérite postérieure, ophtalmie sympathique, uvéite syphilitique, uvéite tuberculeuse, lymphome oculaire. Ces éléments ophtalmologiques et la présence de céphalées ont conduit au diagnostic de « VKH probable » (forme dans laquelle l'atteinte oculaire est isolée). L'audiogramme et l'examen neurologique étaient normaux. La patiente a été traitée par bolus de méthyprednisolone (1 g/24 h, pendant 3 jours) et relayé per os par prednisone (1 mg/kg/j) avec une amélioration de l'acuité visuelle.

## Discussion:

La maladie de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) est une uvéo-méningite bilatérale d'origine auto-immune qui survient sur un terrain génétique particulier. Elle est caractérisée par l'association variable de signes oculaires antérieurs et/ou postérieurs et d'atteintes extraoculaires méningées, auditives et cutanées [1].

La maladie de VKH représente 4 à 11 % des uvéites endogènes, cette affection a été surtout rapportée chez les sujets africains et asiatiques, de peau noire ou jaune avec une prédominance chez l'adulte jeune et la femme [1]. Ce syndrome représente 8 à 10 % des uvéopapillites en Chine et au Japon.

Le diagnostic de VKH dans notre observation a été retenu sur les critères révisés de l'American Uveitis Society [2].

Concernant l'association polyarthrite rhumatoïde et syndrome de VKH, un cas brésilien similaire et un cas marocain ont été rapporté [1,3]. Les deux sont de sexe féminin âgée de 40 et 55 ans respectivement. Cette association est intéressante du fait que les deux maladies ont en commun le gène HLADR4 avec une similitude entre DRB 1\*0405 présent dans le VKH et DRB 1\*0401 présent dans la polyarthrite rhumatoïde.

Sur le plan thérapeutique, la corticothérapie à fortes doses permet habituellement d'améliorer le pronostic visuel. Certains facteurs prédictifs de pronostic péjoratif ont été étudiés : l'âge avancé, un état inflammatoire chronique avec corticothérapie prolongée et la présence de néo vaisseaux sous rétiniens.

## Conclusion:

le syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada est une affection sévère, dont l'évolution est émaillée de complications graves qui peuvent mettre en jeu le pronostic visuel malgré les traitements agressifs. Bien que la présence réelle de VKH parmi les populations de PR reste inconnue en raison de sa rareté, cette association présente l'occasion d'établir une relation éventuelle entre ces deux pathologies d'origine auto-immune.

[1] F-Z. Alaoui, S. Benamou, H. El Kabli, A. Amraoui. Syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada. A propos de huit cas. La Revue de médecine interne 28 (2007) 250-254.

[2] Russel W, Gary N, Nerising A, et al. Revised diagnostic criteria for Vogt-Koyanagi-Harada disease. Am J Ophthalmol 2001;131:647-52.

[3] Shirazato M, Yamamoto J, Hirata CE, Goldberg AC, Yoshinari NH, Bonfa E. Eye disease in a patient with rheumatoid arthritis. Postgrad Med 1999;75:676-7.



# FIBROSE ÉPIDURALE POSTOPÉRATOIRE APRÈS CHIRURGIE DISCALE LOMBAIRE

Jguirim M, El Ayeb M, Mheni A, Moula G, Mani L, Zrour S, Younes M, Bejia I, Touzi M, Bergaoui N

## Introduction :

La formation de tissu cicatriciel fibreux dans le canal vertébral et les trous de conjugaison après intervention chirurgicale sur le rachis peut être à l'origine de lombosciatique persistante ou récidivante. Le but de notre travail était d'analyser les dossiers de patients présentant une lombosciatique récidivante par fibrose post opératoire.

## Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective analysant 9 dossiers de patients suivis pour une lombosciatique par fibrose post opératoire colligés durant la période entre janvier 2001 et novembre 2012. Tous nos patients ont eu une intervention chirurgicale pour une hernie discale à type de discectomie

## Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de 61±9 ans (extrêmes de 46 à 75 ans). Les hommes représentaient 22.2% des cas. L'obésité a été retrouvée chez 55.5% de nos patients avec une prédominance féminine. Des antécédents de lombalgie chronique étaient présents dans 88.8% des cas. La réapparition des symptômes était en moyenne entre 2 mois et 11 ans. La lombosciatique réapparaît progressivement dans le même territoire opéré dans 66.6% des cas et controlatérale dans 11.1% des cas. Dans 22.2% des cas, la radiculalgie est devenue bilatérale.



Fig1 : répartition selon le sexe

La lombosciatique était de trajet L5 dans 66.6% des cas, S1 dans 22.2% des cas et mal systématisés dans 11.1% des cas. La douleur était de rythme mécanique dans 88.8% des cas, impulsive à la toux dans tous les cas, avec une claudication radiculaire et un périmètre de marche limitée à 58 mètres en moyenne dans 44.4% des cas. Une attitude antalgique du rachis lombaire du rachis lombaire était retrouvée dans 22.2% des cas. Le signe de Lasègue était retrouvé à moins de 50° dans 77.7%, le signe de sonnette était présent chez tous nos patients.

L'examen neurologique relève des signes déficitaires moteurs s'accompagnant de crampes et de paresthésies à type de fourmillement dans 22.2% des cas et aucun syndrome de la queue de cheval n'a été noté.

Une IRM lombaire a été faite dans tous les cas. Elle a conclu à un aspect en faveur d'une fibrose épurale des racines L5 et S1 et l'absence de toute récurrence herniaire à l'étage opéré dans 71.4% des cas.

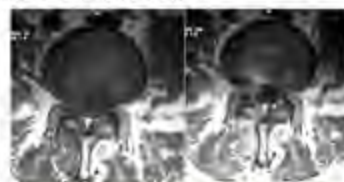


Fig3:IRM montrant une fibrose L4-L5

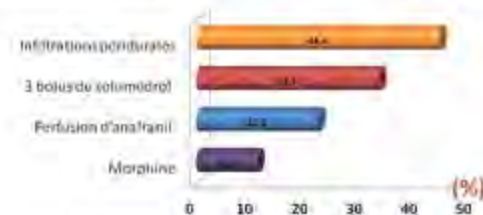


Fig4: Les différents traitements instaurés.

En plus du traitement symptomatique et du repos, 44.4% des patients ont bénéficié d'infiltrations périurales, 33.3% ont eu 3 bolus de solumédrol et 22.2% ont bénéficié d'une perfusion d'anafranil avec recours aux morphiniques dans 11.1% des cas. Un programme de rééducation fonctionnelle a été instauré chez tous nos patients. Cette thérapeutique était à l'origine d'une nette amélioration clinique dans 66.6% des cas, en effet l'EVA douleur est passée de 8/10 à 3/10 en moyenne.

## Discussion :

Les récurrences postopératoires de lombalgies et de sciatalgies restent un problème préoccupant. Cette situation est estimée à un minimum de 5% des cas chirurgicaux, causant alors un handicap considérable à des patients. Les échecs cliniques après chirurgie discale lombaire peuvent être la conséquence de nombreuses situations : mauvais indication chirurgicale, erreur de niveau, récurrence de hernie discale rapidement ou tardivement après l'intervention, infection ou inflammation chronique, lésion radiculaire permanente par excès de traction, électrocoagulation ou blessure directe de la racine nerveuse et, finalement, fibrose épurale engageante.

L'IRM est l'examen de référence pour évaluer un patient qui présente une récurrence algique après cure de hernie discale et reste le meilleur examen pour diagnostiquer une fibrose épurale.

La présence de cette fibrose épurale rend également la chirurgie de révision plus délicate. La dissection pénible de tissus difficiles à dissocier augmente la durée opératoire. Ces interventions ont ainsi un taux de complications plus élevé avec en particulier une fréquence plus grande de brèches dures, de lésions nerveuses directes et des saignements plus importants.

## Conclusion :

Les douleurs radiculaires récidivantes après chirurgie de hernie discale lombaire peuvent entraîner une réduction de la qualité de vie du patient. La fibrose épurale lombaire est considérée comme un des mécanismes en cause dans la genèse de ces douleurs chroniques.





# POEMS syndrome : à propos d'un cas

M Jguirim, L Mani, A Mhenni, M El Ayeb, G Moula, S Zrou, M Younes, I Bejia, M Touzi, N Bergaoui.

## Introduction:

Le syndrome POEMS est défini par la présence d'une neuropathie périphérique (P), une anomalie des plasmocytes traduite par la présence d'une immunoglobuline monoclonale en excès (M), et d'autres manifestations paranéoplasiques, les plus fréquentes d'entre elles étant l'organomégalie (O), l'endocrinopathie (E), les altérations cutanées (S pour skin), un œdème, des épanchements, une ascite et une thrombocytose. Il est exceptionnel et de cause inconnue.

## Observation:

Il s'agit d'un homme âgé de 62 ans, présentant dans ces antécédents un diabète et une lombosciatique bilatérale sur un canal lombaire étroit pour laquelle il a été traité médicalement par des infiltrations épidurales. Après onze mois, il revient pour accentuation de la lombosciatique avec un syndrome inflammatoire biologique et une altération de l'état général associé à des paresthésies des deux membres inférieurs et une impotence fonctionnelle.

Une IRM faite a objectivé un signal inflammatoire au niveau des pièces sacrées (figure1). La scintigraphie osseuse a révélé une hyperfixation diffuse (figure2). Une ponction sternale a montré une infiltration plasmocytaire à 12% avec signes de dystrophie, cependant Il existe une sécrétion monoclonale à l'immuno histo chimie à type Ig G de chaîne légère lambda.

L'hypothèse d'un POEMS syndrome est rapidement évoquée devant la présence d'une hypothyroïdie périphérique, une insuffisance gonadique avec une impuissance sexuelle, une polyneuropathie sensitivo motrice sévère prédominante aux membres inférieurs et de type axonal, la gammopathie monoclonale et une atteinte cutanée à type d'œdème des membres inférieurs.

Il présentait des facteurs de mauvais pronostic : une insuffisance rénale, une bêta 2 microglobuline élevée à 12,1 mg/l. En fait après une première cure de chimiothérapie, il a présentait une pneumopathie aigue et il est décédé par défaillance multi viscérale.

Figure1



Figure2



## Discussion:

La première description de cette entité clinique est l'œuvre de Crow, mais ce sont Bardwick et al, en 1989, qui ont proposé l'acronyme POEMS.

Ce syndrome est rare, plus fréquemment rapporté chez les Asiatiques. La première grande série de la littérature est décrite par Takatsuki et al. En 1994, Soubrier et al dénombrent dans la littérature seulement 139 observations chez des patients Caucasiens.

Il atteint préférentiellement l'homme avec un sex-ratio de 2. Les sujets ont en général de 40 à 50 ans.

**Les manifestations neurologiques:** sont celles d'une neuropathie sensitivomotrice de type polyneuropathie démyélinisant subaiguë. Elles sont inaugurales dans la moitié des cas et toujours présentes au cours de l'évolution. Elles aboutissent en l'absence de traitement à un état grabataire.

**L'organomégalie:** se limite en générale à une hépatomégalie asymptomatique et sans perturbations biologiques (60 %), à une splénomégalie (35%) et/ou a une poly adénopathie banale (70%). L'aspect histologique des adénopathies ressemble dans plus de 60 % des cas à celui rencontré dans la maladie de Castleman (hyperplasie lymphoïde angiofolliculaire de type plasmocytaire), Certains auteurs considèrent le syndrome POEMS et la maladie de Castleman comme deux variantes cliniques d'une même entité histologique. **Sur le plan cutané:** on décrit une hyperpigmentation, une hypertrichose, un hippocratisme digital, des ongles blancs ou un angiome papillaire. Par ailleurs. on rapporte fréquemment un syndrome œdémateux (des membres inférieurs, ascite et un épanchement pleural), une altération de l'état général avec amaigrissement, fébricule et sueur.

La physiopathologie est inconnue mais une hyperproduction de cytokines pro-inflammatoires en particulier du TNF $\alpha$  de l'IL-6 et de l'IL-1 $\beta$  ont été décrites. Il semble également exister un défaut de production des antagonistes de ces cytokines

L'aggravation de la polyneuropathie et les signes généraux essentiellement marqués par une cachexie progressive émaillent le cours évolutif et sont responsables de la plus part des décès.

En dehors des corticoïdes et du traitement chirurgical ou radiothérapique d'une lésion osseuse unique, le traitement est décevant. La survie à 5 ans est de 60 %.

## Conclusion:

Le POEMS est une maladie rare dont le pronostic est réservé, d'où une reconnaissance rapide est nécessaire pour une prise en charge efficace.



# LA SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE À DÉBUT TARDIVE

El Ayeb M, Jguirim M, Mhenni A, Moula G, Mani L, Zrour S, Younes M, Bejia I, Touzi M, Bergaoui N

## Introduction :

La spondylarthrite ankylosante est un rhumatisme inflammatoire chronique axial, qui touche de manière prépondérante les hommes jeunes, mais des formes à début tardif ont été récemment décrites avec une présentation clinico-biologico-radiologique souvent différente

L'objectif de notre travail est de montrer les caractéristiques clinicobiologiques et radiologiques de la SPA chez le sujet à partir de 50 ans.

## Matériels et méthodes :

Etude rétrospective portant sur 7 dossiers de patients présentant une spondyloarthrite à début supérieur à 50 ans colligés au service de Rhumatologie de Monastir sur une période de 15 ans (1998-2013).

## Résultats :

Le sexe ratio était 2.5. La moyenne d'âge était de 55.7 ans [50-74]. Une comorbidité était retrouvée dans 4 cas : Diabète (3 cas), HTA (2 cas) et ulcère gastro-duodénal (1 cas).

Le syndrome inflammatoire biologique était important pour 5 patients avec une VS moyenne à 55 mm. L'antigène HLA B27 était positif dans 1 cas. A la radiologie, une sacroillite uni ou bilatérale était observée dans 6 cas et des syndesmophytes dans 7 cas. L'atteinte radiologique de la hanche, retrouvée chez tous nos patients, n'était sévère que dans 2 cas. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens ainsi qu'un traitement de fond à base de salazopyrine étaient prescrit chez tous nos patients. Un seul patient était mis sous un anti-TNF $\alpha$ . Le recours au traitement chirurgical (prothèse de la hanche) était nécessaire dans un seul cas.

## Discussion :

Les spondylarthropathies du sujet âgé ont souvent une présentation atypique.

### 1. Clinique:

> L'atteinte cervico-thoracique est fréquente ainsi que l'atteinte périphérique à type d'oligo-arthrite asymétrique.

> Les signes généraux (fièvre, amaigrissement et altération de l'état général), des œdèmes mous, prenant le godet, des extrémités et, plus souvent que chez l'adulte jeune, des arthrites proximales (coxite et arthrite gléno-humérale) faisant discuter une pseudo-polyarthrite rhizomélique.

### 2. Biologie:

> Syndrome inflammatoire important avec accélération de la VS et une élévation plus marquée des protéines de l'inflammation.

> HLA est moins fréquemment positif que dans les formes à début précoce.

### 3. Radiologie:

> Les signes radiologiques peuvent être modifiés ou se superposer aux lésions communes du remaniement arthrosique ou de la maladie de Forestier qui est fréquente chez le sujet âgé.

## Conclusion:

Notre étude montre que la présentation clinique de la spondyloarthrite du sujet âgé ne diffère pas beaucoup de celle du sujet jeune. Néanmoins, l'atteinte de la hanche paraissait en moyenne plus sévère chez les sujets jeunes que chez les sujets âgés et conduisait plus souvent à une prothèse de la hanche. D'autre part, les comorbidités posent des problèmes thérapeutiques, notamment en ce qui concerne la prescription d'anti inflammatoires.



Fig1:répartition selon le sexe



Fig2:ATCD médicaux

La durée moyenne d'évolution était de 14.28 ans [3-30]. Le début de la symptomatologie était progressive dans 5 cas. Les manifestations inaugurales étaient axiales dans 3 cas, périphériques dans 1 cas et mixtes dans 3 cas. Les signes axiaux étaient représentés essentiellement par des cervicalgies inflammatoires dans 5 cas et les fessialgies à bascule dans 4 cas. Pour les signes périphériques, l'atteinte de la hanche était présente dans 5 cas et celle de l'épaule observée dans 3 cas. Le BASDAI moyen était de 4.93 [2.0-7.0] et le BASFI moyen était de 7.60 [2.50-7.60].



Fig3:Les signes cliniques

# Biothérapie et atteinte pulmonaire au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Monia Bouzaouache, Khadija Baccouche, Zeineb Alaya, Safaa Belghali, Hela Zeglaoui, Imen ben smida, Najah amara, Elyes bouajina

Service de Rhumatologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse .

## Introduction:

La biothérapie au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) semble être parfois responsable de certaines manifestations respiratoires

## Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective portant sur les dossiers de 2 patients hospitalisés en rhumatologie entre 2002 et 2014 pour polyarthrite rhumatoïde. Tous les patients ont été mis sous biothérapie après un bilan pré biothérapie qui était négatif.

## Résultats :

Il s'agissait de 2 femmes d'âge moyen de 68 ans. Leur PR évoluait depuis en moyenne 11 ans. Le DAS28 de début était de 7 avec une VS moyenne de 30. C'était une PR séropositive et destructrice dans tous les cas. Il s'agissait de deux patientes qui n'avaient pas répondu à l'association de 2 traitements de fond et chez qui un traitement biologique par anti TNF-alpha été indiqué (infliximab et etanercept).

La symptomatologie respiratoire a débuté respectivement 8 mois et 1 an après le début de la biothérapie et elle était faite de toux et de dyspnée dans les deux cas.

Pour la patiente traitée par etanercept la TDM thoracique a objectivé une fibrose pulmonaire associée à une atteinte emphysémateuse avec à l'EFR un syndrome obstructif ; la conduite était d'arrêter les anti TNF alpha et de débiter un traitement par anti CD20.

Dans l'autre cas traité par infliximab il y avait un aspect en verre dépoli sur le scanner avec à l'EFR un profil normal. Le traitement par anti TNF a été poursuivi chez cette malade.

## Discussion:

Le mécanisme physiopathologique de l'atteinte pulmonaire sous anti TNF alpha reste inexplicé et en cas de maladie pulmonaire préexistante, le rapport bénéfice risque doit être soigneusement évalué. Un bilan complet des fonctions pulmonaires doit être effectué avant la mise en route du traitement afin de pouvoir effectuer une surveillance étroite.

Selon les recommandations du CRI, chez un patient souffrant de BPCO ou de DDB, il est possible d'initier un traitement antiTNF $\alpha$ , en ayant à l'esprit le risque accru de surinfection pulmonaire.

En cas de pathologie interstitielle, il est souhaitable de ne pas initier de traitement antiTNF $\alpha$  s'il existe d'autres options thérapeutiques, en raison du risque de décompensation de la fonction pulmonaire.

Chez tous les patients, avant la mise en route du traitement par anti-TNF $\alpha$ , il est conseillé de rechercher systématiquement des signes cliniques en faveur d'une atteinte pulmonaire.

En cas de signes cliniques :

- de réaliser des EFR, une (TDM) thoracique et
- d'adresser le patient à un pneumologue pour avis, avant de débiter le traitement .

- En cas de BPCO, le traitement anti-TNF $\alpha$  peut être repris à distance de l'exacerbation de BPCO.

- En cas d'apparition ou d'aggravation d'une atteinte interstitielle pulmonaire, il est recommandé de ne pas reprendre le traitement anti-TNF $\alpha$ . Dans une telle optique, le rituximab est probablement la meilleure alternative thérapeutique en l'état actuel des connaissances.

## Conclusion :

L'atteinte respiratoire au cours de la PR est l'une des plus graves ce qui impose de la rechercher systématiquement chez tous les patients avant d'envisager une biothérapie surtout que le traitement biologique lui-même peut être responsable d'atteinte pulmonaire.



# Syndrome de Sweet révélant une ostéopoeilie

Garbouj W, Amri R, Sahli H, Ben Dahmen F, Harran H

Service de Médecine Interne, Hôpital Mohamed Tahar Maamouri, Nabeul, Tunisie

## INTRODUCTION:

- L'ostéopoeilie est une dysplasie osseuse condensante bénigne rare. Elle est le plus souvent asymptomatique, de découverte fortuite lors d'un examen radiologique pratiqué à l'occasion d'une pathologie associée.
- Nous en rapportons un cas d'ostéopoeilie révélé par une dermatose neutrophilique.

## OBSERVATION:

- Une femme âgée de 32 ans sans antécédents est hospitalisée au service de médecine interne pour: « éruption cutanée fébrile avec œdème des pieds et des mains »
- L'examen trouve une fièvre à 38.5°C qui évoluait depuis 10 jours, des plaques papulo-nodulaires érythémateuses non prurigineuses, infiltrées par endroits siégeant au niveau des bras, avant-bras, cuisses et jambes, associées à un œdème des dos des mains et des pieds. (figure 1)
- A la biologie elle avait un syndrome inflammatoire biologique (SIB) franc avec une hyperleucocytose à prédominance neutrophile (GB=15500 e/mm<sup>3</sup>, Ne=11000 e/mm<sup>3</sup>), la CRP élevée à 58 mg/l, une hyperfibrinémie à 7g/l.
- Par ailleurs, à la revue des radiographies réalisées de façon systématique on découvre de multiples lésions ostéocondensantes millimétriques au niveau des os des membres supérieurs et inférieurs. (figure 2, 3, 4, 5). Un bilan radiologique complémentaire demandé a révélé les mêmes lésions au niveau du bassin mais épargnant le crâne et le rachis.
- Le diagnostic d'ostéopoeilie a été évoqué devant la présence de ce type de lésions qui sont asymptomatiques (absence de douleur osseuse ou articulaire, examen ostéo-articulaire normal), la négativité d'un bilan de néoplasie avec une scintigraphie osseuse éliminant toute localisation osseuse suspecte.
- La patiente ayant consulté une semaine auparavant aux urgences, des radiographies des pieds et des mains ont été demandés devant les œdèmes pris initialement pour une polyarthrite symétrique
- Elle a par ailleurs reçu un traitement antibiotique (ATB) à base d'amoxicilline pour l'éruption, qu'elle a pris pendant une semaine sans amélioration.
- A son hospitalisation, et devant cette éruption typique fébrile avec SIB persistant sous ATB, une dermatose neutrophilique de type « syndrome de Sweet » a été fortement suspectée et confirmée par l'examen histologique de la biopsie d'une lésion nodulaire.
- La patiente a été mise sous corticoïdes per os à la dose de 0.5 mg/kg/j pendant 15 jours avec dégression progressive se suivant d'une évolution très favorable.

## CONCLUSION:

L'ostéopoeilie est le plus souvent de découverte fortuite à l'occasion d'une pathologie associée. La connaissance de cette dystrophie osseuse permet de la distinguer des autres ostéopathies condensantes afin d'éviter des explorations coûteuses.



Figure 1:  
lésions érythémateuses nodulaires au niveau de la jambe



Figures 2,3,4,5:  
condensations millimétriques multiples au niveau des os des mains, chevilles, genoux et du bassin

## DISCUSSION:

L'ostéopoeilie est une dystrophie osseuse rare de transmission autosomique dominante, elle est asymptomatique dans 80 à 85% des cas. Le diagnostic positif est radiologique sous forme d'ilots de condensation millimétriques symétriques par rapport à l'axe médian de l'os, siégeant préférentiellement au niveau des épiphyses ou des métaphyses des os longs mais aussi du carpe, du tarse, des épaules et du bassin. Les diagnostics différentiels sont : les métastases osseuses, l'ostéopétrose et la mélorhéostose. Certaines pathologies s'y associent comme la dermato-fibrose lenticulaire (syndrome de Buschke Ollendorf), la kératose palmo-plantaire, l'ectopie testiculaire ou le nanisme achondroplasique. L'association ostéopoeilie- syndrome de Sweet n'a jamais été rapportée auparavant et paraît fortuite.

# Ostéonécrose aseptique au cours du Lupus Erythémateux Systémique : à propos de 3 cas

M Jguirim, L Mani, A Mhenni, M El Ayeb, G Moula, S Zrou, M Younes, I Bejia, M Touzi, N Bergaoui.

## Introduction:

L'ostéonécrose aseptique est une complication bien connue au cours du lupus systémique. Le traitement par Corticoïdes et la présence des anticorps antiphospholipides constituent des facteurs de risque potentiels pour le développement de cette complication

## Objectif :

Étudier les particularités cliniques, les différents facteurs de risque et les modalités de prise en charge thérapeutique de l'ONA survenant au cours du LES.

## Matériels et méthodes :

Notre étude est rétrospective menée sur une période de 16 ans (1997-2013). Tous les patients répondent aux critères de l'American College of Rheumatology (ACR 1997) pour le diagnostic du LES. Les patients ayant présenté une ONA retenue sur les éléments cliniques et radiologiques ont été étudiés.

## Résultats:

Parmi une cohorte de 46 cas de LES, 3 patients (soit 6,5 %) ont présenté une ONA. Il s'agit de deux femmes et un homme âgés en moyenne de 36 ans. L'âge moyen au moment du diagnostic du LES était de 41 an.

Tous nos patients étaient traités par corticoïdes à forte dose pendant six semaines avec dégression progressive. Ils ont reçu une dose élevée de corticoïdes (50 mg/j en moyenne).

Les circonstances de découverte de l'ONA étaient des arthralgies chez les trois patients, qui siégeait au niveau des deux hanches chez la première patiente, au niveau des deux hanches et des deux épaules chez la deuxième et au niveau des deux hanches, des deux épaules et des deux genoux chez le troisième patient. Cette douleur s'associait à une impotence fonctionnelle dans tous les cas.

Dans les trois cas, on a remarqué une faible activité de la maladie au moment du diagnostic de l'ONA. Les radiographies standard montraient des signes d'ostéonécrose dans tous les cas. La scintigraphie osseuse était pratiquée chez deux cas et l'IRM, réalisée chez les trois malades, a confirmé le diagnostic. La localisation au niveau des têtes fémorales était retrouvée dans tous les cas.

Cette ONA était bilatérale dans tous les cas, multifocale dans deux cas avec une atteinte bilatérale des têtes humérales dans deux cas et une atteinte des deux condyles fémoraux dans un cas.

Selon la classification d'Arlet et Ficat, l'ONA était classée stade III dans deux cas et stade IV dans un cas. La cause principale retenue était la prise de corticoïdes dans tous les cas, associée à la présence d'anticorps anti-phospholipides dans un cas. Le délai moyen entre le début de la corticothérapie et l'apparition de l'ONA était de 26 mois. On a eu recours à un traitement chirurgical (remplacement prothétique de la hanche) dans un cas. Le traitement médical symptomatique (antalgique et décharge) était préconisé pour les autres patients avec stabilisation clinique et radiologique

## Discussion:

L'ONA au cours de LES est une pathologie moins fréquente (5%) mais non négligeable, grave par son retentissement fonctionnel. Le diagnostic de l'ONA doit être évoqué devant toute douleur articulaire ou périarticulaire

La nécrose est la conséquence d'une altération de la circulation sanguine. Elle peut toucher plusieurs sites, souvent épiphysaires mais aussi métaphysaires.

Dans la série de Klippel et al., 90 % des 31 cas étaient multifocaux, dont 84 % étaient symétriques. Dans la série de Dubois, 22 patients sur 26 avaient une atteinte bilatérale touchant la tête fémorale.

Si l'atteinte la plus fréquente est la hanche, d'autres sites sont souvent le siège de l'ostéonécrose mais plus souvent de diagnostic plus difficile et plus long.

Selon la fréquence: têtes fémorales > condyles fémoraux > têtes humérales

### Les facteurs de risques de l'ONA au cours du LES :

\***La corticothérapie** : le facteur de risque majeur

\***Les dyslipidémies, les anomalies de l'hémostase et la thrombophilie**

\***Le phénomène de Raynaud**

\***Le syndrome des antiphospholipides** (les antiphospholipides génèrent un état d'hypercoagulabilité par: inhibition de la protéine C activée, favorisant la cascade de la coagulation, activation des plaquettes, interaction avec les cellules endothéliales et augmentation de l'expression de certaines molécules d'adhésion).

\*Les études sont contradictoires quant à un lien éventuel entre le niveau d'activité de la maladie (**SLEDAI élevé > 8**)

### Prévention:

+ Seule l'épargne cortisonique permise parfois par l'utilisation de traitement de fond a démontré une efficacité.

+ Différentes études se sont intéressées à l'intérêt de statines, antiagrégants plaquettaires, anticoagulants ou encore bisphosphonates, mais aucune ne permet formellement de démontrer une efficacité dans la prévention des ONA. Le diagnostic est fait par l'imagerie. A un stade précoce, les radiographies sont normales et l'imagerie par résonance magnétique a les meilleures performances diagnostiques. De plus, l'imagerie par résonance magnétique permet un inventaire lésionnel précis, notamment concernant le volume et la situation de la nécrose, éléments essentiels du pronostic. A un stade plus tardif, les radiographies permettent le diagnostic et précisent le stade évolutif. Le traitement médical est purement symptomatique.

+ A un stade précoce, l'indication d'un forage ou d'une ostéotomie reste mal codifiée. Cependant, de nouvelles options chirurgicales telles que l'implantation d'un greffon osseux vascularisé ou l'injection intralésionnelle de facteurs de croissance sont porteuses d'espoir. A un stade tardif, la prothèse totale est généralement la meilleure solution.

+ Le principal progrès thérapeutique repose en fait sur une meilleure approche du pronostic de la lésion par la combinaison radiographie-IRM, qui permet de mieux sélectionner les indications thérapeutiques

## Conclusion:

L'ONA au cours de LES est une pathologie non négligeable, grave par son retentissement fonctionnel. Elle nécessite alors un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate. Le principal facteur de risque de l'ostéonécrose aseptique dans le LES est la corticothérapie. L'IRM corps entier représente la technique la plus sensible dans le diagnostic précoce de cette affection.

Signes d'ONA des condyles fémoraux sur la radiographies standard, à la scintigraphie et sur l'IRM



# Caractéristiques clinico-biologiques de la sarcoïdose au Cap Bon

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

Service de Médecine Interne – HMTM – Nabeul – Tunisie

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

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

## Introduction:

La sarcoïdose est une maladie granulomateuse systémique d'étiologie encore inconnue. Les atteintes médiastino-pulmonaires sont les plus fréquentes. La biologie apporte des arguments d'orientation diagnostique. Le but de ce travail est d'étudier le profil clinique et biologique de la sarcoïdose au Cap Bon.

## Méthodes:

Etude rétrospective à propos de 8 cas de sarcoïdose hospitalisés au service de Médecine Interne de l'Hôpital MT Maamouri de Nabeul entre 2009 et 2014.

## Résultats:

Cas 7:

|           | Age (ans) | Sexe | Durée d'évolution | Atteintes                                      | Biologie                   |
|-----------|-----------|------|-------------------|--|----------------------------|
| Patient 1 | 50        | F    | 3 sem             | Cutanées+hépatiques                            | EC élevée<br>Hypercalcémie |
| Patient 2 | 61        | F    | 6 ans             | Cutanéo-muqueuses + hépatiques<br>+ arthralgie | EC élevée                  |
| Patient 3 | 57        | F    | 6 mois            | Cutanées                                       | Normale                    |
| Patient 4 | 58        | F    | 3 mois            | Localisation thyroïdienne +<br>digestive       | Normale                    |
| Patient 5 | 58        | F    | 4 mois            | Osseuse multifocale                            | EC élevée                  |
| Patient 6 | 34        | F    | 15 jours          | Cutanées +médiastinales                        | SIB                        |
| Patient 7 | 51        | F    | 2 mois            | Cutanées + médiastinales                       | EC élevée                  |
| Patient 8 | 55        | H    | 3 mois            | Médiastino-pulmonaire                          | Normale                    |

## Discussion et conclusion:

Les caractéristiques clinico-biologiques de la sarcoïdose systémique montre bien le polymorphisme de cette maladie originale. C'est maladie qui est rare, à prédominance féminine. Le diagnostic est souvent anatomopathologique en objectivant le granulome tuberculoïde.

# Association entre chondrocalcinose articulaire et hyperparathyroïdie : à propos de 14 cas

M Jguirim, L Mani, A Mhenni, M El Ayeb, G Moula, S Zrou, M Younes, I Bejia, M Touzi, N Bergaoui.

## Introduction:

Le rhumatologue peut être amené à faire le diagnostic d'une hyperparathyroïdie dans différentes circonstances : une atteinte ostéo-articulaire ou à l'occasion du bilan étiologique d'une hypercalcémie symptomatique. Nous rapportons dans cette étude 14 cas d'hyperparathyroïdie découverte à l'occasion d'une exploration d'une chondrocalcinose articulaire.

## Matériels et méthodes :

C'est une étude descriptive, rétrospective, s'étalant de 1997 au 2014, portant sur 100 patients suivis pour CCA, une hyperparathyroïdie est retrouvée chez 14 patients.

## Résultats:

La moyenne d'âge était de 68.9 ans [35 à 87] et 65% des patients étaient des femmes. On a noté 8 cas de CCA familiale.

Les motifs d'hospitalisation étaient une exploration d'une arthrite inflammatoire dans 52 % des cas, des arthralgies mécaniques dans 12 % des cas, une hypercalcémie dans 3 % des cas et une exploration d'un tassement vertébral dans 4 % des cas. 10 % des malades avaient des antécédents de lithiase urinaire.

localisation du liseré de calcification

formes cliniques



● arthrite inflammatoire  
● arthralgies mécaniques  
● hypercalcémie  
● tassement vertébral



● genou  
● symphyse pubienne  
● poignet

Une ponction articulaire avait été pratiquée dans 39% des cas. Dans 58% des cas, on a trouvé des microcristaux de PPCD et dans 43% des cas, le liquide était mécanique. Des atteintes arthrosiques ont été retrouvées chez 31 patients. Le siège de l'arthrose était au niveau du genou chez 19 cas et au niveau de l'épaule chez deux cas. Huit patients avaient des lésions arthrosiques évoluées. 99% des patients ont été mis sous colchicine, 22% ont eu des anti-inflammatoires non stéroïdiens, 93 % ont reçu des antalgiques de paliers I ou II et enfin 21% ont bénéficié d'une infiltration intra-articulaire de corticoïdes.

Différentes localisations des calcifications intra-articulaires



## Discussion:

La prévalence de la CCA au cours de l'hyperparathyroïdie primitive est en moyenne de 21 %, avec des valeurs extrêmes de 8 % à 57 %. Cette divergence s'explique en partie par un recrutement différent des patients selon les études. Deux études ont comparé la prévalence de la CCA chez des patients ayant une hyperparathyroïdie primitive à une population contrôle appariée par âge et par sexe: si les calcifications de PPC sont effectivement plus fréquentes chez les patients ayant une hyperparathyroïdie, la différence est surtout marquée chez les patients de moins de 70 ans. Les patients ayant une hyperparathyroïdie et une CCA sont le plus souvent des femmes et sont en général plus âgés que les patients indemnes de CCA. Certains auteurs ont insisté sur la durée de l'exposition à l'hypercalcémie, l'hyperparathormonémie, la présence de signes osseux et l'élévation des phosphatases alcalines comme facteurs de risque de CCA. Cependant, ces liens n'ont jamais été confirmés dans d'autres études et ne doivent pas en conséquent être retenus. Toutes les étiologies d'hyperparathyroïdie primitive ainsi que les formes secondaires peuvent s'accompagner de CCA. Il semble en revanche que les hyperparathyroïdies secondaires soient beaucoup plus rarement associées aux dépôts de PPC. Cela s'explique pour certains auteurs par l'absence d'hypercalcémie chronique. Plusieurs hypothèses ont été avancées sur les mécanismes par lesquels l'hyperparathyroïdie favorise les dépôts de PPC : l'hypercalcémie pourrait augmenter le produit pyrophosphocalcique extracellulaire et inhiber la phosphatase alcaline chondrocytaire. L'hormone parathyroïdienne pourrait aussi être à l'origine d'une accumulation de pyrophosphates dans ses cellules cibles.

Le traitement chirurgical de l'hyperparathyroïdie ne permet pas habituellement la régression des calcifications radiologiques, malgré la normalisation de la calcémie. La parathyroïdectomie peut même s'accompagner d'accès pseudo-goutteux. La chute rapide de la calcémie en serait la cause, en diminuant le produit de solubilité pyrophosphaté et en favorisant la chute des cristaux dans la cavité articulaire

**Conclusion:** L'association entre CCA et l'hyperparathyroïdie est une association cause à effet. En fait, une découverte d'une CCA doit faire rechercher une hyperparathyroïdie pour une prise en charge efficace et afin d'éviter les complications redoutable de l'hypercalcémie.



# Tolérance du méthotrexate au cours de la polyarthrite rhumatoïde : étude d'une série Tunisienne de 68 cas

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

## Introduction:

Le méthotrexate constitue la molécule de choix dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde et ce pour son effet anti-inflammatoire et immunosuppresseur qui permet de freiner la maladie. Cependant sa prescription doit prendre en compte ses différents effets secondaires. Ce travail vise à évaluer la tolérance au méthotrexate en pratique quotidienne.

## Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 68 dossiers de patients suivis au service de Rhumatologie de l'hôpital Farhat Hached de Sousse en Tunisie pour polyarthrite rhumatoïde et traités par méthotrexate.

## Résultats :

Il s'agit de 77% de femmes et de 22% d'hommes d'âge moyen de 49.82 ans. Le délai moyen d'évolution de la maladie était de 4.78 ans. Une polyarthrite était présente chez 91.2% des patients lors du diagnostic avec un nombre d'articulations douloureuses (NAD) moyen à 12, un nombre d'articulations gonflées (NAG) moyen à 9, une EVA douleur à 70% et un score d'activité de la maladie DAS28 à 6.2. Des déformations articulaires étaient notées chez 56% des patients avec présence de destructions radiologiques dans 91.2% des cas. Un syndrome inflammatoire biologique était présent dans 90% des cas avec une VS moyenne à 60. Le facteur rhumatoïde était positif chez 70% des patients, les anti-CCP l'étaient dans 75% des cas. Tous les patients ont été mis sous méthotrexate lorsque le diagnostic de PR a été établi avec une dose moyenne de 13 mg par semaine per os. L'acide folique a été prescrit chez tous les patients également avec une dose moyenne de 2 cp par semaine. Des effets indésirables au méthotrexate ont été notés chez 17.6% des patients soit 12 patients qui présentaient tous des épigastralgies, 8 des nausées et 6 des vomissements. Aucun cas de cytolyse ou de cytopénie n'a été rapporté dans notre série. Le taux de mal-observance thérapeutique était de 19.1%. Le méthotrexate a été définitivement arrêté chez 7 patients : 3 pour intolérance digestive, 2 pour refus du traitement, 2 pour découverte d'une fibrose pulmonaire et 1 pour découverte d'insuffisance rénale. Notre étude n'a pas établi de corrélation entre les doses de méthotrexate et la survenue d'effets indésirables.

## Discussion:

Tableau 1  
Effets indésirables du MTX selon leur fréquence de survenue.

| > 5 % des patients             | < 5 % des patients            | < 1 % des patients             |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Malaise, asthénie              | Céphalées                     | Cirrhose hépatique (très rare) |
| Augmentation des transaminases | Vertiges                      | Néphrotoxicité                 |
| Nausées                        | Leucopénie et/ou thrombopénie | Dermatite                      |
| Anorexie                       | Infections                    | Photosensibilité               |
| Stomatite                      | Alopécie                      | Gynécomastie                   |
|                                | Nodules sous-cutanés          | Oligospermie                   |
|                                |                               | Pneumopathie toxique           |

En dehors d'un désir de conception dans les trois mois à venir (aussi bien chez l'homme que chez la femme), de la grossesse et de la lactation, il n'existe pas de contre-indication absolue à la prescription du MTX.

Dans la pratique quotidienne, il n'existe pas de preuve d'une augmentation de fréquence des infections pendant le traitement par le MTX et il n'est pas nécessaire d'arrêter le MTX lors d'une infection. Néanmoins, si une infection devient chronique (ostéomyélite, par exemple), il semble judicieux d'arrêter temporairement le traitement par le MTX pendant la période du traitement de l'infection. L'arrêt prophylactique du MTX avant un acte chirurgical n'est pas nécessaire. Une méta-analyse de neuf études montre que la supplémentation en acide folique diminue la toxicité digestive et hépatique du MTX, sans en réduire l'efficacité. Quand la dose de MTX est supérieure ou égale à 20mg par semaine, il est fréquent de prescrire une posologie de 5mg d'acide folique deux fois par semaine.

## Conclusion:

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





# Fréquence d'utilisation du méthotrexate en 1<sup>ère</sup> intention au cours de la polyarthrite rhumatoïde : étude d'une série Tunisienne de 68 cas

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

## Introduction

Le méthotrexate est un analogue de l'acide folique qui appartient à la classe des agents cytotoxiques. Il est caractérisé par une triple action : antiproliférative (analogue de l'acide folique), anti-inflammatoire (inhibition du chimiotactisme des polynucléaires), immunosuppresseur (effets cytotoxiques sur les lymphocytes T et diminution de la densité intra-épidermique des cellules de Langerhans). D'où son intérêt dans la prise en charge des affections inflammatoires chroniques notamment de la polyarthrite rhumatoïde (PR).

## Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive qui a concerné 68 patients suivis dans notre service de Rhumatologie pour PR.

## Résultats :

Il s'agit de 53 femmes et de 15 hommes avec un sex-ratio de 5.53 ; d'âge moyen de 49.82 ans. Le délai moyen d'évolution de la maladie était de 4.78 ans. Le nombre d'articulations douloureuses (NAD) moyen était de 12, le nombre d'articulations gonflées (NAG) moyen était de 9, l'EVA douleur était de 70% et le score d'activité de la maladie DAS28 était estimé à 6.2 au moment du diagnostic. Il s'agissait d'une PR déformante chez 56% des patients avec présence de destructions radiologiques dans 91.2% des cas. Un syndrome inflammatoire biologique était présent dans 90% des cas avec une VS moyenne à 60 mm. Le facteur rhumatoïde était positif chez 70% des patients, les anti CCP l'étaient dans 75% des cas. Des manifestations extra-articulaires étaient notées dans 42.6% des cas et étaient principalement une ostéoporose dans 32.4% des cas, un syndrome sec oculaire dans 14.7% des cas et un syndrome restrictif dans 10.3% des cas. Le méthotrexate a été prescrit de 1<sup>ère</sup> intention chez tous les patients à une dose moyenne de 13 mg par semaine. L'acide folique a été prescrit chez tous les patients également avec une dose moyenne de 2 cp par semaine. Des effets indésirables au méthotrexate ont été notés chez 17.6% des patients à type d'intolérance digestive dans tous

les cas. Le taux de mal observance thérapeutique était de 19.1 %.

Il y a eu arrêt définitif du méthotrexate chez 10.3% des patients. Au cours du suivi les doses de méthotrexate ont été augmentées chez 29.4% des malades avec une dose moyenne de 14.3 mg/semaine. Les traitements qui ont été prescrits de seconde intention étaient la Salazopyrine dans 13.2% des cas, les biothérapies dans 5.9% des cas et le léflunomide dans 2.9% des cas.

## Discussion :

Dès le diagnostic établi, la PR doit faire l'objet d'une prise en charge rapide afin de ralentir l'évolution de la maladie. Le choix du traitement de fond doit tenir compte des spécificités du patient qui peuvent générer certaines contre-indications.

Le méthotrexate (MTX) est utilisé en tant que traitement de fond de première intention en monothérapie ou dans les associations de traitements pour les patients ayant une polyarthrite rhumatoïde (PR) précoce ou établie.

Le MTX a un faible coût, son efficacité est démontrée et son profil de toxicité est relativement satisfaisant . Les effets indésirables survenant fréquemment avec le MTX comptent la toxicité hépatique, les symptômes et signes gastro-intestinaux et les effets sur le système nerveux central. La toxicité pulmonaire et hématologique (pancytopenie) sont rares.

Contrairement aux autres traitements de fond, il peut être utilisé selon une large gamme de posologie. En comparaison aux autres traitements de fond, son maintien thérapeutique est prolongé : plus de 50% des patients continuent de prendre le MTX trois ans après son initiation.

Même depuis le développement des nouveaux traitements biologiques, le MTX reste largement utilisé dans le monde entier pour traiter la PR.

## Conclusion :

Le méthotrexate constitue le traitement de fond de 1<sup>ère</sup> intention dans la PR dans notre série.



# Le paragangliome, une tumeur rare du filum terminal

**Chammakhi.M; Boussaid.S; Jradi.S; Cheour.E; Rekik.S; Sahli.H; Elleuch.M**

## Introduction:

Le paragangliome est une tumeur bénigne d'origine neuroendocrinienne très vascularisée qui s'observe habituellement au niveau du glomus jugulaire ou carotidien. La localisation intra-spinale est rare et intéresse dans ce cas le plus souvent le filum terminal. Nous en rapportons un cas avec revue de la littérature.

## Observation:

M S.A, âgé de 60 ans, tabagique sevré, aux ATCDs de lombalgies mécaniques depuis 6 ans, a été hospitalisé dans notre service pour une lombosciatique inflammatoire mal systématisée bilatérale avec difficulté à la marche. Le tableau évoluait depuis 6 jours suite à une fausse manœuvre. L'examen à l'admission notait un patient apyrétique, ne pouvant pas se mettre debout ou en décubitus dorsal (il était sur chaise roulante). Il y avait une douleur à la palpation des épineuses lombaires avec une contracture des muscles paravertébraux. L'évaluation du rachis était impossible à réaliser. Sur le plan neurologique, le patient avait un déficit moteur bilatéral cote a 0 au niveau des releveurs des orteils et des muscles de la jambe; les réflexes ostéo-tendineux étaient abolis aux 2 membres inférieurs, il n'y avait pas de déficit sensitif ni d'anesthésie en selle. A la biologie, on notait une hyperleucocytose à 14400 el/ml a PNN, une hyperalpha2 à 10,6g/let une CRP à 0,4mg/l. Une TDM lombaire faite devant ce tableau, montrait un aspect spontanément dense du contenu canalair en arrière du corps vertébral de L2 étendu sur 1,5 cm de hauteur s'associant à des calcifications périphériques sans anomalie osseuse évidente. A l'imagerie par résonance magnétique, nous avons noté la présence d'un processus expansif extra-médullaire étendu de L2 à L3 de dimensions 34mm×9,5mm en hyposignal T1,hyposignal T2 et prenant le contraste de façon hétérogène venant au contact des racines de la queue de cheval.

Le patient a été donc adressé en neurochirurgie où une exérèse complète du processus a été réalisée. Il s'agissait d'une lésion charnue intradurale rougeâtre clivable des radicelles de la queue de cheval étendue sur 3 cm et appendue au filum terminal. L'étude anatomopathologique a conclu à un paragangliome du filum terminal. L'évolution clinique était marquée par la sédation des douleurs et l'amélioration progressive de la force musculaire

## Discussion:

La localisation spinale des paragangliomes est peu fréquente avec une incidence estimée à 0,07% dans la population générale et avec une prévalence masculine. Les patients se présentent avec une lombalgie irradiant aux membres inférieurs; un déficit moteur ou sensitif; ou une incontinence urinaire ou fécale. En effet le tableau clinique dépend du niveau et du degré de la compression. Chez quelques patients, la tension artérielle est élevée en rapport avec la sécrétion de catécholamines par la tumeur.

## Conclusion:

L'exérèse chirurgicale constitue le traitement curatif des paragangliomes. Dans le cas d'une exérèse incomplète, un suivi au long cours est nécessaire vu le risque de récurrence.



# Qu'en est-il de l'observance des biothérapies dans un service de Rhumatologie?

S. Bendjemaa ; R. Akrouf ; M. Ezzeddine ; M. Kotti ; I. Hachicha ; H. Fourati ; S. Baklouti  
Service de rhumatologie, C HU Hedi C haker, Sfax, Tunisie

**Introduction:** Les traitements par biothérapies représentent un tournant évolutif dans le traitement des rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC). Leur efficacité sur l'activité et le contrôle des symptômes de la maladie a été prouvé. Le but de notre étude est de rechercher le degré d'observance et le niveau de satisfaction d'une population de patients recevant un traitement par biothérapies.

**Patients et méthodes:** Etude rétrospective concernant 32 patients recevant un traitement par biothérapie colligés au service de Rhumatologie de Sfax-Tunisie sur une période de 5 ans. Nous nous sommes basés sur un questionnaire permettant de recueillir les données épidémiocliniques, dépister les difficultés de procuration et de réalisation des injections de biothérapie.

## Résultats:

32 patients sous biothérapie

Age moyen : 43,6 ans

Sex-ratio : 0.7

### Données socio-démographiques :

➢ états matrimonial : Mariés :68, 75%

➢ Distance moyenne (Domicile - hôpital) :37 km (4 – 150 km)

➢ Mode de vie urbain : 75%

### Données cliniques :

➢ Délai moyen de diagnostic : 9 ans (2 – 20 ans)

➢ Déformations articulaires (PR) :

33% (localisation : mains : 60%)

➢ Ankylose (SPA) : 36% (localisation : rachis dorso-lombaire : 75%)

### Données thérapeutiques :

➢ Type biothérapie :

➢ Switch entre biothérapies : 4 cas  
(1 cas réaction allergique, 3 cas pour inefficacité thérapeutique)

Etanercept ➡ Rituximab : 2 cas  
Infliximab ➡ Rituximab : 1 cas  
Infliximab ➡ Etanercept : 1 cas

➢ Prise de glucocorticoïdes : 59%

➢ Prise d'AINS : 59%

➢ Association au Méthotrexate : 37%

L'activité de la maladie :

➢ DAS 28 (moyen): 4.3

➢ BASDAI (moyen): 3.9

### Étude de l'observance:

➢ Difficulté de se procurer le traitement biologique : 25%

Au niveau de la CNAM : 100%

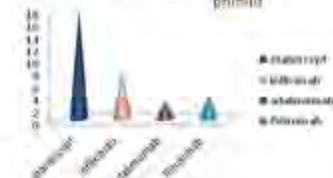
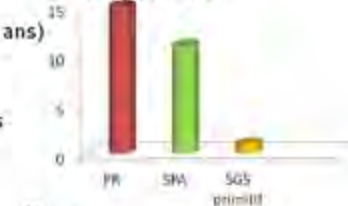
➢ Besoin d'aide pour la réalisation de l'injection de biothérapie : 30%

➢ Personne pour l'accompagner en cas de déplacement : 100%

➢ niveau d'instruction :



➢ Type du RIC:



➢ Personne pour l'explication des modalités de traitement : 25%

➢ Besoin d'un service de rappel de la date d'injection de biothérapie : 26%

➢ Degré de satisfaction par le traitement biologique : 7.2/10

➢ Degré d'observance thérapeutique évalué par le patient :9/10

## Discussion :

L'observance est définie comme le degré de concordance entre les recommandations du médecin et les comportements des malades (OMS, 2003). Elle comporte **trois composantes** :

• L'observance médicamenteuse (respect des prises et des horaires, Besoin d'un service de rappel de la date d'injection de biothérapie, difficulté de procurer du traitement comme le cas dans notre étude)

• l'observance des règles hygiéno-diététiques

• l'observance du suivi médical (rythme des consultations, des bilans sanguins pré-perfusions de biothérapie, personne pour l'accompagner en cas de déplacement).

Il existe **deux types de méthodes pour évaluer l'observance thérapeutique** :

• Les méthodes reposant sur des questionnaires ou des entretiens menés avec les patients (Morin, 2001) sont donc soumises à la volonté du patient comme le cas de notre étude ou on a recours à un questionnaire.

• Les méthodes de dosage sanguin ou en lien avec l'évaluation de la maladie, elles, sont des méthodes médicales strictes. Elles sont coûteuses, plus ou moins invasives.

**Les causes de ces difficultés d'observance sont globalement de deux types :**

• des causes externes pouvant être modifiées par certains types d'intervention : Difficulté de se procurer le traitement biologique surtout au niveau de la CNAM, l'éloignement de l'hôpital.

• des causes internes dépendant des personnes concernées.

## Conclusion:

Nous remarquons le niveau élevé d'observance au traitement par biothérapie dans notre série malgré leur coût élevé qui peut aider à mieux contrôler l'activité du RIC et stopper leur évolution et ceci nécessite la collaboration avec les services de couverture sociale qui aident à procurer ces traitements assez chers.



# Tolérance du Rituximab au cours de l'insuffisance rénale :

## A propos de deux observations

H Sahli, I Cherif, R Tekaya, I Mahmoud, O Saidane, L Abdelmoula, R

Zouari

Service de rhumatologie-Hôpital Charles Nicolle

### INTRODUCTION :

Le rituximab (RTX) est un traitement biologique qui a prouvé son efficacité au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Son profil de tolérance chez les patients ayant une insuffisance rénale a été peu étudié. Le but de cette étude était de rapporter deux observations qui confirmaient la bonne tolérance du RTX chez les patients atteints de PR et ayant une insuffisance rénale.

### OBSERVATION 1 :

Femme de 63 ans, aux antécédents de tuberculose pulmonaire et de néphropathie hypertensive avec insuffisance rénale chronique, était suivie pour une PR séropositive et érosive compliquée d'ostéoporose sévère évoluant depuis l'âge de 51 ans. Elle a reçu le méthotrexate à la dose moyenne de 15 mg/semaine sans aucune amélioration. La prise de leflunomide s'était compliquée de leucopénie et d'une altération de la fonction rénale. Le RTX a été indiqué et la patiente a reçu une cure à raison de 500 mg à 14 jours d'intervalle avec une bonne réponse. Il n'y avait pas d'altération de la fonction rénale (clairance de la créatininémie était stable: 25,5ml/min au départ et 21,4ml/min à 3 mois après RTX). Elle avait reçu jusque là 3 cures avec une bonne évolution et une stabilité rénale.

### OBSERVATION 2 :

Femme de 55 ans, aux antécédents de diabète, était suivie pour une PR séropositive évoluant depuis l'âge de 39 ans. Elle a été traitée initialement par du méthotrexate puis par l'association méthotrexate sulfasalazine sans efficacité. D'où sa mise sous infliximab. Ce médicament était responsable de la survenue d'infections intercurrentes dont une sévère à type d'endocardite bactérienne traitée par vancomycine-Gentamycine. Sous cette antibiothérapie, la patiente a développée une insuffisance rénale par nécrose tubulaire aiguë. Le RTX a été prescrit et reçu aux doses habituelles. Aucune aggravation de la fonction rénale n'a été notée.

### DISCUSSION ET CONCLUSION:

Ces deux observations illustrent bien la bonne tolérance du RTX en cas d'insuffisance rénale. Narvaéz et al, ont mis en évidence une stabilisation de la fonction rénale sous RTX au cours d'une amylose AA secondaire à la polyarthrite rhumatoïde [1].

Des études multicentriques s'avèrent nécessaire afin d'établir ce profil de tolérance.

# Impact du méthotrexate sur l'efficacité thérapeutique du Rituximab : Etude de 32 cas

H Sahli, I Cherif, R Tekaya, O Saïdane, I Mahmoud, L Abdelmouia, R Zouari

Service de Rhumatologie-Hôpital Charley; Nicolle

## INTRODUCTION :

Le Rituximab (RTX), anticorps chimérique monoclonal anti récepteur CD20 du lymphocyte B, dont l'efficacité au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) a été prouvée.

But: Nous nous sommes proposé à travers cette série d'évaluer l'impact du méthotrexate (MTX) sur la réponse thérapeutique du RTX.

## PATIENTS ET METHODES :

Etude rétrospective descriptive ayant inclus tous les dossiers de patients atteints de PR (ACR 1987) et traités par RTX depuis au moins 3 mois. Les données cliniques (durée d'évolution, nombre d'articulations douloureuses et gonflées) biologiques (VS, CRP), immunologiques (FR, ACPA) ainsi que les indices d'activité (DAS28) et de qualité de vie (HAQ) ont été relevés puis analysées au début du traitement et à 3 mois. Nous avons procédé par la suite à une étude comparative entre les patients recevant un traitement combiné MTX-RTX versus RTX en monothérapie.

## RESULTATS :

Population d'étude:

- ❖ N=30.
- ❖ sex-ratio H/F=0,33.
- ❖ Age moyen = 54,6 ans [20-81].
- ❖ Caractéristiques de la PR: Tableau 1

| N              | 30 |
|----------------|----|
| Début juvénile | 5  |
| FR positif     | 29 |
| ACPA positifs  | 13 |
| AAN positifs   | 6  |
| Erosions       | 31 |
| MEA            | 23 |

## Profil thérapeutique:

- ❖ Une corticothérapie était administrée avant le passage au RTX chez 31 patients à la dose moyenne de 17,5mg/jour.
- ❖ Le MTX était prescrit avant le RTX chez 30 patients à la dose moyenne de 15mg/semaine [10-25mg/semaine].

Impact de l'utilisation du MTX avant RTX sur les paramètres de la maladie (tableau 2)

L'utilisation antérieure de MTX n'influçait pas la réponse thérapeutique du RTX

Impact de l'utilisation concomitante de MTX et RTX sur les paramètres de la maladie Tableau 3)

Il n'y avait pas de différence significative sur la réponse thérapeutique entre l'utilisation concomitante de MTX et RTX et l'utilisation du RTX en monothérapie

## CONCLUSION :

Notre étude a montré que l'utilisation du MTX avant RTX ou de façon concomitante n'avait pas d'influence sur la réponse thérapeutique au RTX tant sur le plan activité de la maladie que qualité de vie des patients.

Tableau 2: influence de l'utilisation antérieure du MTX sur la réponse thérapeutique

|                       | MTX avant RTX | Pas de MTX avant RTX | P     |
|-----------------------|---------------|----------------------|-------|
| Réponse thérapeutique | 20            | 2                    | 0,350 |
| Bonne réponse EULAR   | 4             | 1                    | 0,178 |

Tableau 3: influence de l'utilisation antérieure du MTX sur la réponse thérapeutique

|                     | MTX + RTX | RTX seul | P     |
|---------------------|-----------|----------|-------|
| Bonne réponse EULAR | 1         | 4        | 0,217 |
| HAQ                 | 6         | 9        | 0,576 |

## DISCUSSION:

Notre série suggère que l'utilisation antérieure ou concomitante du MTX avec le RTX n'avait pas d'influence sur la réponse thérapeutique. Dans une étude récente, les auteurs ont démontré l'efficacité du RTX au cours de la PR indépendamment de l'utilisation du MTX [1] et une fréquence moindre des effets indésirables et des infections sous RTX en monothérapie. Cependant d'autres auteurs ont mis en évidence une efficacité supérieure d'un traitement combiné par rapport à la monothérapie suggérant le rôle synergique du MTX [2].

[1] Sebastiani M et al. Joint bone spine 2014  
[2] Strand V et al. Rheumatology 2006



# BIOTHÉRAPIE ET RISQUE INFECTIEUX : À PROPOS DE 3 CAS

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

## INTRODUCTION

Depuis plus de 10 ans, les rhumatologues disposent de bio-médicaments ayant révolutionnés la prise en charge des rhumatismes inflammatoires chroniques. Cette biothérapie peut dans certains cas donner des infections intercurrentes sources d'arrêt du traitement et de réactivation de la maladie rhumatismale. L'objectif de cette étude est d'évaluer ces caractéristiques.

## MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous rapportons 3 cas d'effets indésirables sous biothérapie.

### OBSERVATION n°1 :

Mme GA âgée de 65 ans, sans antécédents particuliers, suivie depuis 2005 pour PR séropositive résistante au Methotrexate et au Léflunomide. Mise en 2008 sous Etanercept sans efficacité, switché en 2011 par le Rituximab. Elle a eu 2 cures avec maintien de l'efficacité de plus de 10 mois après chaque cure. En 2013, elle a été hospitalisée pour diarrhée, fièvre à 38,7°C, altération de l'état général (AEG) et un abdomen sensible dans son ensemble à l'examen. A la biologie, une hyperleucocytose à 14320 élé/mm<sup>3</sup> et une CRP à 140mg/l. une colonoscopie a été faite et a montré une diverticulite du colon sigmoïde. Une mammographie faite devant l'AEG a trouvé un aspect radiologique classé ACR 4 du sein droit. La patiente a été adressée en milieu spécialisé pour complément de prise en charge.

### OBSERVATION n°2 :

Mme MN âgée de 42 ans, est suivie depuis 1999 pour maladie de Crohn, et pour spondylarthropathie axiale et périphérique avec coxite bilatérale depuis 2009 résistante à la Salazopyrine. Elle a été mise en Mai 2011 sous Adalimumab avec une nette amélioration de sa symptomatologie. Jusqu'à juillet 2014, où la patiente a été hospitalisée pour AEG, fièvre non objectivée et cervicalgie inflammatoire, sans notion de trouble du transit. A la biologie, la CRP était à 87mg/l avec une anémie ferriprive à 9g/dl. Au cours de son hospitalisation, la patiente a développé un Zona de l'hémithorax supérieur droit allant jusqu'à la face postéro-interne de l'avant bras homolatéral. L'Adalimumab a été arrêté, et la patiente a été mise sous Acyclovir en IV à la dose de 10mg/kg/8h pendant 10 jours. Les lésions verruqueuses ont disparu, mais la patiente a gardé des névralgies post-zostériennes du membre supérieur droit jusqu'à présent. L'Adalimumab a été repris un mois après la fin du traitement par l'Acyclovir.

### OBSERVATION n°3 :

Mme HB âgée de 47 ans, aux antécédents d'asthme allergique, de maladie coeliaque et de cirrhose biliaire primitive. Elle est suivie depuis 2002 pour une spondylarthrite ankylosante dans sa forme axiale et périphérique résistante à trois classes d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et à la Salazopyrine. La patiente a été donc mise en 2008 sous Etanercept avec une nette amélioration. Elle consulte en septembre 2014 pour une tuméfaction rouge et douloureuse du genou gauche évoluant depuis 10 jours. A l'examen, la patiente est apyrétique, les genoux sont secs et indolores à la mobilisation. Présence d'une pustule de 5 cm de diamètre en regard de la face antérieure du genou gauche. La biologie était normale. La conduite à tenir était d'arrêter l'Etanercept et de mettre la patiente sous Pristinamycine 3g/j par voie orale. Au bout de 15 jours de traitement, les signes inflammatoires locaux ont diminué et la collection a disparue. L'Enbrel a été repris après, sous couverture antibiotique qui a duré au total 21 jours.

## CONCLUSION

Bien que la biothérapie a changé la vie des patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques, elle est dans certains cas pourvoyeuse non pas du seul risque infectieux, mais aussi d'un risque néoplasique qui nécessite un diagnostic rapide.



# Efficacité et tolérance du Rituximab au cours du syndrome de Gougerot Sjögren primitif: à propos de 6 cas et revue de la littérature

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

## Introduction

Le Rituximab, anticorps anti CD20 ciblant les lymphocytes B est largement utilisé dans le traitement des lymphomes et de la polyarthrite rhumatoïde. Il a été aussi essayé dans le syndrome de Gougerot Sjögren primitif (SGp). Nous rapportons à ce propos notre expérience à travers 6 observations.

## Observations

Il s'agit de 5 femmes et un homme, d'âge moyen 41,5 ans. Le SGp évoluait en moyenne de 12 mois. L'indication de la biothérapie par le Rituximab était posée : devant le caractère résistant et réfractaire de la maladie aux différents traitements de fond (3 patientes), l'atteinte neurologique sévère centrale (un patient) et périphérique (une patiente). La 6ème patiente a présenté un état prélymphomateux indiquant l'administration de ce traitement. Le RTX était apporté sous la forme de 2 perfusions de 1 g. Le nombre de cures a varié de 1 à 4.

Les patients ont été suivis sur 2 ans. Une patiente a développé une décompensation cardiaque un mois après la première perfusion. Aucun autre effet secondaire n'a été noté. La réponse a été jugée favorable, obtenue après une durée moyenne de 5 semaines : chez 4 patientes avec une régression de la douleur et de la gêne fonctionnelle. Il était observé une amélioration significative de la fatigue évaluée par EVA ainsi que le syndrome sec évaluée subjectivement (par un questionnaire) et objectivement par un test de Shirmer. L'amélioration sur le plan neurologique était jugée spectaculaire chez la patiente et moyenne chez le patient. L'indice d'activité inflammatoire a passé d'une moyenne de 7,37 à 3,35

## Discussion

Concernant le SS, deux études ouvertes prospectives de phase II [1,2] et une étude rétrospective [3] ont été publiées. Une seule étude randomisée n'incluant que 18 patients a été publiée [4]. Elles suggèrent toutes une bonne efficacité du produit, surtout dans les formes récentes et/ou avec atteintes viscérales. Pour la tolérance, quatre réactions graves à la perfusion et 1 maladie sérique ont été observées dans ces études. trois infections graves sont survenues et deux cancers responsables de deux décès.

## Conclusion

Le rituximab est une perspective thérapeutique efficace pour le SGp. Plusieurs études randomisées ont déjà affirmé son efficacité.

[1] Pijpe J, van Imhoff GW, Spijkervet FK, Roodenburg JL, Wolbink GJ, Mansour K, et al. Rituximab treatment in patients with primary Sjogren's syndrome: an open-label phase II study. *Arthritis Rheum* 2005;52:2740-50.

[2] Devauchelle-Pensec V, Pennec Y, Morvan J, Pers JO, Daridon C, Jousse-Joulin S, et al. Improvement of Sjogren's syndrome after two infusions of rituximab (anti-CD20). *Arthritis Rheum* 2007;57:310-7.

[3] Seror R, Sordet C, Guillemin L, Hachulla E, Masson C, Ittah M, et al. Tolerance and efficacy of rituximab and changes in serum B cell biomarkers in patients with systemic complications of primary Sjogren's syndrome. *Ann Rheum Dis* 2007;66:35-71.

[4] Dase S, Bowman SJ, Vital EM, Ikeda K, Pease CT, Emery P. Safety and efficacy of rituximab in Sjogren's syndrome: Results of a randomised placebo controlled pilot study. *Ann Rheum Dis* 2008 Feb 14; [Epub ahead of print]



# L'ostéochondromatose synoviale dans un service de rhumatologie

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

**Introduction :** la chondromatose synoviale est une métaplasie rare du tissu synovial conduisant à la formation de corps cartilagineux ou ostéocartilagineux dans les articulations, les bourses séreuses et les gaines synoviales. Le genou est l'articulation la plus touchée.

Le but de notre étude est de décrire les particularités épidémiocliniques et thérapeutiques de l'ostéochondromatose synoviale.

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective de 13 cas d'ostéochondromatose synoviale colligée au service de Rhumatologie de Sfax-Tunisie sur une période de 11 ans.

## Résultats:

### 1- Caractéristiques épidémiocliniques :

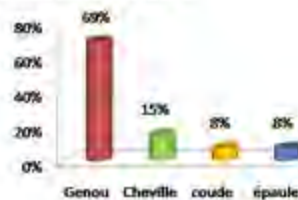
L'âge moyen : 57 ans (35-75).

Le sex ratio H/F = 2.25.

L'ostéochondromatose est révélée par :

- Des douleurs articulaires avec limitation de la mobilité dans la plupart des cas (84,6%)
- une douleur isolée dans le reste des cas (15,4%).

Siège de l'ostéochondromatose:



Elle est secondaire dans 54% des cas et primitive dans le reste des cas.

### 2- Pec thérapeutique :

Le traitement de l'ostéochondromatose a consisté à l'ablation des corps étrangers intra-articulaires soit par arthroscopie dans (46,2%) des cas, soit une chirurgie à ciel ouvert dans (15,4%) des cas, soit un traitement médical dans (38,4%) des cas.

### 3- L'évolution :

L'évolution était favorable dans (38,4%) des cas, défavorable avec persistance des douleurs dans (30,8%) des cas avec un recul moyen de deux ans.

## Discussion :

La chondromatose synoviale est une métaplasie du tissu synovial conduisant à la formation de corps cartilagineux (chondromes) qui peuvent se pédiculiser et se détacher pour former des corps étrangers libres dans l'articulation.[1]

Ces corps étrangers libres peuvent s'ossifier par la suite (ostéochondromes).

Le diagnostic peut être très facile si les chondromes sont calcifiés, et donc radio-opaques.

Cette métaplasie synoviale affecte le genou dans plus de la moitié des cas, puis, par ordre de fréquence décroissante, la hanche, le coude, l'épaule et la cheville. Elle touche plutôt l'adulte jeune (entre 20 et 40 ans) et surtout de sexe masculin.

On distingue les formes primitives (environ 10% des cas) dont l'étiologie et la pathogénie sont inconnues, survenant sur des articulations saines, et les formes secondaires survenant sur des articulations atteintes par un processus dégénératif (arthrose, synovite, ostéochondrite, traumatisme...).

### Traitement :

Le traitement[2] consiste en l'évacuation des chondromes et la synovectomie si la synoviale est encore active (stade 1 et 2) par arthroscopie le plus souvent. La synovectomie permet de réduire le risque de récurrence.

L'arthroscopie de genou ne pose guère de problème technique ; il est très rare de devoir explorer le compartiment postérieur car les localisations de l'ostéochondromatose du genou sont en grande majorité situées dans l'échancrure antérieure.

Au niveau du coude, la difficulté réside dans la partie antérieure ; l'ablation des corps libres dans cette articulation apporte une amélioration fonctionnelle très significative.

Au niveau de la hanche, le traitement de la chondromatose synoviale primitive douloureuse ou invalidante faisait traditionnellement appel à une synovectomie chirurgicale. La majorité des auteurs conclut que la prise en charge arthroscopique de l'ostéochondromatose de hanche ne donne pas de résultat satisfaisant à long terme.

La synoviorthèse complémentaire dans la chondromatose primaire est, théoriquement, contre-indiquée, principalement en raison du risque de dégénérescence sarcomateuse par les synoviorthèses isotopiques.

## Conclusion:

Dans notre série on a noté la prépondérance de la localisation au niveau du genou et la nette prédominance masculine. Le traitement consiste en l'ablation de corps étranger intra-articulaire soit par arthroscopie soit à ciel ouvert. Le traitement médical garde sa place en cas de refus du traitement chirurgical ou en cas de malades tarés.



# Apport de la tomoscintigraphie osseuse couplée à la TDM (TEMP/TDM) dans l'exploration des fractures occultes : A propos de 3 cas.

Jardak.I, Amouri.W, Hamza.F, Charfi.H, Kallel.F, Charfeddine.S, Guermazi.F  
Service de médecine nucléaire, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

## Introduction

Le terme de fracture occulte désigne des fractures radiologiquement inapparentes ou avec des anomalies radiologiques discrètes qui ne sont pas détectées lors de l'interprétation initiale. Ces lésions infra-radiologiques posent un problème diagnostique majeur au clinicien. Le but de ce travail est d'illustrer l'apport de la tomoscintigraphie osseuse couplée au scanner (TEMP/TDM) dans la détection des fractures occultes à travers 3 cas.

## Matériels et méthodes

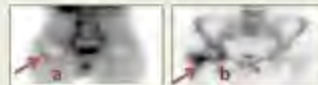
Nous rapportons les observations de trois patients adressés au service de médecine nucléaire pour exploration d'une douleur osseuse avec un bilan radiologique normal et qui ont bénéficié d'une scintigraphie osseuse. Le protocole d'acquisition inclut des incidences planaires centrées sur la région douloureuse réalisées au deux temps précoce et tardif après injection de 20 mCi de HMDP-Tc99m, un balayage du corps entier à la vitesse de 15cm/mn et une TEMP/TDM centrée sur les zones pathologiques (32 projections, 20s/projection).

## Résultats(1)

### Cas 1:

Il s'agit d'un patient âgé de 40 ans sans antécédents pathologiques particuliers suivi au service d'orthopédie pour des douleurs de la hanche droite sans notion de traumatisme majeur évoluant depuis plusieurs mois et rebelles au traitement médical. Le bilan radiologique était non concluant.

La scintigraphie osseuse planaire montrait une hypercaptation précoce (a) et une hyperfixation tardive de la hanche droite (b).



La tomoscintigraphie du bassin a confirmé l'hyperfixation de la hanche droite (c) et la TDM a révélé un trait de fracture du col fémoral (d).



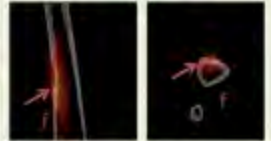
## Résultats(2)

### Cas 2:

Il s'agit d'un patient âgé de 42 ans suivi au service d'orthopédie pour douleur de la diaphyse tibiale droite évoluant depuis trois mois sans notion de traumatisme et sans anomalie radiologique décelable. La scintigraphie osseuse planaire a montré une hyperfixation ponctuelle du tiers inférieur du tibia droit (e).



La TEMP/TDM a permis de rattacher cette fixation à une fissuration au niveau de la corticale tibiale antérieure (f). Cet aspect est en faveur d'une fracture de fatigue non visualisée sur les examens radiologiques.



### Cas 3:

Il s'agit d'un patient âgé de 50 ans qui a consulté en orthopédie pour douleur trainante du rachis dorso-lombaire. Une spondylarthrite ankylosante (SPA) a été suspectée. La scintigraphie osseuse planaire a montré une faible hypercaptation précoce (g) suivie d'une hyperfixation intense linéaire et diagonale de D11 et D12 (h).



La TEMP/TDM a révélé un aspect de bloc vertébral D11, D12 et L1 avec une solution de continuité osseuse englobant l'arc antérieur et postérieur (i) évoquant une origine traumatique surajoutée à une SPA.



## Discussion et conclusion

La scintigraphie osseuse a une très bonne sensibilité dans le diagnostic des fractures occultes. Elle permet en effet de les visualiser de façon précoce (quelques heures), avec une sensibilité proche de 100% [1]. L'introduction récente de l'imagerie hybride TEMP/TDM a permis d'améliorer les performances de la scintigraphie osseuse dans la stratégie diagnostique des lésions occultes [2]. En effet, la TEMP/TDM donne à la scintigraphie osseuse la résolution spatiale qui lui manquait et permet un repérage lésionnel très précis [3] qui oriente le diagnostic étiologique vers une fracture post-traumatique occulte (cas1), une fracture de fatigue (cas 2), une fracture par insuffisance osseuse ou sur un os fragilisé par une pathologie sous-jacente (cas3).

## Bibliographie:

1. Ahn JM, El-Khoury GY. Occult fractures of extremities. Radiol Clin North Am 2007;45:561-579
2. Even-Sapir E, Flusser G, Lerman H, Ljevshitz G, Metzger U. SPECT/multislice low-dose CT: A clinically relevant constituent in the imaging algorithm of nononcologic patients referred for bone scintigraphy. J Nucl Med 2007;48:319-324
3. Horger M, Bares R. The role of single-photon emission computed tomography/computed tomography in benign and malignant bone disease. Semin Nucl Med 2006;36:286-294



# Atteintes extra articulaires au cours de la Polyarthrite Rhumatoïde : à propos de 170 cas

M Jguirim, L Mani, A Mhenni, M El Ayeb, G Moula, S Zrou, M Younes, I Bejia, M Touzi, N Bergaoui.

## Introduction:

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques. Il s'agit d'une maladie inflammatoire de l'ensemble du tissu conjonctif à prédominance synoviale. C'est un rhumatisme inflammatoire chronique, acromélique, destructeur, déformant et invalidant. Son expression clinique est polymorphe, pouvant associer de façon diverse des signes articulaires et des signes extra-articulaires (maladie systémique), à des stades différents de la maladie.

**Matériels et méthodes :** C'est une étude rétrospective, s'étalant de 1997 au 2014, portant sur 170 dossiers de PR. Le diagnostic était basé sur les critères ACR 87

## Résultat:

La moyenne d'âge était de 48,8 ans [16- 86] et 84% des patients étaient des femmes. Des déformations articulaires étaient retrouvées chez 36% des malades.



Une atteinte extra articulaire était retrouvée chez 46,5% des cas soit 80 patients: une ostéoporose dans 21,2% des cas, un syndrome sec oculaire était retrouvé dans 39,4% des cas, un syndrome sec buccal était retrouvé chez 20 cas (6 cas de sialadénite grade 1, 6 cas grade 2, 2 cas grade 3 et 6 cas grade 4), 11 cas avaient des nodules rhumatoïdes dont deux au niveau pulmonaire, neuf cas de fibrose pulmonaire, quatre cas de pleurésie et trois cas d'amylose.



Dans 24% des cas, il n'avait pas de signes radiologiques évidents. Des signes de destruction au niveau des mains sont retrouvés dans 70% des cas et une carpite fonctionnante était retrouvée dans 14 cas. Dans 20% des cas, ont a retenu le diagnostic d'une PR séronégative. 14,7% avaient des ANN positifs.

Un traitement par méthotrexate est utilisé chez 151 patients et 25 patients ont reçu la salazopyrine et 18 cas ont été traités par des antipaludéens de synthèse. 70 patients ont été suivis sur une durée dont la moyenne était de 60,8 mois. On a eu recours à une biothérapie chez seulement quatre patients.

Un traitement par méthotrexate est utilisé chez 151 patients et 25 patients ont reçu la salazopyrine et 18 cas ont été traités par des antipaludéens de synthèse. 70 patients ont été suivis sur une durée dont la moyenne était de 60,8 mois. On a eu recours à une biothérapie chez seulement quatre patients.

**Discussion:** Les manifestations extra-articulaires de la PR traduisent le caractère systémique de la maladie rhumatoïde. Ces manifestations systémiques s'observent surtout dans les polyarthrites érosives, nodulaires, anciennes, fortement séropositives, ayant des anticorps antinucléaires. Parmi ces manifestations :

- **Les nodules rhumatoïdes** sont fréquemment retrouvés (10 à 20 %) des malades au bout de quelques années d'évolution.
- **Les syndromes canaux** avec en particulier la compression du **nerf médian** (médian au niveau du canal carpien), ou encore du sciatique poplité externe par un kyste poplité.
- **Le syndrome de Gougerot-Sjögren** secondaire à la PR est retrouvé par des explorations systématiques chez 10 à 30% de patients selon les séries ; il se traduit surtout par une Xérophtalmie . Les formes sévères sont rares mais le risque de lymphome serait cependant comparable au syndrome de Gougerot-Sjögren primitif.
- **Le phénomène de Raynaud** est rencontré chez environ 10 % des patients.
- **Des adénomégalies** sont retrouvées à l'examen clinique chez environ 30 % des patients.
- L'anémie est fréquente. Son degré est habituellement corrélé avec l'activité de la maladie. Il s'agit habituellement d'une anémie inflammatoire avec ferritinémie élevée.
- **L'ostéoporose** avec des études récentes qui prouvent que la densité minérale osseuse diminue significativement au rachis lombaire dans la PR et ceci dès la première année d'évolution. Cette ostéoporose favorisée par la PR semble indépendante de l'ostéoporose cortico-induite.
- **Les manifestations pulmonaires** sont la pleurésie rhumatoïde, la fibrose pulmonaire interstitielle diffuse, les nodules rhumatoïdes pulmonaires et la bronchiolite oblitérante qui est rare mais très sévère. Le syndrome de Caplan-Colinet est classiquement décrit chez des mineurs atteints de PR présentant de volumineux nodules des deux champs pulmonaires mais devenus rares.
- **Les manifestations cardiaques** sont surtout représentées par la péricardite avec un risque de tamponnade nécessitant un drainage. L'atteinte de l'endocarde est classique mais rare. Le pronostic de l'insuffisance aortique est particulièrement sévère.
- **L'amylose** est une complication classique de la PR. Il s'agit d'une amylose AA dite " secondaire " qui est retrouvée dans environ 15% des cas aux autopsies et qui se manifeste au début par une protéinurie puis, secondairement, un syndrome néphrotique et enfin une insuffisance rénale progressive.
- **Conclusion:** La polyarthrite rhumatoïde est une affection systémique qui peut toucher potentiellement tous les organes. Si l'atteinte articulaire est cardinale, on peut aussi assister à des manifestations cutanées, ophtalmiques, neurologiques, cardiaques, pulmonaires et rénales. Même si l'on semble assister à une diminution du nombre de ces atteintes extra-articulaires, résultat probable d'une prise en charge plus précoce et agressive de la polyarthrite rhumatoïde, leurs conséquences restent sévères en termes de morbidité et mortalité.



# Une scoliose révélatrice d'un neurinome intradural À propos d'un cas

Aymen Haj Salah<sup>1</sup>; Sghir Mouna<sup>1</sup>; Wafa Said Lahmar<sup>1</sup>; Sonia Jemni<sup>2</sup>; Wassia Kessomtini<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unité de Rééducation, Hôpital Tahar Sfar de Mahdia, Tunisie

<sup>2</sup>Service de Médecine Physique, Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle de Sahloul, Tunisie

## Introduction:

La découverte d'une scoliose chez un enfant doit s'accompagner d'un examen clinique exhaustif et conduire en présence d'anomalies neurologiques à la réalisation d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) médullaire.

Nous rapportons le cas d'une scoliose découverte fortuitement chez une fille et l'IRM a révélé une tumeur intra dural.

## Observation:

Il s'agit de l'enfant S.N âgée de 10 ans sans antécédents pathologiques notables, et qui est adressée à notre consultation pour un examen podologique vu la présence de durillons plantaires. L'examen au podoscope a trouvé des pieds plats valgus de premier degré. L'examen systématique du rachis a montré une déformation rachidienne, une déviation de l'axe occipital à gauche et une gibbosité dorsale gauche. Nous avons noté aussi une inégalité de longueur des membres inférieurs de 2 cm.

A l'examen neurologique, il n'y avait pas de troubles sensitivomoteurs, les reflexes ostéo-tendineux étaient plus vifs à droite et le réflexe cutané-plantaire était indifférent des deux côtés. Une radiographie du rachis entier a montré une scoliose lombaire à convexité gauche et à l'IRM médullaire la moelle est basse implantée, avec la présence d'une lésion intra durale extra médullaire lombaire postéro latérale gauche pouvant cadrer avec un neurinome (**Fig1**). La patiente est adressée au neurochirurgie pour une prise en charge.

## Discussion:

La pathologie tumorale intra-canaulaire ou osseuse[1] représente la principale crainte devant une scoliose symptomatique. L'évolution tumorale à bas bruit est fréquente et la scoliose peut être considérée comme idiopathique pendant plusieurs années. Une étude rétrospective de 7 cas de tumeurs médullaires confirmées histologiquement et par l'IRM chez des enfants de 3 à 10 ans, se présentant avec une scoliose a montré la présence des signes neurologiques dans tous les cas [2]. Dans notre cas l'examen a objectivé un discret syndrome pyramidal, l'IRM était en faveur d'un neurinome extramédullaire intradural.

Une scoliose peut être aussi la manifestation clinique d'une syringomyélie associée ou non à une malformation d'Arnold Chiari[3,4]. La pathologie infectieuse (discospondylite) peut aussi se manifester par une scoliose raide et douloureuse..

## Conclusion:

La scoliose est dite secondaire lorsqu'elle est due à une anomalie organique, son association à une malformation de la charnière occipitale et/ou pathologies rachidiennes a été fréquemment rapportée dans la littérature.

Face à une scoliose juvénile il est important de chercher les données anamnestiques et sémiologiques évocatrices d'une cause secondaire. La scoliose peut en effet être le signe d'un processus pathologique sous-jacent.

## Références :

- 1- Abdelhalim Mahmoudi, Khalid Khattala, Mohamed Rami, Aziz Elmadi, Chater Lamiae, Bouabdallah Youssef, My Abderrahmane Afifi. Une scoliose révélant un ostéome ostéode. The Pan African Medical Journal. 2013;14:58
- 2- Chelli Bouaziz, M., et al. (2006). "Childhood scoliosis revealing spinal cord tumors." *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology* 16(4): 318-321.
- 3- Sudo K, Owada Y, Yabe I, et al. Syringomyelia as a cause of body hyperthermia. *Lancet* 1996;347:1593-5
- 4- Pettorini BL, Osman C, Magdum S. New presenting symptoms of Chiari I malformation: report of two cases. *Child Nerv Syst* 2010;26:399-402.



**Fig1:** IRM médullaire: lésion centimétrique intradurale et extramédullaire en isosignal par rapport à la moelle en faveur d'un neurinome.



# INTÉRÊT DE LA SCINTIGRAPHIE DANS L'HYPERPARATHYROÏDIE PRIMITIVE ET SECONDAIRE.

Jguirim M, Mhenni A, Elkorbi A, Mani L, El Ayeb M, Moulaa G, Younes M, Zrou S, Bejia I, Touzi M, Bergaoui N.

## INTRODUCTION:

Le but de notre étude est d'évaluer l'intérêt de la scintigraphie parathyroïdienne préopératoire dans la prise en charge chirurgicale des hyperthyroïdies.

## MATÉRIELS ET MÉTHODES:

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 39 patients atteints d'hyperparathyroïdie entre les années 2007 et 2013. Tous nos patients ont bénéficié d'une scintigraphie ainsi qu'un traitement chirurgical par cervicotomie transverse bilatérale. Afin d'obtenir des calculs statistiques fiables sur les valeurs diagnostiques de la scintigraphie, le résultat de chaque exploration a été établi en fonction des quatre sièges des glandes parathyroïdes.

## RÉSULTATS:

L'âge moyen de nos patients était de 48 ans (extrêmes allant de 17 à 72 ans). Le sexe ratio (H/F) était de 0,85 (figure 1).



Figure 1 : répartition selon le sexe

Les circonstants de découverte étaient: un dosage de la calcémie chez 8 patients présentant des douleurs osseuses et 2 patients présentant une lithiase rénale récidivante et un bilan phosphocalcique mensuel perturbé chez 29 patients suivis pour une insuffisance rénale chronique.



Figure 3 : répartition selon le diagnostic étiologique

Une hypercalcémie a été constatée chez 61 % des cas. Tous les patients ont eu des dosages de la PTH et tous présentaient des taux supérieurs à la normale. Une scintigraphie réalisée par méthode de soustraction a été pratiquée. Les traceurs utilisés sont détaillés dans la figure 5.

Cet examen était normal chez 3 patients (7%) et a révélé 88 glandes pathologiques chez 36 patients (figure 6).



Figure 5 : traceurs utilisés

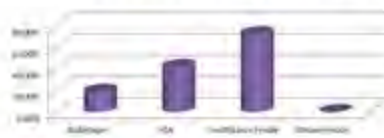


Figure 2 : ATCD médicaux

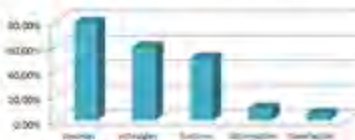


Figure 4 : signes ostéoarticulaires

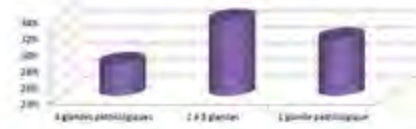


Figure 6 : données de la scintigraphie

10 patients ont eu une parathyroïdectomie (PTX) partielle. 29 patients ont eu une PTX subtotala (7/8). Une étude histologique a été effectuée pour toutes les glandes excrées. Au total 156 sites glandulaires ont été explorés chez nos patients. La sensibilité et la spécificité de la scintigraphie sont détaillées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Valeur diagnostique de la scintigraphie

|    | 1   | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| SP | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| SN | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

## DISCUSSION:

On peut dire que l'objectif de l'imagerie parathyroïdienne est de localiser la glande pathologique, de s'assurer qu'elle est unique, de fournir cette information avec une valeur prédictive de 100%, de sorte qu'elle ne puisse conduire à un échec chirurgical. Les parathyroïdes sont d'exploration difficile : elles n'ont pas de traceur spécifique et sont masquées par la thyroïde. Le but de l'examen est donc de faire disparaître la thyroïde, pour ne visualiser que les parathyroïdes.

Il existe deux protocoles :

\* Technique de soustraction : Permet de réaliser à quelques minutes d'intervalle, des images de l'aire cervicale et médiastinale au thallium 201 (se fixant sur la thyroïde et les parathyroïdes) puis au technétium 99m (se fixant uniquement sur la thyroïde).

\* Technique en double phase : Elle utilise le 99mTc-MIBI, molécule vectrice lipophile associée à un marqueur radioactif, dont la rétention dans les tissus dépend du potentiel de membrane, du nombre et de la charge des mitochondries, de la vascularisation locale. Elle met à profit une différence de clearance du traceur entre les deux organes, habituellement plus lente pour la parathyroïde que pour la thyroïde.

Plusieurs études ont montré la supériorité du traceur 99mTc-MIBI, Il existe une bonne corrélation entre la fixation du 99mTc-MIBI et le poids de la glande mais pas avec le type histologique. C'est la méthode d'imagerie la plus sensible dans l'hyperparathyroïdie.

## La sensibilité de la scintigraphie dans l'HPTP:

| Étude                 | Sensibilité |
|-----------------------|-------------|
| Elkorbi et al. (2013) | 100%        |
| Arakli et al. (2012)  | 100%        |
| Aloufi et al. (2011)  | 100%        |
| Mohamed et al. (2010) | 100%        |
| Mohamed et al. (2010) | 100%        |
| Vulpo et al. (2009)   | 100%        |
| Notre étude           | 100%        |

## dans l'HPTS:

| Étude                 | Sensibilité |
|-----------------------|-------------|
| Mohamed et al. (2010) | 100%        |
| Amouri et al. (2011)  | 100%        |
| Sakran et al. (2010)  | 100%        |
| Piri et al. (2010)    | 100%        |
| Vulpo et al. (2009)   | 100%        |
| Notre étude           | 100%        |

**CONCLUSION :** La scintigraphie constitue l'imagerie de première intention, car elle a une haute valeur prédictive positive lorsqu'il montre des images concordantes.



# Une association rare : névrite optique rétrobulbaire et polyarthrite rhumatoïde

S. Miladi, Dh. Kaffel, I. Cherif, W. Hamdi, I. Zouch, M.M. Kchir  
Service de rhumatologie, institut Mohamed Kassab d'orthopédie

## Introduction :

- ❖ La névrite optique rétrobulbaire (NORB):
  - Inflammation du nerf optique qui peut causer une perte partielle ou complète de la vision
  - L'atteinte se situe en arrière du globe oculaire
- ❖ Diverses atteintes neurologiques décrites au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR)
  - NORB au cours de la PR = Association exceptionnelle

## Observation:

- ❖ Patiente âgée de 65 ans, suivie pour PR séropositive et érosive évoluant depuis 6 ans.
- ❖ Diagnostic de PR retenu selon 5 critères de l'ACR 1987.
- ❖ PR évoluait bien sous 12,5mg/semaine de methotrexate, en rémission depuis 8 mois.
- ❖ Au cours de son suivi: aucune manifestation extra-articulaire.
- ❖ Examen ophtalmologique initialement normal.
- ❖ **Brutalement** : baisse bilatérale de l'acuité visuelle rapidement progressive.
- ❖ Examen ophtalmologique (avec champ visuel et potentiel évoqué visuel) = **NORB**.
- ❖ Evolution favorable sous corticothérapie par voie orale après un recul de 5 mois.

## Discussion:

- ❖ La PR est un rhumatisme inflammatoire chronique fréquent qui s'accompagne rarement de manifestations neurologiques à type de mononévrite.
- ❖ La névrite optique est une affection inflammatoire, aiguë ou non, uni- ou bilatérale, touchant le nerf optique (nerf crânien II). Lorsque l'atteinte du nerf optique se situe dans sa portion orbitaire, la névrite est dite rétrobulbaire.
- ❖ Cliniquement: une diminution de l'acuité visuelle, plus ou moins complète, douleurs rétro-oculaires de l'oeil atteint, dyschromatopsie, scotome central.
- ❖ Étiologies de la NORB: sclérose en plaque, intoxication alcoolotabagique, infections, certaines maladies inflammatoires auto-immunes surtout le syndrome de Gougerot.
- ❖ La NORB en association à la PR a été rarement rapportée dans la littérature [1,2].
- ❖ Principalement, 2 hypothèses ont été émises quant à l'explication de cette association:
  - Un syndrome de Gougerot associé pourrait être à l'origine de la NORB et même en l'absence de manifestations cliniques [3], ce qui n'est pas le cas de notre patiente.
  - Ou un effet indésirable du methotrexate [4] ce qui n'est pas le cas de notre patiente.

## Références:

- [1] P. Rapoport et al. Une neuropathie optique bilatérale révélatrice d'un syndrome de Gougerot-Sjögren primitif. J. Fr. Ophtalmol. 1997.
- [2] Chen YH et al. Optic neuritis as the first manifestation of rheumatoid arthritis. J Neuroophthalmol 2008
- [3] Kadota Y et al. Primary Sjögren's syndrome initially manifested by optic neuritis: MRI findings. Neuroradiology. 2002.
- [4] Balachandran C et al. Methotrexate-induced optic neuropathy. Clin Experiment Ophthalmol. 2002.

## Conclusion :

Devant une baisse rapide de l'acuité visuelle un examen ophtalmologique doit être rapide. L'association de **PR** et **NORB** est très rare. Toutefois devant la gravité de l'atteinte oculaire et le **risque de cécité** ce diagnostic doit être évoqué et une corticothérapie doit être instaurée sans retard.



# Influence des paramètres sociodémographiques sur la perception de la fatigue au cours des Rhumatismes Chroniques : Etude monocentrique de 200 cas

Cherif I, Hamdi W, Zouch I, Kaffel D, Kchir MM  
Service de Rhumatologie-Institut Kassab

## INTRODUCTION :

La fatigue est un symptôme fréquent au cours des Rhumatismes Chroniques qu'ils soient de type dégénératif ou inflammatoire.

L'objectif de notre travail était de déterminer les principaux facteurs sociodémographiques influençant la perception de la fatigue au cours des Rhumatismes Chroniques.

## PATIENTS ET METHODES :

Etude transversale sur une période de 1 an ayant colligé 70 patients atteints de Polyarthrite Rhumatoïde (PR) (ACR 87), 50 cas de Spondyloarthrite (SA) (New York modifiés), 40 cas de lombalgie commune et 40 cas de gonarthrose primitive. La fatigue a été évaluée par le score de Chalder. C'est une échelle à 14 items offrant une évaluation bidimensionnelle de la fatigue : somatique et mentale. La cotation de chaque item est binaire (0=non, 1=oui). Le score de fatigue varie de 0 à 14. Un score supérieur à 4 témoigne d'un état de fatigue avéré. Une étude analytique a été menée afin de déterminer les facteurs influençant la fatigue au cours de ces différents rhumatismes.

## RESULTATS :

❖N=200:

PR: 70 cas

SA: 50 cas

lombalgie commune : 40 cas

Gonarthrose primitive:40 cas I

❖Age moyen= 49,4 ans.

Statut civil

30 % étaient célibataires, 63,5% étaient mariés et 6,5 % étaient veufs ou divorcés.

Niveau socio économique et niveau d'étude

Faible dans 42,5 % des cas, moyen dans 41 % des cas et élevé dans 16,5 % des cas. 28 % des patients étaient analphabètes.

Milieu de vie:

36,6 % habitaient en milieu rural alors que 64,4 % habitaient en milieu urbain.

Assurance médicale et profession:

75 % avaient une assurance médicale. 63,5 % étaient sans profession.

Evaluation de la fatigue:

Le score de fatigue globale était de 11,4. Le score de fatigue somatique était de 4 et le score de fatigue mentale était de 3,7 en moyenne.

Etude analytique: (Tableau 1)

L'étude analytique a montré une corrélation significative entre le sexe féminin et le score de fatigue somatique et le score global de la fatigue. Le niveau socioéconomique, le milieu de vie, le niveau d'étude, la couverture sociale, le statut matrimonial et la profession n'avaient pas d'influence sur la fatigue. Cependant, la nature du rhumatisme influençait significativement la perception de la fatigue quand il s'agit d'une lombalgie commune.

## CONCLUSION ET DISCUSSION:

D'après notre étude le principal facteur sociodémographique influençant la fatigue était le sexe féminin. La fatigue serait plus intense chez les femmes lombalgiques comparativement avec les femmes atteintes d'autres Rhumatismes Chroniques.

Dans une étude Brésilienne portant sur 1492 patients atteints de spondyloarthrite, la fatigue était significativement corrélée avec le sexe féminin [1]. Dans une autre série portant sur 569 patients atteints de lombalgie commune, 70% souffraient de fatigue et étaient en majoritairement des femmes[2].

|                   | Sexe                          | NSE         | Niveau d'étude | Milieu de vie | Couverture sociale | Statut matrimonial | Profession  | PR          | SA          | Lombalgie   | Gonarthrose |
|-------------------|-------------------------------|-------------|----------------|---------------|--------------------|--------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Fatigue globale   | p=0,0<br>15<br>H=6,9<br>F=8,1 | p=0,9<br>77 | p=0,7<br>08    | p=0,9<br>08   | p=0,8<br>91        | p=0,9<br>76        | p=0,2<br>24 | -           | p=0,8<br>50 | -           | p=0,6<br>73 |
| Fatigue somatique | p=0,0<br>02<br>H=5,2<br>F=6,1 | p=0,3<br>78 | p=0,5<br>66    | p=0,3<br>87   | p=0,4<br>36        | p=0,8<br>41        | p=0,1<br>68 | p=0,3<br>41 | p=43<br>8   | p=0,0<br>09 | p=0,4<br>85 |
| Fatigue mentale   | p=0,2<br>08                   | p=0,8<br>74 | p=0,8<br>89    | p=0,9<br>15   | p=0,9<br>58        | p=0,8<br>15        | p=0,1<br>95 | p=0,2<br>49 | p=0,4<br>77 | p=0,2<br>50 | p=0,7<br>49 |

## Références:

[1] Bianchi WA et al. Mod rheumatol 2014

[2] Snelkeville H. Pain Med 2014.



# Profil étiologique et impact fonctionnel et psychologique des douleurs neuropathiques du sujet âgé en milieu rhumatologique

Mohamed. Kotti (1) ; Rim. Akrouf (1) ; Mariem. Ezzeddine (1) ; Jihene. Aloulou (2) ; Samar. Bendjemaa (1) ; Sameh. Chouayekh (2) ; Héléa. Fourati (1) ; Othman. Amami (2) ; Soufiene. Baklouti (1)

Service de Rhumatologie, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie , (2) Service de Psychiatrie B, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

## INTRODUCTION :

La douleur neuropathique a une prévalence estimée autour de 8 % chez la personne âgée. Bien que les effets délétères de ce type de douleur soient évidents et bien rapportés dans la population générale, il manque encore des études épidémiologiques et des essais cliniques contrôlés, spécifiquement chez les plus de 65 ans .

L'objectif de notre étude est de mettre le point sur le profil étiologique et l'impact fonctionnel et psychologique de la douleur neuropathique du sujet âgé en milieu de rhumatologie.

## PATIENTS ET METHODES :

- Etude concernant 36 patients colligés au service de rhumatologie de CHU Hédi Chaker de Sfax Sur une période de 12 ans.
- Le score utilisé pour confirmer la douleur neuropathique : score DN4.
- Pour l'évaluation fonctionnelle , l'outil utilisé était le score SF36 dans ces deux volets : physiques ( physical component summary score : PCS) et mental ( Mental component summary score : MCS )
- Pour évaluer l'impact psychologique de la douleur chez ces patients on a utilisé le score Hospital Anxiety and Depression (HAD) et le score Geriatric depression scale (GDS).

## RESULTATS :

- Âge moyen : 71 ans [65-83]
- Sexe Ratio : F/H : 1.76
- Sept patients Diabétiques
- Douleur chronique chez tous les patients  
Moyenne : 190 jours .
- Signes cliniques :
  - Lombosciatiques : 83 %
  - Névralgies cervico-brachiales : 52 %
- Score Moyen de DN4 : 5.75 [ 4-10]
- **Etiologies :**

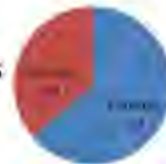


Fig 1 : Sex Ratio

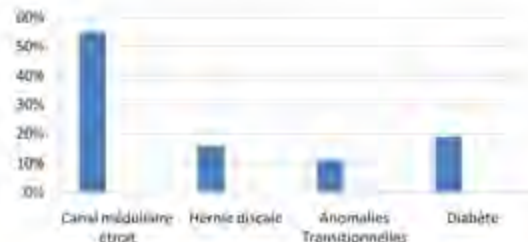


Fig 2 : Etiologies

## Impact Psychologique :

- ✓ GDS moyen : 13.47
- ✓ Syndrome dépressif : 25 % des patients
- ✓ Anxiété : 22.2 % des patients
- **Retentissement sur la qualité de vie :**
  - ✓ sur le plan physique : PCS moyen : 20.2
  - ✓ sur le plan mental : MCS moyen : 34

## DISCUSSION :

- De nombreuses pathologies en milieu de rhumatologie dont l'incidence est élevée au cours du vieillissement peuvent induire des douleurs neuropathiques ( diabète, radiculopathie)
- Le repérage de ce type de douleur reste quand même difficile chez un sujet qui tend à résigner que c'est normal de souffrir lorsqu'on vieillit (1)
- L'interrogatoire et l'examen clinique permettent d'obtenir des informations précieuses sur la douleur (localisation, l'intensité, les paroxysmes, les zones gâchettes)

- De nombreuses études (2) qui ont montré l'effet de la douleur neuropathiques sur les activités de vie quotidienne jusqu'à la perte de l'autonomie dans la gestion des tâches simples de la vie domestique et sociale
- L'anxiété et la dépression sont également très fréquemment associés à la douleur neuropathique surtout dans un contexte d'isolement ou de veuvage
- La notion de charge de la douleur « **burden of pain** » est également de plus en plus utilisée dans l'évaluation globale de l'impact de la douleur(3)

## CONCLUSION :

Notre étude a montré que la douleur neuropathique du sujet âgé, dont les étiologies sont dominées par les pathologies rachidiennes dégénératives , discales et diabétiques, a un impact important sur le qualité de vie de ces patients et aussi sur leur profil psychologique nécessitant une prise en charge pharmacologique et psychologique adéquate surtout avec le vieillissement de la population

## Bibliographie

(1) D'Almeida D, Alia N, Khatib H, et al. Consensus of pain syndromes associated with neuropathic pain and development of a new instrument for diagnostic confirmation (DN4). *Pain*. 2005;112(1):9-15. (2) Wessely DR, Bury TL, Murray L, Salzman L, Underhill G. Relationship between pain, psychological morbidity, and physical function in community-dwelling older adults with chronic low-back pain. *Arch Med*. 2004 Jun 14;164(12):1311-18. (3) von Kramon R, Schmitt A, Gansler AJ. Does ICA cross-sectional survey of back-related symptoms and treatment utilization in patients with postoperative herniated lumbar intervertebral discs? *Spine*. 2009;38(1):112-117.



# Profil de tolérance du Léflunomide au cours de la Polyarthrite Rhumatoïde

Mahmoud I, Cherif I, Saidane O, Tekaya R, Abdelmoula L

Service de Rhumatologie-Hôpital Charles Nicolle

## Introduction :

Le Léflunomide siège parmi les traitements de fond conventionnels de la Polyarthrite Rhumatoïde (PR). Il constitue une alternative thérapeutique intéressante en cas d'échec ou d'intolérance au Méthotrexate. L'objectif de notre travail était d'étudier le profil de tolérance du Léflunomide au cours de la PR.

## Patients et Méthodes :

Etude rétrospective monocentrique sur une période de 10 ans [2004-2014] portant sur tous les cas de PR ayant reçu le Leflunomide. Le profil de tolérance a été étudié.

## Resultats:

### Paramètres épidémiologique (Tableau 1):

|                 |               |
|-----------------|---------------|
| N               | 21            |
| F/H (sex-ratio) | 14/7 (2)      |
| Age moyen (ans) | 55,6 [24-82]  |
| Comorbidités    | 42,8% (9 cas) |
| Tabagisme       | 14,2% (3 cas) |

## Caractéristiques de la PR:

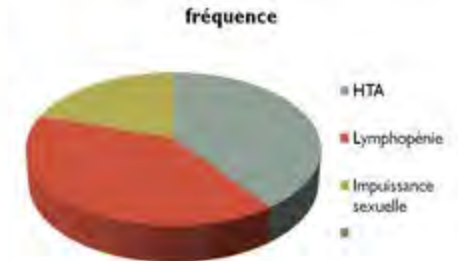
|  |                 |
|--|-----------------|
| Age de début (ans)                                   | 40,15 [17 - 71] |
| Ancienneté de la maladie au début du Leflunomide(an) | 6,7 [1 - 16]    |
| Nombre d'AD avant Leflunomide                        | 8,4 [4 - 13]    |
| Nombre d'AT  | 5,8 [0 - 10]    |
| HAQ  | 1,4 [1,2 - 1,7] |
| DAS 28   | 6,2 [3,9 - 8]   |
| VS (mm)  | 46,6 [6 - 93]   |
| CRP (mg/l)   | 25 [2,6 - 40]   |
| FR positif   | 95% (n = 20)    |
| ACPA positifs  | 14% (n=3)       |
| AAN positifs   | 9% (n=2)        |
| MEA  | 50%             |
| -ostéoporose: 5                                      | -SGS:1          |
| -Nodules rhumatoïdes:1                               | -               |
| -syndrome sec:4                                      | -               |

## Particularités thérapeutiques

|                                    |               |
|------------------------------------|---------------|
| MTX de première intention          | 95% (20 cas)  |
| Dose moyenne du MTX                | 15mg/semaine  |
| Dose de charge                     | 4% (1 cas)    |
| Corticothérapie                    | 100% (21 cas) |
| Dose moyenne de la corticothérapie | 12,5mg/j      |
| Association a d'autres DMARD's     | -             |

## Tolérance du Méthotrexate : (Graphique 1)

Effets indésirables: 23,8% des cas.  
Délai d'apparition=9,5 mois [1mois-3 ans].  
Critères d'imputabilité de la pharmacovigilance.



## Discussion et Conclusion :

Le Léflunomide est un traitement qui a prouvé son efficacité au cours de la Polyarthrite rhumatoïde. Sa tolérance est globalement satisfaisante [1]D'après notre étude, le profil de tolérance du Leflunomide parait bon. Les complications sont rares mais précoces et dominées par l'HTA.

### Références:

[1] Hassikou H et al. Rev Rhum 2008





# Syndrome de MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER rencontré en rhumatologie : à propos d'une observation.

S Zrour, L Mani, A Mhenni, M El Ayeb, G Moula, M Jguirim , M Younes, I Bejia, M Touzi, N Bergaoui

## Introduction:

Le syndrome de MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER se définit par une absence vaginale congénitale associée à un utérus rudimentaire avec des trompes et des ovaires normaux. Il touche une femme sur 4000 à 8000. Cette malformation génitale peut être isolée (type I), ou associée à d'autres malformations (type II ou syndrome de MURCS où on trouve une aplasie du vagin et de l'utérus, une aplasie rénale et une dysplasie cervico-thoracique).

## Observation:

Il s'agit d'une femme de 39 ans suivie en endocrinologie pour une aménorrhée primaire où un bilan hormonal a été pratiqué revenu normal, les caractères sexuels secondaires étaient présents et de développement normal. Une IRM pelvienne a confirmé le diagnostic de syndrome de MRKH en montrant une aplasie utéro-vaginale incomplète avec un utérus rudimentaire nodulaire associé à un rein droit unique. La patiente a été adressée au service de rhumatologie pour impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche. Elle rapportait à l'interrogatoire l'installation depuis six mois d'une névralgie cervico-brachiale de trajet mal systématisé et d'horaires mécaniques avec une difficulté de mobilisation de l'épaule gauche. A l'examen physique, elle présentait une petite taille (1,55m), la mobilité de l'épaule gauche était douloureuse et limitée seulement en actif avec des tests de conflit et des tests tendineux positifs. Le rachis cervical était raide avec des signes de conflit disco radiculaire sans signes d'atteinte neurologique. Le bilan radiologique a montré la présence d'un bloc vertébral C6-C7 avec une discopathie étagée. L'échographie a conclu à une tendinopathie de la coiffe des rotateurs. L'évolution a été marquée par l'amélioration de ses douleurs après un bolus de corticoïdes et une infiltration de l'épaule atteinte.

## **Bloc vertébral C6-C7**



## Discussion:

Le syndrome de MRKH représente 90% des absences vaginales congénitales. Il touche en moyenne une femme sur 5000 et est représenté par l'absence d'utérus, de vagin avec des ovaires, des trompes, des caractères sexuels secondaires et un caryotype normal.

Il existe deux formes de syndrome : un typique et l'autre atypique pour lequel on retrouve d'autres anomalies associées qui portent principalement sur le haut appareil urinaire dans 30 à 40% des cas, des anomalies osseuses dans environ 10% des cas, des problèmes de surdité dans 10 à 20% des cas.

Le principal signe clinique est une aménorrhée primaire avec à l'examen clinique un orifice vaginal surmonté d'une cupule peu profonde poussant à demander des examens complémentaires la plupart non invasifs comme une échographie pelvienne et une imagerie par résonance magnétique. La coelioscopie permet la confirmation du diagnostic et l'évaluation du degré de l'aplasie utéro-vaginale.

Le pronostic vital n'est jamais mis en cause mais ces patientes sont très affectées par le fait qu'elles ne porteront jamais d'enfants. L'atteinte psychologique peut être très importante pouvant donner naissance à des troubles graves d'ordre psychique avec des manifestations dépressives.

le plus souvent il faut un traitement pour créer un vagin artificiel de manière à rendre les rapports sexuels possibles. Chaque technique a ses avantages et ses inconvénients et il est vain d'affirmer que l'une est supérieure aux autres. La méthode de FRANK doit toujours être tentée si l'ébauche vaginale le permet et si la patiente n'est pas pressée. La mise en oeuvre de ces traitements doit s'accompagner d'un soutien psychologique.

Quant au problème de la fertilité il faut préciser que les ovaires fonctionnent tout à fait normalement et depuis le début des techniques de procréation médicalement assistée, il est possible pour ces couples d'avoir leur propre enfant génétique. En effet il y a plusieurs cas où cela a été rendu possible aux USA après stimulation ovarienne, prélèvement d'ovocytes par coelioscopie, fécondation in vitro avec sperme du conjoint et transfert d'embryons chez une mère porteuse (le premier succès a été rapporté en 1985 à l'hôpital de PENNSYLVANIE).

## Conclusion:

Les anomalies osseuses associées au syndrome de MRKH sont estimées à 10-12%. Ces atteintes peuvent être à l'origine d'une gêne fonctionnelle importante à type de radiculalgies ou des troubles de la statique rachidienne à type de scoliose, ce qui fait que ce syndrome nécessite une prise en charge multidisciplinaire dans le domaine de la gynécologie, la rhumatologie, l'urologie et même une prise en charge psychiatrique.

# Intérêt de l'infiltration épidurale de corticoïdes dans la lombosciatique commune

**Chammakhi.M ;Boussaid.S ;Jradi.S; Rekik.S ;Cheour.E ;Sahli.H ;Elleuch.M**

## Introduction:

La lombosciatique (LS) commune est un motif de consultation très fréquent en rhumatologie. Bien que les étiologies diffèrent entre elles, le recours aux infiltrations épidurales de corticoïdes présente un des piliers du traitement. Nous nous sommes proposés d'évaluer l'évolution immédiate en post-infiltration en fonction de l'étiologie de la lombosciatique.

## Matériel et méthode:

Etude rétrospective incluant 34 malades hospitalisés à notre service en vue d'infiltration épidurale de corticoïdes d'une lombosciatique commune. Pour tous les patients nous avons évalué le syndrome rachidien (raideur du rachis, l'indice de schöber, la distance doigts sol) et le syndrome radiculaire (le signe du Lasègue, le déficit moteur ou sensitif) avant les infiltrations et après.

## Résultats:

Il s'agit de 34 patients dont 15 hommes et 19 femmes (sexe ratio H/F : 1,26) ; d'âge moyen 62,9 ans [22 à 87 ans]. Leur plainte était une lombosciatique évoluant depuis une moyenne de 15 mois [2mois à 10ans]; 17 cas de lombosciatique L5, 12 cas de lombosciatique S1 et 5 cas avaient un trajet mal systématisé.

18 patients (soit 52,9 %) ne disposaient que d'une radiographie standard du rachis lombaire et du bassin, 9 patients (soit 26,4%) ont eu une Tomodensitométrie du rachis lombaire et 8 patients (soit 23,5%) ont bénéficié d'une IRM du rachis lombaire. Les anomalies radiologiques montrent qu'il s'agit dans 35,2% des cas d'une discopathie de l'étage L4L5 ou L5S1, dans 47% des cas d'une hernie discale conflictuelle avec la racine L5 ou S1, dans 11,7% des cas d'un canal lombaire (CLE) étroit et dans 5,8% des cas d'un rachis dégénératif. On a procédé à une série de 3 infiltrations épidurales un jour sur deux pour tous les patients. Au 6ème jour une évaluation de l'état des patients a été faite : 75% des patients ayant une discopathie ont présenté une nette amélioration avec disparition des douleurs. Les 25% restants ont présenté une amélioration minimale. Pour la hernie discale conflictuelle, 68,75% une nette amélioration, 12,5% modérée et 3 patients soit 18,75% ont présenté une amélioration minimale. Concernant le CLE 50% des malades ont ressenti une nette amélioration, 25% des patients ont présenté une amélioration minimale et les 25% restant une amélioration modérée. Pour le rachis dégénératif l'amélioration a été nette dans 50% des cas et modérée chez les autres. Nous avons ainsi réalisé une étude statistique pour différencier l'intérêt des infiltrations épidurales selon l'étiologie de la lombosciatique et nous avons constaté que l'efficacité de ces dernières est comparable quelque soit l'étiologie.

## Conclusion:

Notre étude n'a pas objectivé de différence statistiquement significative lors du traitement par infiltration épidurale des LS quelque soit leur étiologie. L'amélioration immédiate post-infiltration n'est pas toujours obtenue. Tout de même, il est connu que la LS par hernie discale est la plus susceptible de guérir après infiltration sous réserve d'une durée d'évolution courte.



# PROFIL CLINICO-BIOLOGIQUE DE L'OSTÉOPOROSE SELON SON ÉTIOLOGIE: À PROPOS DE 53 CAS

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

## INTRODUCTION

L'ostéoporose est caractérisée par une fragilité osseuse, due à une diminution de la masse osseuse et à l'altération de sa micro-architecture. Elle est parfois diagnostiquée à l'occasion de ses complications fracturaires. Elle concerne plus de 30% des femmes ménopausées et près de 10% des hommes.

## OBJECTIFS

Déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, para-cliniques et biologiques d'une population atteinte d'ostéoporose.

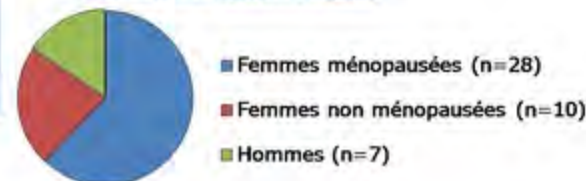
## MATERIELS ET METHODES

Etude rétrospective (2009 à 2014) sur 53 patients atteints d'ostéoporose.

## RESULTATS :

- 38 femmes et 7 hommes
- L'âge moyen est de 58,49 ans
- L'âge moyen pour les femmes est de 56,73 ans et pour les hommes 62,93 ans
- 28 femmes étaient ménopausées, avec un âge moyen de ménopause de 45,21 ans
- 10 patients ont avoués être tabagiques dont 9 hommes et 1 femme.

Classification épidémiologique



Tab1 : Classification selon le diagnostic

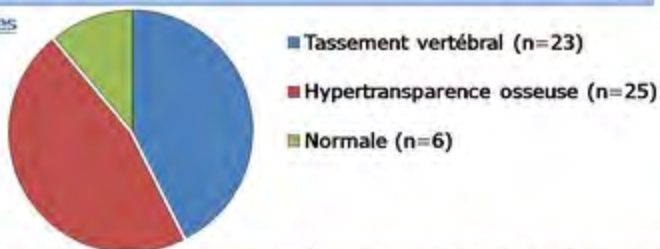
| PR (n) | SPA (n) | RIC (n) | LES (n) | Corticothérapie        |
|--------|---------|---------|---------|------------------------|
| 16     | 3       | 3       | 2       | N=24<br>Moy = 5,72mg/j |

Tab2 : Classification biologique

| Calcémie (moy en mg/l) | Phosphorémie (moy en mg/l) | PAL (moy en UI/l) | CRP (moy en mg/l) |
|------------------------|----------------------------|-------------------|-------------------|
| 94,22                  | 36,86                      | 91,58             | 13,79             |

- Sur la radiographie standard, les signes indirects étaient un tassement vertébral (23), une hypertransparence osseuse (25) et elle était normale dans 6 cas.
- 28 patients ont bénéficiés d'un traitement à base de Bisphosphonate, et 25 patients ont eu seulement une supplémentation vitamino-calcique.

Signes radiologiques



Tab3 : Classification ostéodensitométrique

|   | T-score pour le site lombaire | T-score pour le site fémoral |
|---|-------------------------------|------------------------------|
| Moyenne du T-score                        | -2,74 DS                      | -1,9 DS                      |
| T-score > -1,5 DS                         | n= 8                          | n= 20                        |
| T-score moyen pour le tassement vertébral | -3,2 DS                       | -2,38 DS                     |

## CONCLUSION

La principale complication de l'ostéoporose reste la survenue de fractures. La fracture secondaire à l'ostéoporose peut comporter un risque vital chez les personnes âgées.



# Arthrite septique : à propos de 25 cas

El Amri N, Ben Abdighani K, Abdelkafi I, Jemmeli S, Kassab S, Chkili S, Lattar A, Zakraoui L  
Service de rhumatologie Mongi Slim La Marsa

## Introduction :

L'arthrite septique est une véritable urgence diagnostique et thérapeutique. Son diagnostic peut être trompeur et l'isolement du germe est souvent difficile. Le but de cette étude est de décrire les aspects cliniques biologiques et bactériologiques des arthrites septiques dans un milieu rhumatologique.

## Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 25 cas colligés dans un service de rhumatologie. Le diagnostic est basé sur un faisceau d'arguments cliniques et para-cliniques.

## Résultats

- L'évolution de la maladie était aiguë dans 13 cas, subaiguë dans 5 cas, et chronique dans 7 cas.
- Les circonstances de découverte de la maladie étaient une fièvre dans 13 cas, une impotence fonctionnelle totale dans 13 cas et partielle dans 12 cas.
- Les signes inflammatoires locaux étaient notés dans 13 cas.
- Le syndrome inflammatoire biologique était présent dans 24 cas.
- Les radios standards montraient une destruction articulaire dans 10 cas.

| Facteurs favorisants        | n |
|-----------------------------|---|
| diabète                     | 5 |
| insuffisance rénale         | 3 |
| une polyarthrite rhumatoïde | 3 |
| leucémie aiguë              | 1 |
| insuffisance hépatique      | 1 |
| anti-TNF $\alpha$           | 1 |
| Corticothérapie générale    | 3 |
| geste intra-articulaire     | 2 |

- L'isolement du germe était possible dans 10 cas via une ponction articulaire (n=9), une biopsie synoviale (1 cas).
- L'arthrite septique était multifocale dans 6 cas et associée à une spondylodiscite infectieuse dans 2 cas

| Germe                      | n |
|----------------------------|---|
| staphylocoque              | 8 |
| mycobacterium tuberculosis | 2 |
| pyocyanique                | 1 |
| streptocoque               | 1 |
| E.Coli                     | 1 |

- Tous les patients ont bénéficié d'une antibiothérapie bactéricide.
- Des lavages articulaires ont été réalisés dans 7 cas.
- Un drainage chirurgical était nécessaire dans 5 cas
- L'évolution était défavorable dans 5 cas avec survenue de 2 décès dans un tableau de septicémie, de complications du décubitus dans 2 cas et de récurrence de l'arthrite dans un cas.

## Discussion:

- L'arthrite septique est favorisée par l'âge avancé, le diabète, la polyarthrite rhumatoïde, l'immunodépression et par une arthropathie préexistante
- Le principal germe incriminé est *Staphylococcus aureus*, qui est responsable d'environ 40 à 60 % des cas. Il est le plus souvent en cause chez les patients atteints de PR et chez ceux souffrant d'une arthrite septique polyarticulaire, viennent ensuite les streptocoques divers et les bacilles gram négatif.
- L'infection par le *M.tuberculosis* reste fréquente en Tunisie.

## Conclusion :

L'arthrite septique est une infection grave survenant généralement sur un terrain d'immunodépression. Le germe le plus incriminé dans notre série est le staphylocoque. L'isolement du germe peut s'avérer difficile dans certains cas.



# Atteinte hématologique au cours de la Polyarthrite Rhumatoïde : Etude monocentrique de 100 cas

Saidane O, Cherif I, Mahmoud I, Tekaya R, Sahli H, Abdelmoulla L, Zouari R  
Service de rhumatologie Hôpital Charles Nicolle

## INTRODUCTION :

La polyarthrite Rhumatoïde constitue le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent. Elle peut s'associer à diverses anomalies hématologiques. Ces troubles relèvent souvent des manifestations systémiques de la PR ; mais peuvent également être en rapport avec des troubles d'ordre auto-immun, iatrogène ou autre.

Le but de ce travail est de déterminer les différents types d'atteinte hématologique au cours de la PR et de préciser son impact thérapeutique

## PATIENTS ET METHODES :

Etude rétrospective monocentrique sur une période de 11 ans [2004-2014] ayant inclus les patients atteints de PR (critères ACR 87). La présence d'anomalie hématologique a été relevée. Le type de l'atteinte hématologique ainsi que son impact sur la prise en charge thérapeutique de la PR ont été analysés.

## CONCLUSION :

Notre série montre que l'atteinte hématologique n'est pas rare au cours de la PR. Elle est variée mais dominée par l'iatrogénie. Son impact thérapeutique nécessite une collaboration entre hématologues et rhumatologues.

## RESULTATS :

### Population d'étude:

- ❖ N=100
- ❖ Age moyen=54,9 ans.
- ❖ Sexe ratio F/H = 2,3.

### Caractéristiques de la PR:

- ❖ Durée d'évolution= 11,2 ans.
- ❖ DAS28 moyen= 6.

### Caractéristiques du groupe ayant une atteinte hématologique:

| N                 | n               |
|-------------------|-----------------|
| Sex-ratio F/H     | 2,6             |
| Âge moyen         | 52 ans [32-64]. |
| Durée d'évolution | 8,7 [1-22] ans  |
| FR positif        | 11              |
| ACPA positif      | 5 cas           |
| AAN positifs      | 3 cas           |
| DAS28             | 5 [2,2-6,4]     |
| HAQ               | 1,2 [0,6(1,7)]  |

### Type d'atteinte hématologique:

-Iatrogène: 4 cas. Le mode de révélation était alors à type de lymphopénie dans 1 cas, leuconéutropénie dans 3cas et anémie dans 1 cas.

-Maladie de Vaquez (n=1)  
-Maladie de Biermer (n=1),  
-Maladie de Willebrand (n=1)  
-MGUS (n=1),  
-Drépanocytose homozygote (n=1),  
-Hyperéosinophilie essentielle (n=1),  
-Association de maladie de Hodgkin et syndrome de Felty incomplet (n=1),  
-Syndrome de Felty complet (n=1).  
L'atteinte hématologique était inaugurale dans 1 cas, elle précédait la PR dans 4 cas et elle apparaissait après un délai moyen de 7,3 ans [6-9] dans 3 cas.

Le mode de révélation était à type de syndrome anémique clinique dans 1 cas, syndrome d'hyperviscosité dans le cadre d'une maladie de Hodgkin dans 1 cas et de façon fortuite sur un bilan biologique dans 6 cas.



# Evolution des tumeurs brunes après parathyroïdectomie : à propos d'un cas

M Jguirim, L Mani, A Mhenni, M El Ayeb, G Moula, S Zrou, M Younes, I Bejia, M Touzi, N Bergaoui.

## Introduction:

Les tumeurs brunes sont des lésions ostéolytiques rarement révélatrices des hyperparathyroïdies. Elles surviennent habituellement au stade terminal de l'hyperparathyroïdie primaire ou secondaire et elle est le résultat direct de l'action de la parathormone sur la trame osseuse. Nous rapportons un cas intéressant de multiples tumeurs brunes à localisation diffuse et nous insistons sur l'évolution de ces tumeurs après parathyroïdectomie.

## Observation:

Il s'agit d'une femme âgée de 63 ans aux antécédents de HTA, et de diabète, hospitalisée il y a trois ans, pour hyperparathyroïdie associée à des douleurs osseuses diffuses. Elle présentait des tassements vertébraux et une fracture de la branche ischio-pubienne gauche avec une ostéoporose fracturaire à la densitométrie (T-score rachis à -2,9 DS et col du fémur à -4,6 DS).

La radiographie du thorax a révélé la présence de multiples opacités denses et homogènes suspectes. Une hyperfixation multiple au niveau des os longs, des côtes, des mains et des pieds à la scintigraphie osseuse. Le scanner thoraco-abdominal a montré des multiples lésions multifocales intéressant les côtes et le bassin avec présence d'un grand calcul lombaire compliqué d'une urétérohydronephrose droite ( la fonction rénale était normale). La biopsie costopariétale a montré la présence d'un tissu fibreux comportant des cellules géantes de type ostéoclastique en faveur d'une tumeur brune. L'échographie cervicale et la scintigraphie MIBI ont confirmé la présence d'un nodule parathyroïdien gauche. Le diagnostic d'une hyperparathyroïdie primitive a été posé. Elle a bénéficié d'une parathyroïdectomie inférieure gauche et d'une néphrectomie droite (rein non fonctionnel à la scintigraphie au DMSA), l'analyse anatomo-pathologique était en faveur d'un adénome parathyroïdien.

Après trois ans d'évolution, le bilan phosphocalcique était normal avec une amélioration densitométrique (T-score rachis -0,9 DS et col fémur -2,5 DS). Elle a présenté une douleur thoracique avec dyspnée modérée et un scanner fait a montré la persistance des mêmes lésions avec la même taille surtout au niveau costal qui sont à l'origine de sa symptomatologie.

**Discussion:** Il est exceptionnel qu'une tumeur brune soit le premier et le seul témoin de l'hyperfonctionnement parathyroïdien, l'incidence de ces lésions rapportée il y a une vingtaine d'années était de 1,5 à 1,7% dans l'hyperparathyroïdie secondaire et de 3% dans l'hyperparathyroïdie primaire.

Cliniquement, les symptômes causés par ces lésions dépendent de la taille du processus et de sa localisation. La lésion peut être asymptomatique et le diagnostic est fait fortuitement suite à un examen radiologique systématique.

Radiologiquement, la tumeur brune se manifeste par une ostéolyse non spécifique pouvant prendre plusieurs aspects. L'aspect le plus commun est celui d'une lyse osseuse monogéodique ou multiloculaire à limites non précises entraînant une soufflure des corticales voire leur rupture, le scanner révèle une masse de densité tissulaire, prenant le produit de contraste, mais qui n'envahit pas les tissus mous et aucune réaction périostée n'est remarquée.

Les radiographies standards du squelette sont demandées à la recherche d'autres localisations, des lithiases rénales ou une néphrocalcinose.

La tumeur brune fait partie des lésions à cellules géantes des maxillaires regroupant en outre, la tumeur à cellules géantes vraie (ancienne tumeur à myélopaxes), le granulome réparateur central à cellules géantes GRCCG, et le kyste anévrysmal.

Dans une étude rétrospective à propos de 32 lésions osseuses à cellules géantes durant 20 ans, sept étaient localisées dans la région de la tête et du cou, quatre granulomes réparateurs à cellules géantes, trois étaient des tumeurs à cellules géantes vraies, ce qui illustre le caractère exceptionnel de la tumeur brune.

L'évolution des tumeurs brunes après la parathyroïdectomie est variable en fonction de leur composition. La plupart des auteurs, croient que la régression spontanée de ces lésions est possible après la correction de l'hyperparathyroïdie, avec remplacement des lésions osseuses en un tissu osseux normal.

Selon certains auteurs, la disparition complète de la lésion est retrouvée six mois après le traitement de l'hyperparathyroïdie. Cependant, certains, ont rapporté que la régénération osseuse spontanée peut durer plusieurs années.

Dans les cas où les lésions sont extensives ou largement destructives, affectant la fonction de l'organe, les dommages tissulaires engendrés ne peuvent être réparé malgré l'obtention d'une normo calcémie. Dans ces situations, ou lorsque les lésions persistent après le traitement de l'hyperparathyroïdie, ou lorsqu'elles continuent à croître malgré le contrôle hormonal, Yamazaki (Keyser JS, Postma GN. Brown tumor of the mandible. Am J Otolaryngol. 1996;17:407-410) recommande le curetage de la tumeur et son énucléation.

Pour Cicconetti (Cicconetti A, Matteini C, Piro FR. Differential diagnosis in a case of brown tumor caused by primary hyperparathyroidism. Minerva Stomatol. 1999;11:553-558), la première étape est l'exérèse chirurgicale de la tumeur afin de stopper la destruction osseuse, suivie d'une seconde intervention, la parathyroïdectomie, visant la suppression de la sécrétion de la parathormone

**Conclusion:** L'évolution des tumeurs brunes après la parathyroïdectomie est variable en fonction de leur composition, la régression spontanée n'est pas toujours la règle, même après normocalcémie, d'où la nécessité d'un suivi prolongé de ces tumeurs.



Figure1: multiple opacités denses suspectes à la radiographie

Figure 2: Lésion costale mixte suspecte au scanner