

LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE DE STILL DE L'ADULTE DANS UN SERVICE DE RHUMATOLOGIE

Feki A, Akrouf R, Ezzeddine M, Masmoudi K, Mnajja MA, Hachicha I, Fourati H, Baklouti S
Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax

Introduction

La maladie de still de l'adulte est une maladie systémique inflammatoire rare d'étiologie inconnue. Elle se traduit classiquement par une triade fièvre hectique, une arthrite et une éruption cutanée évanescence. Elle constitue un diagnostic d'élimination surtout, après avoir éliminé les causes infectieuses. Ainsi son diagnostic repose sur un ensemble de critères et sa prise en charge est non encore codifiée. Le but de cette étude est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques ainsi que le traitement de cette affection du sujet jeune.

Patients et méthodes

étude rétrospective étalée sur une durée comprise entre Janvier 1995 et Juin 2015 colligeant 11cas de maladie de still de l'adulte. Tous nos malades répondent aux critères diagnostiques de Yamaguchi.

RESULTATS

Epidémiologie

sex-ratio F/H = 2,66 (8/11)

L'âge moyen de début : 31 ans 3 mois (17-60 ans) .

Antécédents

RAA: 2cas

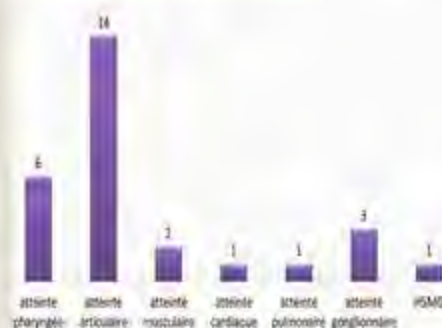
Arthrite juvénile: 0 cas.

Clinique

Signes fonctionnels



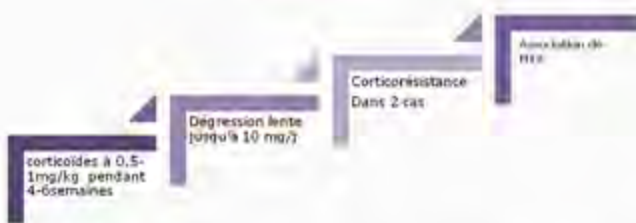
Les atteintes systémiques



Biologie



Traitement



Discussion

- La MS a été décrite chez l'enfant à la fin du 19eme siècle par le pédiatre George Fredric Still avant qu'une forme similaire chez l'adulte ne soit distinctement individualisée par Bywaters au début des années 1970[1]
- Elle intéresse plus souvent les femmes que les hommes avec un âge de début entre 16 et 35 ans
- La triade classique (fièvre -arthrite-éruption) est évocatrice en l'absence d'autres maladies générales ou systémiques, infectieuses, néoplasiques ou d'une hémopathie.

- Ils s'agit d'un diagnostic d'exclusion faisant toute la difficulté de la p.e.c [2]
- Pour la p.e.c de la MSA la corticothérapie à forte dose est le ttt de référence. La décroissance est lente, étalée sur plusieurs mois mais des risques de rechute ou de corticodépendance concernant la moitié des patients [3]
- Le MTX doit être proposé dans un but d'épargne cortisonique[4]
- Dans l'ordre chronologique, les agents bloquant le TNF- ,l'anakinra et l'anti-IL-6 (tocilizumab) ont été administrés aux patients atteints de MSA, le plus souvent réfractaire aux traitements de première ligne et à un anti-TNF- pour les deux derniers. [5]

CONCLUSION

La maladie de still de l'adulte reste un diagnostic d'élimination pouvant être retardé par une présentation clinique atypique. Elle est caractérisée par plusieurs formes évolutives à pronostics différents. Le traitement reste empirique reposant sur la corticothérapie ou le méthotrexate, et dans les cas réfractaires sur les agents biologiques

Bibliographie

- [1] Bywaters EG Still's disease in the adult. Ann Rheum Dis 1971;30:121-33
- [2] Masson C, LeLoet L, Liote F, Renou P, Dubost B, Boissier MC, et al. Adult Still's disease: part I. Manifestations and complications in sixty-five cases in France. Rev Rhum Engl Ed 1995;62:748-57
- [3] Masson C, LeLoet L, Liote F, Renou P, Dubost B, Boissier MC, et al. Adult Still's disease: part I. Manifestations and complications in sixty-five cases in France. Rev Rhum Engl Ed 1995;62:758-65
- [4] Fautrel B, Borget C, Rozenberg S, Meyer O, LeLOET X. Corticoidsteroid sparing effect of low dose MTX treatment Adult Still's disease J Rheumatol 1999;26:373-8
- [5] Ortiz-Sanjuán F, Blanco R, Calvo-Río V, Narvaez J, Rubio Romero E, Olivé A, et al. Efficacy of tocilizumab in conventional treatment-refractory adult-onset Still's disease: multicenter retrospective open-label study of thirty-four patients. Arthritis Rheumatol 2014;66:1659-65.

Anti-TNF alpha et tuberculose: quel risque dans un pays endémique?

Toulgui E, Alaya Z, Baccouche K, Lataoui S, Belghali S, Amara N, Ben Smida I, Jamel A, Zeglaoui H, Bouajina E

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse

INTRODUCTION

Les anti-TNF ont amélioré considérablement le pronostic des rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC), mais le risque infectieux, notamment le réveil d'une tuberculose latente, représente leur principal risque. Ainsi, l'introduction d'un traitement par anti-TNF-alpha impose le dépistage et le traitement préalable d'une éventuelle tuberculose. Le but de ce travail est d'évaluer l'incidence des infections tuberculeuses latentes et patentes au cours des RIC traités par anti TNF alpha.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée en milieu rhumatologique ayant inclus 39 patients suivis pour un RIC et traités par anti-TNF alpha.

RESULTATS

Notre série a inclus 39 patients comportant 20 hommes et 19 femmes. Vingt étaient porteurs d'une polyarthrite rhumatoïde, 10 d'une spondyloarthrite et 9 d'une arthrite juvénile idiopathique (AJI). L'âge moyen était de 35,8 ans [8,64 ans] et la maladie évoluait en moyenne depuis 4,25 années [1-20 ans]. L'anti-TNFalpha utilisé était l'Infliximab (n = 22), l'Etanercept (n = 12) et l'Adalimumab (n = 5). Les traitements associés étaient: le méthotrexate dans 25 cas et l'Imurel dans 3 cas. Une corticothérapie orale à faible dose était prescrite chez 66 % des patients. Tous nos patients ont eu un bilan tuberculeux précédant la prescription de l'anti-TNF alpha incluant une radiographie du thorax, une l'intradermoréaction (IDR) à la tuberculine, une recherche de BK dans les crachats et les urines. Neuf patients avaient une IDR positive isolée et ont eu une chimio-prophylaxie par INH-rifampicine prescrite pendant 3 mois avec début de l'anti TNF alpha au moins 3 semaines après l'antibiothérapie. Un seul cas de tuberculose maladie a été observé au cours du traitement d'une AJI et il s'agissait d'une spondylodiscite tuberculeuse ayant évolué favorablement sous traitement antituberculeux.

DISCUSSION

Dans cette étude, 23% des patients ont reçu une antibioprofylaxie par l'association INH/RIF. La fréquence élevée de ce traitement préventif serait expliquée par la positivité de l'intradermoréaction (IDR) à la tuberculine. À l'avenir, les tests in vitro de diagnostic de la tuberculose permettront peut-être de mieux dépister les cas de tuberculose latente et de restreindre les indications du traitement antituberculeux.

CONCLUSION

En Tunisie, pays d'endémie tuberculeuse, la mise en route d'un traitement par anti TNF alpha impose une grande vigilance, d'autant plus que la contribution de l'IDR reste modeste du fait de la vaccination systématique. Le dosage du Quantiféron est d'une aide considérable dans cette situation.



Quelle imagerie au cours de la maladie osseuse de Paget

R.Alaya, Z.Alaya, D.Amri, Houneida Zaghouani *, K Baccouche, S belghali, H.Zeglaoui, E.Bouajina

Introduction :

La maladie osseuse de Paget (MOP) est une ostéodystrophie acquise bénigne caractérisée par un remaniement osseux excessif et anarchique pouvant affecter un ou plusieurs os. L'os pagétique est épaissi, allongé et déformé. La reconnaissance de quelques lésions radiologiques élémentaires permet de porter le diagnostic.

Matériels et méthodes:

Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur 25 cas de la MOP colligés dans un service de rhumatologie entre 1997 et 2014. Une interprétation des résultats de l'imagerie (radiographies standards, scintigraphie osseuse, tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique) a été réalisée.

Résultats:

- Age moyen= 65.5 ans
- Évolution=53.3 mois
- Forme polyostotique= 32%

Radiographies:

Condensation osseuse	Zone de transition os normal/os pathologique	dédifférenciation cortico-médullaire	Epaississement cortical	ostéolyse	déformation osseuse	Fracture vertébrale
88%	36%	56%	48%	12%	16%	12%

-IRM= 4 cas ; TDM= 8 cas

-Indications:

- Diagnostic différentiel avec une métastase osseuse
- Recherche de complications neurologiques ou articulaires

Scintigraphie osseuse:

- Hyperfixation dans tous les cas
- Révélatrice de lésions silencieuses dans 29.4% des cas

TDM

dédifférenciation cortico-médullaire	lésions mixtes lytiques et condensantes	épaississement de la corticale	aspect aréolaire	hypertrophie osseuse	condensation osseuse
75%	37.5%	25%	12.5%	12.5%	12.5%

Conclusion :

La sémiologie radiographique dans la MOP est caractéristique. La présence concomitante d'une hypertrophie osseuse, de déformation, de dédifférenciation cortico-spongieuse, de lésions ostéolytiques et condensantes de distribution mono- ou polyostotique, jamais diffuse est très évocatrice du diagnostic. L'imagerie était d'un apport important dans notre étude mettant en évidence des signes caractéristiques de la maladie chez 88% de nos patients.



Effacité des anti TNF alpha sur les coxites au cours des spondyloarthrites

Souissi MA, Alaya Z, Baccouche K, Toulgui E, Belghali S, Amara N, Ben Smida I, Jamel A, Zeglaoui H, Bouajina E.
Service de Rhumatologie, hôpital Farhat HACHED - Sousse

INTRODUCTION :

La survenue d'une coxite lors des spondyloarthrites (SpA) est un tournant décisif dans l'histoire de la maladie, engageant le pronostic fonctionnel. Depuis l'avènement des anti-TNF alpha, une amélioration du cours évolutif des coxites au cours des SpA est espérée. Nous nous proposons d'évaluer leur efficacité lors de cette atteinte.

PATIENTS ET METHODES :

Etude rétrospective portant sur 14 patients suivis pour une SpA compliquée de coxite : 11 SpA avec atteintes axiale et périphérique et 3 SpA associés à un psoriasis. Tous les patients étaient mis sous anti TNF alpha.

RESULTATS :

Notre étude a comporté 12 patients de sexe masculin et 2 de sexe féminin avec un âge moyen de 31,2 ans. La coxite était bilatérale dans 11 cas, unilatérale dans les 3 autres cas. L'étanercept était l'anti-TNF alpha le plus utilisé, dans 9 cas, l'adalimumab chez 3 patients et l'infliximab dans 2 cas. L'évaluation faite à 12 mois en moyenne après la première administration de l'anti TNF alpha a montré une diminution du BASDAI d'au moins 40%. L'évaluation clinique a noté une amélioration de la mobilité des hanches dans 7 cas et une diminution de l'indice algofonctionnel de Lequesne à moins de 11 points chez 3 patients (21,4%). Les radiographies du bassin ont montré une stabilisation des lésions chez 10 de nos patients. En revanche, une aggravation de la coxite a été observée pour 4 malades nécessitant le recours à la chirurgie prothétique.

Conclusion:

Les coxites compliquent fréquemment les SpA au Maghreb et en constituent des éléments de mauvais pronostic. Les anti-TNF alpha ont constitué une avancée majeure pour le traitement de cette pathologie mais leur efficacité sur l'atteinte des hanches est encore discutée. Néanmoins, ces biothérapies semblent permettre une stabilisation des lésions et éviter l'aggravation de la coxite dans notre série.



Efficacité et tolérance des biothérapies au cours de la polyarthrite rhumatoïde: à propos de 44 cas

Lataoui S, Alaya Z, Baccouche K, Souissi MA, Belghali S, Amara N, Ben Smida I, Jamel A, Zeglaoui H, Bouajina E.
Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse.

INTRODUCTION : L'avènement des biothérapies a révolutionné la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Notre étude a pour but d'évaluer l'efficacité et la tolérance des biothérapies au cours de la prise en charge des patients suivis pour une PR.

PATIENTS ET METHODES : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 44 patients ayant une PR, colligés en milieu rhumatologique entre 1998 et 2015 et traités par biothérapie. Les différents paramètres clinico-biologiques et thérapeutiques ont été relevés à partir des dossiers médicaux à différents moments : J0, 3 mois, 6 mois et 12 mois avec calcul du delta DAS 28 et évaluation de la réponse selon les critères d'efficacité de réponse EULAR.

RESULTATS : Il s'agit de 36 femmes et 8 hommes, âgés d'une moyenne de 45,75 ans (20 - 64), présentant une PR depuis 8,7 ans en moyenne. L'instauration d'une biothérapie a été initiée après un suivi de 5,29 ans en moyenne (4 mois à 20 ans). Les indications de passage à la biothérapie étaient la **non amélioration sous doses adéquates de DMARDs** dans 72,7 % des cas, une intolérance digestive dans 18,1% des cas et une contre-indication au traitement à type de fibrose pulmonaire ou rénale aux DMARDs dans les cas restants.

- Sous **rituximab** : une réponse bonne à modérée a été obtenue dans 69.3% des cas à 3 mois, et modérée dans 50% des cas à 6 mois.
- Sous **infiximab** : une réponse bonne à modérée a été obtenue dans 46,2% des cas à 6 mois de traitement et dans 70% des patients qui ont bénéficié de ce traitement jusqu'à 12 mois.
- Sous **tocilizumab** : une bonne réponse dans 57.1% à 6 mois et dans 42.9% des cas à 12 mois.
- Sous **adalimumab** : la réponse était bonne (20%) à modérée (60% des patients traités) à 3 mois.
- Sous **étanercept** : une réponse modérée à 3 mois dans tous les cas traités.

La tolérance du traitement était **bonne** dans 79,5% des cas avec notion de réaction allergique au traitement dans 4 cas imposant l'arrêt puis changement du traitement, et 5 cas d'infections surtout broncho-pulmonaires répétitives jugulées par une antibiothérapie adaptée.



Molécules utilisées

DISCUSSION : Les résultats indiquent que l'utilisation des biothérapies dans notre contexte est réservée particulièrement aux PR en échec aux DMARDs. Le Rituximab était le traitement biologique de première ligne le plus couramment utilisé. Hors les recommandations de l'EULAR 2013 de prise en charge de la PR n'autorisent l'usage du Rituximab qu'en cas de contre-indication ou d'échec d'un autre biomédicament [1]. Une réponse clinico-biologique au traitement a été observée avec toutes les molécules, ce qui concorde avec les données de littérature [2]. La réponse EULAR à 6 mois était bonne à modérée dans plus de 45% des cas dans notre série. La tolérance était globalement bonne, les effets indésirables les plus fréquemment rapportés étaient infectieux ou allergiques. En pratique, la recherche de facteurs clinico-biologiques prédictifs de bonne réponse et une bonne indication de passage à une biothérapie avant le choix du traitement s'imposent afin d'optimiser la réponse au traitement.

CONCLUSION : Les différentes biothérapies ont amélioré le pronostic de la PR et permettent d'obtenir la rémission. Le suivi et la surveillance des patients sous biothérapie sont importants afin d'adapter le traitement selon la réponse et la tolérance.

[1] Smolen JS, Landewé R, Breedveld FC, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann Rheum Dis* 2014;73(3):492-509. [2] Lequerré T, et al. Actualités thérapeutiques dans la polyarthrite rhumatoïde. *Rev Med Interne* (2013)



Intérêt du rituximab au cours des myopathies inflammatoires

Toulgui E, Alaya Z, Baccouche K, Lataoui S, Belghali S, Amara N, Ben Smida I, Jamel A, Zeglaoui H, Bouajina E

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse

INTRODUCTION

Le rituximab, anticorps monoclonal chimérique anti-CD20 ciblant le lymphocyte B, a été utilisé pour le traitement de nombreuses maladies auto-immunes dans lesquelles la lignée B est particulièrement impliquée, dont les myopathies inflammatoires. Le but de ce travail est d'évaluer l'efficacité du rituximab chez les patients atteints de myopathies inflammatoires.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective menée en milieu rhumatologique qui a inclus les patients suivis pour myopathie inflammatoires et traités par rituximab. L'efficacité du rituximab a été évaluée par la clinique, par le dosage des enzymes musculaires et par le testing musculaire.

RESULTATS

Il s'agissait de 3 femmes. L'âge moyen était de 32,6 ans \pm 14,1 ans. Les trois patientes ont consulté pour une faiblesse musculaire des ceintures scapulaires et pelviennes. Le déficit musculaire était à 2 pour 2 patientes et à 4 pour la troisième. Un électromyogramme avait objectivé un tracé myogène dans tous les cas. La biopsie musculaire avait confirmé le diagnostic dans tous les cas, il s'agissait d'une polymyosite (PM) pour les 3 patientes. Les enzymes musculaires étaient élevées en moyenne à 19 fois la normale pour les CPK et à 15 fois la normale pour les LDH. La PM pour nos trois patientes était résistante à une corticothérapie bien conduite, à un traitement par du méthotrexate ainsi qu'à un traitement immunosuppresseur par l'azathioprine. La première patiente présentait une PM isolée, la seconde présentait un syndrome de chevauchement composé d'une PM associée à une sclérodémie systémique, à un syndrome de Sjögren, une hépatite auto-immune et à un psoriasis cutané. La troisième patiente présentait également un syndrome de chevauchement associant à la PM une sclérodémie systémique, un syndrome de Sjögren. L'intervalle entre le début de la maladie et la première cure de rituximab était de 3,7 ans. Le nombre de cures variait entre une et quatre cures. La cure de rituximab comportait 2 perfusions de 1 g chacune à 14 jours d'intervalle. Une diminution des myalgies était rapportée après en moyenne 2 mois de la première cure de rituximab, et une normalisation des enzymes musculaires a été objectivée après 3 mois de la première cure et maintenue après notre recul moyen qui était de 4,7 ans. Le testing musculaire s'était amélioré et était de 4 pour nos 3 patientes après notre recul moyen.

DISCUSSION

Les données de la littérature concernant l'utilisation de biothérapies au cours des myopathies inflammatoires intéressent majoritairement le rituximab et restent très fragmentaires. Dans notre série, les 3 patientes étaient réfractaires à un traitement de première ligne associant une corticothérapie, un traitement par le méthotrexate et un traitement immunosuppresseur.

CONCLUSION

En l'absence de données disponibles, l'utilisation du rituximab en première ligne n'est pas indiquée à ce jour et la déplétion lymphocytaire B reste un traitement de deuxième ligne qui reste toutefois très prometteur.



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

Amri D, Alaya Z, Baccouche K, Souissi MA, Belghali S, Amara N, Ben Smida I, Jamel A, Zeglaoui H, Bouajina E.
Service de rhumatologie chu Farhat Hached , Sousse, Tunis

INTRODUCTION :

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

PATIENTS ET METHODES :

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

RESULTATS :

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



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

DISCUSSION :

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

Conclusion :

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

Bibliographie

1. Glinborg B, Ostergaard M, Dreyer L, et al. Treatment response, drug survival, and predictors thereof in 764 patients with psoriatic arthritis treated with anti-tumor necrosis factor therapy: results from the nationwide Danish DANBIO registry. Arthritis Rheum 2011; 67: 382-90.
2. Assie-Sophie Soubrier. Réponse au traitement, maintien thérapeutique et tolérance des anti-tumor necrosis factor chez 193 patients atteints de rhumatisme psoriasique : une expérience de 12 ans dans la « vraie vie ». Revue du rhumatisme 2015; 82: 99-105.

Lupus érythémateux systémique : quelles complications infectieuses (A propos de 78 cas)

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

Service de Rhumatologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse.

Introduction

Les épisodes infectieux constituent une complication fréquente au cours du lupus érythémateux systémique et ils sont responsables d'une élévation du taux de mortalité et de morbidité. Ce travail vise à identifier les principales complications infectieuses au cours de cette affection, à déterminer leurs fréquence et leurs principaux facteurs prédisposants

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective effectuée chez 78 patients lupiques colligés au service de rhumatologie de l'hôpital Farhat Hached de Sousse entre 1998 et 2012. Le diagnostic de lupus a été retenu devant la présence d'au moins quatre critères de l'ACR.

Résultats

- ◆ Vingt patients (25.6%) ont eu une complication infectieuse avec un délai moyen de 4 ans par rapport à la date du diagnostic de leur maladie.
 - ◆ Les infections étaient, par ordre de fréquence décroissant, d'origine bactérienne dans 65% des cas, d'origine virale dans 20% des cas et enfin candidosique dans 15% des cas.
 - ◆ La tuberculose pulmonaire a été décrite dans un seul cas avec une évolution favorable sous traitement.
 - ◆ Une arthrite septique à *salmonella typhi*, une cellulite de la face et une endométrite ont été décrites toutes une seule fois.
 - ◆ Les complications virales étaient représentées par les parotidites. Les complications candidosiques touchaient la cavité buccale.
- En comparant les deux groupes selon la survenue ou pas d'épisodes infectieux, on trouve que la complication infectieuse est associée de façon significative à la lymphopénie, à la positivité des anti-DNA natifs, à l'atteinte rénale et à la prise de corticoïdes et d'immunosuppresseurs.

Discussion

◆ Au cours du lupus érythémateux systémique, les infections sont habituellement des complications de l'immunodépression, mais peuvent être aussi des facteurs déclenchants de la maladie par l'intermédiaire de différents mécanismes physiopathologiques. Leur fréquence dans la littérature varie de 26 à 78 % [1,2], elle est de 25 % dans notre étude.

◆ L'infection est souvent d'origine bactérienne [1,2]. Les infections à *Salmonella*, observées dans quatre cas (20%) de notre série, sont fréquemment rapportées au cours de la maladie lupique mais dans la littérature, ce sont les infections à *E-coli* qui semblent prédominantes [1,2] suivies par les infections à staphylocoque [1] et par les infections candidosiques [2].

◆ Dans notre série, une association positive a été retrouvée entre la lymphopénie, l'atteinte rénale, la prise de médicaments immunosuppresseurs, et la survenue d'épisodes infectieux. Ces résultats sont identiques à ceux décrits dans la littérature [2]; par contre aucune association n'a été retrouvée avec la positivité des anti DNA natifs [1].

◆ L'atteinte neuropsychiatrique et un score d'activité élevé de la maladie semblent jouer un rôle dans la survenue de complications infectieuses au cours du LES [2].

Conclusion

Les complications infectieuses au cours du lupus érythémateux systémique sont aussi bien liées à la maladie qu'au traitement. Ces infections sont potentiellement graves et peuvent compromettre le pronostic vital d'où l'intérêt de les prévenir par une bonne vaccination et une éventuelle antibioprophylaxie.

Bibliographie

- [1] M. Khalifa, N. Kaablaa et al. Les infections en cas de lupus érythémateux systémique. Médecine et maladies infectieuses 2007;37:792-5.
- [2] M. Jallouli, M. Frigui. Complications infectieuses au cours du lupus érythémateux systémique : étude de 146 patients. La Revue de médecine interne 2008;29:626-31.



Le lupus érythémateux systémique : profil clinique et thérapeutique en rhumatologie (A propos de 78 cas)

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

Introduction

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

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective effectuée chez 78 patients hospitalisés en rhumatologie entre 1998 et 2015 et chez qui le diagnostic de LES a été retenu devant au moins 4 critères de l'ACR.

Résultats

Il s'agissait de 90% de femmes et de 10% d'hommes d'âge moyen de 40.4 ans (14-80 ans). On a noté un début en post-partum chez 4 patientes, une prise d'alpha-méthyl dopa chez deux autres et un choc psycho-affectif chez une patiente. On a noté une fièvre chez 41% des patients. Une polyarthrite était présente dans 91% des cas, une photosensibilité dans 71% des cas, un érythème en aile de papillon dans 70% des cas, des ulcérations bucco-nasales dans 25% des cas et un phénomène de Raynaud dans 23% des cas. La biopsie cutanée, quand elle a été faite, est revenue positive dans 45% des cas. Une néphropathie glomérulaire (NG) était présente chez 41% des patients. Des manifestations cardiaques et pulmonaires étaient notées respectivement chez 27 et 11.5% des malades. L'atteinte neurologique s'était manifestée par des céphalées chez 8 patients, secondaire à une thrombophlébite cérébrale dans 1 cas. Une dépression était notée chez 7 patients, un accident vasculaire cérébral (AVC) chez 4 patients et des convulsions chez un malade. Les manifestations hématologiques étaient: une anémie dans 83% des cas, une leucopénie dans 56% des cas, une lymphopénie dans 54% des cas et une thrombopénie dans 27% des cas. Des anticorps anti-DNA natifs ont été retrouvés chez 90% de nos malades également et une hypocomplémentémie dans 30% des cas. Chez 18% des malades, les anticorps anti-phospholipides étaient positifs. On a eu recours à la corticothérapie dans 94% des cas, aux anti-paludéens de synthèse dans 70% des cas, aux anti-inflammatoires non stéroïdiens dans 25% des cas et aux immunosuppresseurs dans 6% des cas. Quatre malades ont bénéficié de bolus mensuels de cyclophosphamide. L'évolution a été favorable chez 80% des patients. 20% ont connu des complications graves : 6 cas d'ostéonécrose de la tête fémorale, 4 cas de choc septique, 4 cas d'AVC, 3 décès tous suite à un choc septique, 3 cas de myocardite et une thrombophlébite cérébrale.

Discussion

Notre étude confirme le polymorphisme clinique du LES ce qui va de pair avec ce qui a été décrit dans la littérature. Le LES est une pathologie de la femme jeune d'âge moyen [1, 2, 3]. Ses manifestations sont le plus souvent cutanées et articulaires [1, 2]. L'atteinte rénale est à redouter vu sa fréquence : 41% dans notre série, avec une néphropathie lupique stade III et IV dans la majorité des cas, et ces résultats sont similaires à ceux rapportés par l'étude tunisienne multicentrique faite par Louzir *et al.* [1]. Les atteintes cardiaques, pulmonaires restent moins fréquentes [1, 2]. L'atteinte neurologique, bien que peu fréquente dans notre étude, reste une complication grave engageant le pronostic vital (AVC, thrombose veineuse) [2].

Sur le plan biologique, l'atteinte hématologique : leucopénie et lymphopénie, est présente dans près de la moitié des cas [1], ce qui est retrouvé dans notre étude. On a trouvé des anti-DNA natifs qui sont positifs dans 90% des cas ce qui se confirme dans la littérature [1].

On a souvent recours à la corticothérapie [1], les anti-paludéens de synthèse sont également indiqués dans 70% des cas dans notre série, un peu moins dans d'autres séries [1] les traitements immunosuppresseurs ont aussi leur place; 6% dans notre série, 14% dans la série de Louzir *et al.* [1].

Les complications les plus redoutables d'après notre travail sont d'origine infectieuse, ceci se confirme dans l'étude menée par Jallouli *et al.* [3] où la cause principale de décès était une complication infectieuse.

Ces complications sont certes liées à l'atteinte hématologique de la maladie, mais aussi aux traitements lourds immunodépresseurs.

Conclusion

Le LES reste une pathologie de la femme jeune. Les atteintes les plus fréquentes sont cutanées et articulaires. L'atteinte rénale conditionne le pronostic et la prise en charge thérapeutique. Sous traitement adapté l'évolution est souvent favorable, cependant des complications graves, notamment infectieuses sont à redouter.

Bibliographie

- [1] B. Louzir, S. Othmani, N. Ben Abdelhafidh, Le lupus érythémateux systémique en Tunisie. Étude multicentrique nationale. A propos de 295 observations. La revue de médecine interne 24 (2003) 768-774
- [2] O. Meyer, Lupus érythémateux systémique. EMC-Rhumatologie Orthopédie 2 (2005) 1-32
- [3] Moez Jallouli, Makram Frigui, Sameh Marzouk *et al.*, Mortalité et facteurs de mauvais pronostic au cours du lupus érythémateux systémique dans une série de 146 cas du Sud tunisien, Presse Med. 2008; 37: 1711-1716



Z. Alaya ; S. Lataoui ; L. Mani ; E. Toulgui ; K. Baccouche ; S. Belghali ; A. Jamel ; H. Zeglaoui ; E. Bouajina.
Service de Rhumatologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse.

INTRODUCTION :

L'algodystrophie, encore considérée comme une affection bénigne, peut en l'absence d'une prise en charge précoce être source d'handicap sévère. La principale avancée médicamenteuse dans le traitement de l'algodystrophie semble être l'utilisation des bisphosphonates (BP) dans les formes sévères. Le but de notre travail est d'évaluer l'efficacité des BP dans le traitement de l'algodystrophie.

PATIENTS ET METHODES :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 60 cas d'algodystrophie colligés en rhumatologie sur une période de 18 ans (1997-2015). Sept patients ont bénéficié d'un traitement par BP.

RESULTATS :

Il s'agit de 5 femmes et deux hommes, d'âge moyen de 44 ans (16-70 ans). L'origine secondaire était retrouvée chez 4 patients : dans les suites d'un traumatisme dans 2 cas (entorse, fracture), d'un accident vasculaire cérébral dans un cas et d'une névralgie cervico-brachiale dans un autre. Nous avons noté 2 syndromes épaule-main, 2 localisations multifocales et 3 atteintes unifocales. Tous les patients présentaient des douleurs avec impotence fonctionnelle et troubles vasomoteurs. Le BP utilisé était le Pamidronate par voie intra-veineuse à la dose de 60 mg dans 2 cas et de 90 mg dans 4 cas et de 45 mg à 2 mois d'intervalle dans un cas. Il était administré en deuxième intention chez tous les patients après échec du traitement par la calcitonine et ceci après une évolution moyenne de 6 mois et demi. La tolérance était bonne. L'évolution était favorable dans 6 cas avec une régression des douleurs et des troubles vaso-moteurs.

DISCUSSION :

Les bisphosphonates occupent une place importante dans la prise en charge thérapeutique de l'algodystrophie. Proposés afin de diminuer le remodelage osseux, les BP ont aussi une action anti-inflammatoire in vitro et in vivo. Ils moduleraient l'expression des GTPases qui interviennent dans la transmission neuronale au niveau de la corne postérieure et dans la genèse des douleurs neuropathiques. Dans ce cadre, plusieurs études ont constaté une amélioration significative de la douleur, de la tolérance à la pression, de la mobilité et de l'œdème chez les patients ayant une algodystrophie traités par BP.

Conclusion :

L'efficacité des bisphosphonates, particulièrement le Pamidronate, dans les formes sévères de l'algodystrophie ne fait plus de doute. Cependant, les protocoles d'administration restent à préciser.

La sclérodermie systémique en milieu rhumatologique; à propos de 20 cas.

Z. Alaya ; M. Bouzaouache ; L.Mani ; D.Amri; S. Belghali; K. Baccouche; A. Jamel ; H. Zeglaoui ; E. Bouajina.

Service de Rhumatologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse

Introduction

La sclérodermie systémique (ScS) est une maladie rare à composante auto-immune touchant le tissu conjonctif et la microcirculation. Elle se caractérise notamment par une grande hétérogénéité clinique, que ce soit en fonction du type de sclérodermie (limitée, cutanée limitée, diffuse) mais également en fonction de la présence et de l'importance des atteintes viscérales. Des facteurs génétiques et/ou environnementaux pourraient favoriser la survenue de la maladie.

Matériels et méthodes

Etude rétrospective de 20 cas de sclérodermie systémique colligés au service de Rhumatologie du CHU Farhat Hached de Sousse entre l'année 2001 et 2013. Tous les patients ont été explorés par une radiographie du thorax, une TDM thoracique et des explorations fonctionnelles respiratoires et une échographie cardiaque.

Résultats

Il s'agit de 18 femmes et de 2 hommes d'âge moyen 46 ans [19-73 ans]. Une sclérose cutanée, un syndrome de Raynaud, une sclérodactylie étaient notés chez tous les patients. La capillaroscopie a montré dans 40% des cas une microangiopathie sclérodermique. Une atteinte articulaire était présente chez tous les patients à type d'arthralgies inflammatoires dans 45% des cas et de polyarthrite dans 55% des cas. Une dysphagie avec une hypotonie du sphincter inférieur de l'œsophage à la manométrie étaient retrouvées dans 50% des cas. La fibroscopie digestive a objectivé une œsophagite peptique dans 20% des cas. Une fibrose pulmonaire était retrouvée à la TDM thoracique dans 50% des cas. L'échographie cardiaque a montré une hypertension artérielle pulmonaire et des signes d'insuffisance cardiaque droite dans 15% des cas et une péricardite dans 5% des cas. Un syndrome inflammatoire était présent chez 60% des malades. Les anticorps antinucléaires étaient positifs dans 75% des cas avec des anti scl70 dans 25% des cas. Un syndrome de chevauchement était retenu dans 3 cas : polyarthrite rhumatoïde (2), lupus érythémateux systémique (1) et polymyosite (1). Le traitement était par : inhibiteurs calciques (90%), colchicine (45%), corticoïdes (90%), méthotrexate (15%), bolus de cyclophosphamide (5%) et rituximab (20%).

L'évolution était émaillée de complications à type de nécrose digitale dans 15% des cas, d'embolie pulmonaire dans 5% des cas, de péricardite récidivante dans 5% des cas, de dénutrition sévère dans 10% des cas et d'insuffisance respiratoire chronique dans 5% des cas.

Discussion

On distingue deux principales formes de ScS : les formes diffuses où l'atteinte cutanée touche le tronc et les membres et les formes limitées où l'atteinte cutanée est limitée aux extrémités. L'apparition d'une sclérodactylie témoigne de l'entrée dans la maladie. Le phénomène de Raynaud est habituellement le premier signe de la maladie. Il s'observe dans plus de 95 % des cas (dans 100% de notre série). Les arthralgies sont fréquemment observées au cours de la ScS (plus d'un tiers des patients). Plus rarement, il s'agit d'authentiques arthrites. L'atteinte digestive est fréquente. Elle survient souvent avant les autres atteintes viscérales. L'auscultation des bases pulmonaires révèle précocement des râles crépitants lorsque s'installe une infiltration interstitielle. À côté de la dyspnée à l'effort peut survenir une toux, le plus souvent sèche, parfois des douleurs thoraciques et plus rarement des hémoptysies (5% dans notre série). La TDM en haute résolution constitue l'examen de référence permettant de dépister la pneumopathie interstitielle de manière très précoce. Les épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) permettent d'apprécier la gravité du syndrome restrictif. La HTAP survient en général après cinq à dix ans d'évolution. Des épanchements péricardiques sont parfois rapportés ; ils constituent un critère de gravité lorsque existe une HTAP. De rares cas de péricardite aiguë, voire de tamponnade, ont été rapportés (5% dans notre série). Dans le cadre de la ScS, l'éducation thérapeutique joue un rôle majeur. La prise en charge thérapeutique de la maladie est d'abord symptomatique : inhibiteurs calciques pour le phénomène de Raynaud, inhibiteurs de la pompe à protons, lutte contre les rétractions articulaires digitales.

Conclusion

La sclérodermie systémique est une connectivite dont les manifestations cutané-articulaires semblent les plus constantes. Elle peut être responsable d'atteintes viscérales graves ce qui impose une surveillance régulière des malades. La recherche de nouveaux traitements est indispensable pour améliorer son pronostic.



A PROPOS D'UN ASPECT PARTICULIER D'UN SYNDROME DE SAPHO

Fekil A, Akrouf R, Ezzeddine M, Masmoudi K, Mnejja M A, Hachicha I, Fourati H, Baklouti S
Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax

INTRODUCTION

Le syndrome SAPHO (synovite, acné, pustulose, hyperostose, ostéite) est une pathologie qui regroupe un ensemble de manifestations cutanées et osseuses. L'imagerie joue un rôle important dans le diagnostic de cette affection à l'aspect parfois trompeur pseudo infectieux ou pseudo tumoral. Nous rapportons un cas de SAPHO révélé par une arthropathie destructrice des 2 épaules.

Cas clinique

Sexe: masculin

Age: 37ans

ATCDs: tabagique 10 PA

Motif: des arthralgies des 2 épaules inflammatoires depuis 4mois

Signe associé: AEG

Signes physiques

1. Limitation douloureuse de l'élévation antérieure, latérale des 2 épaules en temps actif et passif
2. Une pustulose palmo-plantaire.



Radiographie du bassin



Hypertrophie avec condensation de l'aile iliaque droite

Scintigraphie osseuse:



multiples hyperfixations des 2 épaules, du sternum, des bords supérieurs des 2 omoplates, de D10 et de l'os iliaque droit

Une enquête à la recherche d'une étiologie néoplasique comportant :

1. les marqueurs tumoraux : négatifs
2. Une ponction sternale : état inflammatoire
3. un TDM thoraco-abdomino-pelvien montrant:



-ostéocondensation avec hyperostose (des 2 omoplates, des éléments osseux de la première articulation chondro-sternale gauche, de l'extrémité latérale de la clavicule droite et de l'aile iliaque droite avec épaissement du muscle iliaque homolatéral)

-une érosion de l'articulation chondro-sternale gauche ostéocondensation avec syntose de l'articulation manubrio-sternale
une intégrité des 2 articulations sterno-claviculaires
-des para-syndesmophytes para-vertébrales dorsales avec ankylose étendue de D3 à D7

-une ostéocondensation des coins artériels de D2-D3/D8-D9 un pincement discal étendue au niveau de ces 2 étages avec érosion de leurs plateaux vertébraux
-une ostéocondensation des berges de l'articulation sacro-iliaque gauche avec pseudo-élargissement de son interligne

Le diagnostic de syndrome de SAPHO est ainsi retenu selon les critères proposés par KAHN en 1994.

Le traitement préconise

-AINS+antalgique
-traitement local pour les lésions cutanées pendant 3 mois

Evolution clinique: bonne

RESULTATS

-L'acronyme SAPHO décrit dans la littérature en 1987, s'inscrit dans le cadre global des spondylarthrites.
-La coexistence de synovite, acné, pustulose, hyperostose et ostéite n'est pas obligatoire pour poser le diagnostic.
-Selon les critères de Kahn proposés en 1994 la présence d'un critère majeur ou l'association de 2 critères mineurs permettent de mener le dg positif.
-Mais la coexistence de PPP et de manifestations ostéo-articulaire pose le diagnostic différentiel avec un rhumatisme psoriasique. L'absence d'atteinte des inters phalangiens distaux ou de dystrophie unguéale et la présence d'une ostéite aseptique polystotique sont des éléments en faveur de SAPHO[1].

CONCLUSION

Le syndrome de SAPHO est une entité rare .Sa prévalence est faible de l'ordre de 1/10000. Il prédomine chez la femme et débute habituellement chez l'enfant ou l'adulte jeune. Les différents traitements proposés découlent en parties des hypothèses pathogéniques : ATB au long cours, oxygène hyperbare, souvent peu efficaces ; antalgiques, AINS utiles sur le plan symptomatique ; corticoïdes, sulfasalazine, colchicine, IS ; bisphosphonate en PIV ou par VO ; voire anti-TNF α .

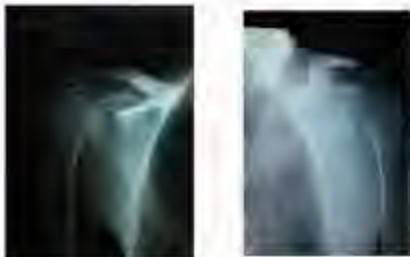
Bibliographie

[1] syndrome de SAPHO répondant au étanerceptA-SWISSSE J, GHARSALLAH S, BEN TAAZAYET, L, METOUTI, S, YOUSSEF, K, JABEUR, B, LOUZIR, S, OTHMANI, M, R, DHACUI, N, D

Biologie

1. Hyperleucocytose à prédominance PNN
2. Thrombocytose
3. SIB (CRP = 120 mg/l VS=100mm)
4. Enquête infectieuse menée: -
5. Le HLAB27 est négatif

Radiologie



- radiographies des 2 épaules*
1. Lésion ostéolytique au niveau des 2 acromions
 2. Une hypertrophie de l'extrémité latérale de la clavicule droite
 3. Condensation des 2 omoplates

Tolérance et efficacité des biothérapies chez la personne âgée (à propos de 14 cas)

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

INTRODUCTION :

Les biothérapies constituent une avancée thérapeutique considérable. Plusieurs études ont déjà montré qu'ils sont bien tolérés et efficaces chez les sujets de plus de 65 ans. Le but de notre travail a consisté à décrire les indications et la tolérance de ces traitements chez le sujet âgé.

PATIENTS ET METHODES :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 14 ans (2001-2015), portant sur 14 patients âgés de plus de 65 ans et traités par biothérapie (Rituximab, Etanercept, Infliximab et Adalimumab).

RESULTAT:

Il s'agit de 10 femmes et 4 hommes avec un âge moyen de 71,14 ans (65-73).

Il s'agissait d'une polyarthrite rhumatoïde dans 92% des cas et d'une sclérodermie dans 8% des cas.

Le délai de prescription de la biothérapie était de 6 ans en moyenne (1-11ans).

Les biothérapies utilisées étaient : le Rituximab dans 6 cas, l'Infliximab dans 5 cas, l'Etanercept dans deux cas et l'Adalimumab dans 1 cas.

Des effets indésirables étaient notés dans 1 cas.

Il s'agissait d'une infection à parvovirus B19 sous Rituximab.

L'arrêt de la biothérapie a été indiqué chez 4 patients :

pour échappement thérapeutique dans 2 cas (sous Infliximab),

pour échec primaire dans 1 cas (Etanercept) et

pour problème de prise en charge CNAM dans un cas (Adalimumab).

DISCUSSION:

-On constate une fréquence élevée de polyarthrite rhumatoïde chez le sujet âgé qui reste active d'où le recours légitime aux biothérapies.

-On retrouve peu de données dans la littérature concernant le profil efficacité / tolérance.

-Cependant, l'efficacité clinique, l'amélioration fonctionnelle et l'évolution radiologique des anti TNF au cours des essais thérapeutiques, ont été rapportées .

-Le risque infectieux des anti-TNF chez le sujet âgé a été étudié par Schneeweiss et al. La cohorte a inclus 15 597 patients de plus de 65 ans (âge moyen 76 ans) chez qui un traitement de fond a été débuté entre janvier 1995 et décembre 2003. Il n'existe pas d'augmentation du risque chez les patients débutant un traitement anti-TNF.

-Il n'existe pas d'informations spécifiques concernant l'utilisation du rituximab chez le sujet âgé.

-Dans une étude faite sur 39 patient, l'arrêt de la biothérapie est dans les deux tiers des cas dû à une complication infectieuse ou un effet indésirable de ses traitements.

Conclusion:

Il n'y a pas lieu d'envisager une contre-indication aux biothérapies en raison d'un âge avancé. La décision d'instauration de ce traitement repose sur le rapport entre le bénéfice à atteindre qui semble comparable et le risque de complications potentielles qui a tendance à être plus important chez la personne âgée



Efficacité et tolérance du Rituximab en Rhumatologie

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

INTRODUCTION :

Les biothérapies ont une place de plus en plus importante dans le traitement des maladies auto-immunes. Le Rituximab est un anticorps anti-CD20 actif contre les lymphocytes B présentant l'antigène CD20. En rhumatologie, le Rituximab possède une AMM pour la polyarthrite rhumatoïde (PR) et est également utilisé dans d'autres maladies auto-immunes.

PATIENTS ET METHODES :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 23 patients suivis en rhumatologie et qui ont bénéficié de traitement par Rituximab colligés sur une période de 16 ans [1999-2015]. Chaque cure a comporté deux perfusions de 1g à 15 jours d'intervalle.

RESULTATS :

Il s'agit de 20 femmes et de 3 hommes avec un âge moyen de 46 ans [23-67].

Le Rituximab a été prescrit dans la PR dans 16 cas (suite à l'échec d'une association méthotrexate et salazopyrine dans 9 cas, des anti-TNF dans 4 cas et de contre indication des autres traitements du fait d'une fibrose pulmonaire dans 3 cas), dans la sclérodémie systémique dans 3 cas utilisé devant la persistance d'une maladie active malgré une association corticoïde, colchicine et adalate, dans le lupus érythémateux systémique dans deux cas suite à l'échec d'une corticothérapie associée à la nivaquine, dans la polymyosite dans un cas en échec des corticoïdes et de l'azathioprine, dans le syndrome de Sjögren dans un cas en échec du méthotrexate et de l'azathioprine) et dans la maladie de Still dans un cas indiqué devant la persistance d'une maladie active malgré une association corticoïde et méthotrexate.

Pathologies	Nombre	%
Polyarthrite Rhumatoïde	16	66
Sclérodémie	3	12
LES	2	8
Polymyosite	1	4
Syndrome de Sjogren	1	4
Maladie de Still	1	4

Seize patients ont bénéficié d'une cure, 6 patients de deux cures et un patient de 3 cures.

L'intervalle entre les cures était d'une année en moyenne. L'évolution sous Rituximab était bonne dans 17 cas avec un recul de 6 mois en moyenne.

Le Rituximab était bien toléré dans notre série avec un seul cas d'allergie cutanée.

DISCUSSION :

- ❖ Le Rituximab est un anticorps monoclonal chimérique anti-CD20
- ❖ Le CD20 est un marqueur spécifique des lymphocytes B dès le stade pré-B jusqu'au lymphocyte mûr.
- ❖ La majorité des lymphomes B expriment fortement le CD20.
- ❖ La première indication du rituximab a été le traitement des lymphomes indolents, principalement folliculaires, en rechute comme traitement isolé

Indication :

Indication ayant l'AMM:

Le MabThera est indiqué, en association avec le Methotrexate, dans le traitement de la PR active modérée à sévère, après échec d'un ou plusieurs antiTNF alpha.

Indication hors AMM :

Syndrome de Gougerot-Sjögren
Lupus érythémateux systémique
Vascularites à ANCA
Dermatomyosite et polymyosite
la cryoglobulinémie liée à l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC)
Maladie de Still de l'adulte.

Conclusion:

Le Rituximab est une biothérapie qui a montré son efficacité dans la PR où elle a l'AMM en traitement de 2^{ème} intention des PR en échec des anti-TNF. Il est de plus en plus prescrit pour les maladies auto-immunes dans lesquelles son intérêt semble important.

L'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale: profil clinique et stratégie thérapeutique (à propos de 26 cas)

Z.Alaya, S.Lataoui, D.Amri, E.Toulgui, K.Baccouche, S.Belghali, A.Jamel, N.Amara, I.Ben Smida, N.Bagané,
H.Zeglaoui, E.Bouajina.

Service de Rhumatologie, hôpital Farhat HACHED - Sousse

INTRODUCTION :

L'ostéonécrose aseptique résulte de l'association d'une ischémie osseuse par anomalies de la vascularisation et une diminution de l'activité ostéogénique de la moelle osseuse. La tête fémorale en constitue une localisation fréquente.

PATIENTS ET METHODES :

Étude rétrospective portant sur 26 cas d'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale (ONATF) colligés en milieu rhumatologique sur une période de 17 ans (1998-2015).

RESULTATS :

Il s'agit de 10 femmes et 16 hommes d'âge moyen de 47 ans (26-77). Deux patients avaient un lupus systémique et deux patients une maladie de Behçet. Trois patients avaient respectivement un diabète, un éthyisme chronique et une drépanocytose. La prise de corticoïdes au long cours était observée chez 9 patients dont deux qui avaient un lupus systémique. Un patient avait une ONATF secondaire à un cortico-surréalome malin. L'ONATF était idiopathique dans 11 cas. La douleur était mécanique chez 23 patients et mixte chez 3 avec une installation progressive chez 21 patients. Une limitation de la mobilité articulaire était notée chez 15 patients et une gêne fonctionnelle chez 21 patients. L'indice de Lequesne était en moyenne de 9,5. La radiographie du bassin a montré des signes d'ostéonécrose dans 16 cas. Un scanner était réalisé dans un cas et une IRM dans 16 cas permettant de faire le diagnostic d'ONATF. La scintigraphie osseuse faite dans 11 cas a montré une hyperfixation. L'ONATF était unilatérale dans 15 cas, bilatérale dans 8 cas et multiples dans 3 cas (atteinte humérale dans 3 cas, atteinte du plateau tibial avec atteinte du condyle fémoral dans deux cas et atteinte astragaliennne dans un cas). Des bisphosphonates (Pamidronate) ont été prescrits chez 16 patients. Une arthroplastie était réalisée dans 3 cas et une ostéotomie fémorale dans un cas. Un patient a bénéficié d'un forage biopsique de la hanche. Tous nos patients ont été mis sous traitement antalgique avec mise en décharge avec une bonne évolution dans la plupart des cas.

DISCUSSION:

L'ONATF est une maladie de l'adulte d'âge moyen touchant le plus souvent l'homme entre 25 et 45 ans. Elle est au moins deux fois plus fréquente dans le sexe masculin que dans le sexe féminin. Dans notre série, l'âge moyen était de 47 ans touchant une fois et demi plus d'hommes que de femmes.

D'un point de vue étiologique, le traumatisme étant exclu, les principales étiologies sont la corticothérapie, la drépanocytose et l'éthyisme. Dans notre série, l'ONATF était idiopathique dans 11 cas et corticoinduite dans 7 cas.

Au début, la maladie est insidieuse, progressive et le plus souvent indolore ou peu douloureuse.

La radiologie conventionnelle est toujours en retard sur les autres méthodes d'imagerie et est souvent normale au début de la maladie, d'où le recours à l'IRM qui est l'examen le plus spécifique pour que le diagnostic d'ostéonécrose soit pratiquement certain.

Conclusion:

La corticothérapie constitue l'étiologie principale de l'ostéonécrose aseptique dans notre série. Le diagnostic précoce repose essentiellement sur l'IRM. Les modalités thérapeutiques dépendent du stade.



La lombosciatique commune par hernie discale: apport de l'imagerie (A propos de 300 cas).

Z.Alaya, E.Toulgui, S.Lataoui, D.Amri, K.Baccouche, S.Belghali, A.Jamel, N.Amara, I.Ben Smida, N.Bagané, H.Zeglaoui, E.Bouajina.

Service de Rhumatologie, hôpital Farhat HACHED - Sousse

INTRODUCTION :

L'imagerie n'est pas nécessaire dans la plupart des cas de lombosciatique commune (LSC). Elle est indiquée en cas de doute diagnostique, de complication neurologique ou de résistance à un traitement médical bien conduit après 6 à 8 semaines. Notre objectif est de rappeler la stratégie d'imagerie au cours de cette pathologie.

PATIENTS ET METHODES :

Etude rétrospective de 300 dossiers de patients hospitalisés en rhumatologie pour LSC par hernie discale (HD) entre 2005 et 2015.

RESULTATS :

Notre série est constituée dans 43,7% des cas d'hommes et dans 56,3% des cas de femmes d'un âge moyen de 49 ans. La lombosciatique était de trajet L5 dans 56,3% des cas, S1 dans 30,7% des cas et mal systématisé dans 13% des cas. Des signes de conflits discoradiculaires étaient notés dans 82% des cas avec présence d'un déficit moteur dans 8,4% des cas. Les radiographies, faites dans 87,3% des cas, ont montré une discarthrose dans 62,5% des cas prédominant sur l'étage L4-L5 (50.6%). Le scanner lombaire (fait dans 40% des cas) a montré une HD dans 88,4% des cas prédominant sur l'étage L4-L5 (53.3%), une protrusion discale dans 23,5% des cas et des signes de conflits discoradiculaires dans 64,4% des cas intéressant surtout la racine L5 (59.2%). Les indications du scanner étaient dominées par la LSC résistante au traitement médical. L'IRM lombaire (réalisée dans 18,3% des cas) a montré une HD dans 83.9% des cas, une protrusion discale dans 23.2% des cas, des signes de conflits discoradiculaires dans 53.6% des cas et une fibrose postopératoire chez 3% des patients opérés sur le rachis et présentant une LSC. Les indications de l'IRM étaient dominées par la lombosciatique paralysante et la lombosciatique opérée et récidivante. La HD au scanner et à l'IRM était : médiane (9% des cas), paramédiane (81% des cas), foraminales et extraforaminales (9.1% des cas) et exclue (0.9% des cas). Une sacroradiculographie a été réalisée en pré-opératoire dans 2 cas à la recherche d'un conflit discoradiculaire dynamique.

Conclusion:

L'imagerie est utile au cours de la lombosciatique pour éliminer une origine secondaire ou devant un déficit moteur ou un syndrome de la queue de cheval et en cas de résistance au traitement médical bien conduit et ce afin de mieux guider le traitement, qu'il s'agisse d'infiltrations radioguidées ou d'un traitement percutané ou chirurgical.

DISCUSSION:

La lombosciatique (LS) commune constitue un motif fréquent de consultation en rhumatologie. C'est une cause majeure d'arrêt de travail et d'un nombre importants de prescriptions médicales. La sciatique commune d'origine discale est le plus souvent une pathologie du sujet jeune de sexe masculin avec un sex-ratio (H/F) variant de 1.1 à 1.8 et un âge moyen de 37 à 52 ans.

La LS commune par HD est le plus souvent monoradiculaire et unilatérale. Elle est bilatérale dans 16 à 40% des cas. Le trajet est de type L5 dans 61.8% des cas et S1 dans 38.2%. Le signe de Lasègue est considéré comme étant caractéristique du conflit disco-radulaire. Il est retrouvé dans 54% des cas. L'anomalie du réflexe achilléen et l'hypoesthésie ont une valeur de diagnostic topographique et non de gravité. Le déficit moteur intéresse surtout la racine L5. Les troubles sphinctériens sont rares (moins de 4%) et sont le plus souvent de type urinaire et doivent faire chercher un syndrome de la queue de cheval.

Aucune imagerie n'est nécessaire dans la grande majorité des cas, lorsque l'origine discale de la sciatique paraît très probable à l'examen clinique, si le traitement médical vient à bout des symptômes en 2 à 3 semaines. Un bilan radiologique est réalisé en cas de résistance au traitement médical bien conduit au-delà de ce délai.

L'intérêt de l'imagerie est surtout de rechercher des arguments en faveur d'une LS secondaire à une affection tumorale, infectieuse ou rhumatismale. Elle permet de mettre en évidence des anomalies favorisant une LS: anomalie transitionnelle de la charnière lombosacrée (sacralisation de L5), étroitesse canalaire constitutionnelle, spondylolisthésis par lyse isthmique, dystrophie vertébrale de croissance, troubles statiques et d'évaluer l'importance des remaniements dégénératifs lombaires: discarthrose, arthrose postérieure, spondylo ou rétroisthésis dégénératif, canal lombaire rétréci.

Selon Revel, aucun signe radiologique n'est véritablement prédictif de l'évolution favorable ou défavorable de la LS.

La réalisation précoce d'un scanner au cours de la LS par HD n'a pas de valeur pronostique de l'évolution clinique. Dans notre série, un scanner a été fait chez 40% des patients.

L'IRM permet une excellente étude des disques intervertébraux et du contenu rachidien. Dans notre série, une IRM a été faite dans 18,3% des cas, principalement en cas de LS opérée et récidivante. Le caractère récidivant est un facteur prédictif d'une évolution défavorable.



La pathologie abarticulaire de l'épaule : quelles étiologies et quels traitements.

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

Introduction : La pathologie abarticulaire de l'épaule concerne des affections rhumatismales hétérogènes intéressant les différents tissus qui entourent les articulations (tendons, capsule, bourse). L'objectif de notre étude est de décrire les manifestations cliniques, radiologiques et thérapeutiques de cette pathologie.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective portant sur 49 observations d'épaule abarticulaire colligées sur une période de 15 ans (2000-2015) dans le service de rhumatologie du CHU Farhat Hached de Sousse.

Résultats: Il s'agit de 39 femmes et 10 hommes, d'âge moyen de 65 ans (44-85). La douleur était de type mécanique chez 26 patients et inflammatoire chez 13 autres, unilatérale dans 77% des cas, bilatérale dans 23% des cas. La gêne fonctionnelle était modérée chez 36 malades. La limitation articulaire en actif et en passif était présente dans 69% des cas et seulement en actif dans 20% des cas. Les signes de conflit étaient positifs chez 39 patients et les tests contrariés chez 21 patients. Le bilan radiologique a montré des signes de conflit dans 19 cas. L'échographie pratiquée seulement 12 fois a montré une rupture tendineuse dans 6 cas, une tendinopathie dans 4 cas et une capsulite dans 2 cas. Une IRM a été réalisée chez 3 malades. Les diagnostics retenus étaient: capsulite (28 cas), tendinopathie (11 cas), rupture (7 cas) et conflit (3 cas). Les formes secondaires à un traumatisme direct étaient présentes seulement dans 2 cas. Les traitements prescrits étaient: l'arthrodistention suivie de la rééducation (43%), les antalgiques et les anti-inflammatoires (85 %), les infiltrations de corticoïdes (12%) et la chirurgie (6%). L'amélioration clinique et fonctionnelle était rapportée dans 55 % des cas.

Conclusion : La capsulite rétractile représente la forme clinique la plus fréquente de l'épaule abarticulaire et l'arthrodistention est la thérapeutique de choix dans ce cas. On a recours à la chirurgie par réinsertion musculaire plus ou moins associée à une acromioplastie en cas de rupture musculotendineuse.



Les névralgies cervico-brachiales: étiologies et traitements.

Z.Alaya, E.Toulgui, S.Lataoui, D.Amri, S.Belghali, K.Baccouche, A.Jamel, N.Amara, I.Ben Smida, N.Bagané, H.Zeglaoui, E.Bouajina.

Service de Rhumatologie, hôpital Farhat HACHED - Sousse

INTRODUCTION :

Les névralgies cervico-brachiales (NCB) constituent un motif fréquent de consultation en médecine générale et en rhumatologie. Bien que la majorité des cas soient d'origine commune, il ne faut pas passer à côté des causes secondaires. L'objectif de cette étude est d'étudier les particularités épidémiologiques, cliniques, étiologiques et paracliniques des NCB ayant nécessité une hospitalisation.

PATIENTS ET METHODES :

Etude rétrospective de 58 cas de NCB colligés au service de Rhumatologie de l'Hôpital Farhat Hached de Sousse sur une période de 17 ans (1998-2015)..

RESULTATS :

Il s'agissait de 40 femmes et 18 hommes, d'âge moyen 50,2 ans [23-79]. Tous les malades présentaient une névralgie cervico-brachiale évoluant en moyenne depuis 14,1 mois [0,1 mois-180 mois]. Le type de la NCB était mécanique dans 46 cas, inflammatoire dans 4 cas et mixte dans 8 cas. Le trajet de la NCB était par ordre décroissant mal systématisé (21 cas), C7 (15 cas), C6 (9 cas), C8 (8 cas) et C5 (5 cas). Un facteur déclenchant était retrouvé dans 5 cas à type de traumatisme ou de faux mouvement. Une atteinte neurologique était retrouvée dans 22 cas à type d'anomalies des ROT, de déficit moteur ou de présence de signe de Hoffman. Un syndrome inflammatoire biologique était retrouvé dans 29,3 % des cas. Les radiographies standards ont montré des ostéophytes dans 26 cas, un pincement discal dans 18 cas, une rectitude du rachis cervical dans 16 cas, une uncarthrose dans 8 cas, une fracture vertébrale dans un cas et des géodes en miroir dans un cas. Un complément d'exploration par TDM ou IRM a été demandé dans 16 cas. La NCB était commune dans 54 cas et symptomatique dans 4 cas (3 cas de métastases vertébrales d'un cancer broncho-pulmonaire et un cas de spondylodiscite infectieuse à germes pyogènes chez un hémodialysé ayant mené à un décès par choc septique). Les traitements utilisés étaient : les antalgiques (86,2%), les anti-inflammatoires (79,3%), la corticothérapie (59,6%), le collier cervical (25,9%), la rééducation (20,7%) et la chirurgie (3,4%). Les patients ayant une NCB secondaire à des métastases vertébrales ont bénéficié de perfusion d'acide zolédronique.

DISCUSSION:

Les NCB correspondent fréquemment à une compression d'un nerf rachidien ou de ses racines le plus souvent par hernie molle ou dure. Cette névralgie est en général monoradiculaire et rarement accompagnée de signes déficitaires moteurs. Les examens complémentaires pour reconnaître une cause compressive sont dominés par la TDM et surtout l'IRM. L'exploration électrique par électromyogramme peut confirmer la souffrance radiculaire, la topographier et en préciser la gravité. Le traitement conservateur doit être proposé de première intention en dehors de tout déficit neurologique : immobilisation cervicale par collier, tractions axiales, physiothérapie, traitement médical avec antalgiques, anti-inflammatoires et myorelaxants. La chirurgie est pratiquée en dernier recours ou en cas de déficit moteur.

Conclusion:

Les NCB sont dans la plupart des cas d'origine commune et nous disposons d'un arsenal thérapeutique assez varié mais la hantise reste la NCB secondaire, qui bien que peu fréquente doit toujours être recherchée de part sa gravité.



Monoarthrite: quelles étiologies (à propos de 56 cas)

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

INTRODUCTION :

Les étiologies des monoarthrites sont multiples d'où l'intérêt d'un bon examen clinique et des examens complémentaires appropriés. Notre objectif est de préciser la démarche diagnostique et thérapeutique face à une monoarthrite.

PATIENTS ET METHODES :

Etude rétrospective de 56 dossiers de patients hospitalisés en Rhumatologie entre 1998 et 2015 pour monoarthrite.

RESULTATS :

Il s'agit de 31 hommes et 25 femmes âgés en moyenne de 39.9 ans [5-95]. Les articulations concernées étaient le genou (71.4%), la cheville (17.8%), le coude (5.4%) et le poignet (5.4%). Une fièvre était présente dans 30.4% des cas, des signes inflammatoires locaux (44.6%), un syndrome inflammatoire biologique (71.4%). La ponction articulaire a été faite dans 82.1% des cas et une biopsie synoviale dans 51.8% des cas. L'enquête étiologique a conclu à une origine infectieuse dans 14 cas (à germes pyogènes : 8 cas, tuberculeuse : 5 cas et mycosique : 1 cas), inflammatoire dans 11 cas (PR : 3 cas, arthrite réactionnelle : 5 cas et AJI : 3 cas), une arthropathie microcristalline dans 4 cas, une ostéochondrite (4 cas), une synovite villonodulaire (7 cas), une hémophilie (1cas), un ostéosarcome du tibia (1cas) et non identifiée (25%). Une antibiothérapie a été instaurée dans 25% des cas, un lavage articulaire (17.9%), des antalgiques (73.9%), une corticothérapie générale (5.1%) et locale (21.4%), une synoviorthèse à l'acide osmique (12.5%) et un traitement chirurgical (27%).

DISCUSSION:

La survenue d'une monoarthrite est fréquente chez l'adulte. L'essentiel est de diagnostiquer précocement une arthrite septique, qui est une urgence.

La réalisation d'une ponction articulaire et l'instauration d'une antibiothérapie adaptée au germe permettent de préserver la fonction de l'articulation.

Les diagnostics différentiels: bursite, tendinite, enthésopathie, douleur osseuse et dermohypodermite.

Pour l'enquête étiologique, on s'aidera des antécédents personnels et familiaux, de l'âge, du sexe, de la notion d'une immunodépression ou d'une porte d'entrée, du caractère aiguë, subaiguë ou chronique de la monoarthrite, des traitements reçus, de la localisation articulaire, des signes extra-articulaires, du résultat de la biologie et de la ponction articulaire et de l'imagerie (radiographies, échographie, IRM, TDM, scintigraphie osseuse).

Les principales étiologies de monoarthrite sont : d'origine infectieuse (à germes spécifiques ou non spécifiques) qui sont à éliminer en premier lieu surtout en présence de fièvre, d'origine inflammatoire (les rhumatismes inflammatoires chroniques et les connectivites), d'origine mécanique (les ostéochondrites, les dystrophies synoviales) et d'origine tumorale (synoviosarcome, tumeurs osseuses malignes primitives ou secondaires de localisation épiphysaire).

Conclusion:

La démarche diagnostique devant une monoarthrite doit être stéréotypée avec la hantise de l'arthrite septique devant toute monoarthrite fébrile.



Polyarthrite du sujet âgé: démarche diagnostique (A propos de 133 cas).

Z.Alaya, S.Lataoui, D.Amri, M.Bouzaouache, K.Baccouche, S.Belghali, A.Jamel, N.Amara, I.Ben Smida, N.Bagané, H.Zeglaoui, E.Bouajina.

Service de Rhumatologie, hôpital Farhat HACHED - Sousse

Introduction :

La polyarthrite du sujet âgé pose un problème diagnostique en Rhumatologie. Cette difficulté est due à l'existence fréquente de pathologies associées, à l'aspect souvent trompeur des rhumatismes à début tardif et à l'existence de pathologies articulaires propres aux sujets âgés.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective de 133 cas de polyarthrite du sujet âgé colligés dans le service de rhumatologie entre 1998 et 2015.

Résultats :

Notre série a comporté 94 femmes et 39 hommes. L'âge moyen était de 71,5 ans [60 - 91].

Le diagnostic retenu était :

- une polyarthrite rhumatoïde (PR) chez 67 patients (50,3%)
- une goutte chez 15 patients (11,27%)
- une chondrocalcinose articulaire dans 11 cas (8,27%)
- une pseudo-polyarthrite rhizomélique (PPR) chez 14 patients (10,5%) et une maladie de Horton chez 4 patients.
- une connectivite chez neuf malades (6,76%) :
 - 5 cas de syndrome de Sjögren primitif,
 - 1 cas de lupus
 - 3 cas de sclérodermie systémique.
- une spondyloarthrite à début tardif chez 6 patients :
 - périphérique associée à un psoriasis dans 4 cas
 - et axiale dans 4 cas.
- un rhumatisme intermittent et un syndrome paranéoplasique respectivement dans un cas.

La polyarthrite était *inclassée* dans 5 cas.

Commentaires :

Le diagnostic de polyarthrite chez le sujet âgé est en général aisé devant les signes cliniques et biologiques d'inflammation. La difficulté concerne essentiellement le diagnostic étiologique. La PR reste le diagnostic le plus fréquent (34 %), elle peut même débuter au-delà de 75 ans [1]. Viennent ensuite la PPR et la maladie de Horton [2], et moins fréquemment, les connectivites et les spondyloarthropathies. Cette répartition indique que le plus souvent le diagnostic se posera entre PR et PPR (dans plus de 60% des cas dans notre série).

Conclusion :

Les polyarthrites du sujet âgé peuvent revêtir plusieurs tableaux cliniques. Leurs étiologies sont multiples, et sont dominées par les rhumatismes inflammatoires chroniques et par les arthropathies métaboliques. Elles peuvent également révéler une affection néoplasique mettant en jeu rapidement le pronostic vital, d'où l'intérêt de faire un diagnostic précoce.

Références :

- [1] Chiba H, Matsushita K, Shibakawa A, Aoki H. Rheumatoid arthritis in patients aged above 75-years-old at onset. Ryumachi 2003;43:557- 63.
- [2] Palosuo T, Tilvis R, Strandberg T, Aho K. Filaggrin related antibodies among the aged. Ann Rheum Dis 2003;62:261-3.



A propos d'une nouvelle observation d'un syndrome de Caplan Collinet survenant au cours d'un syndrome de chevauchement !

Feki A, Akrouf R, Mnaïja MA, Masmoudi K, Ezzeddine M, Hachicha I, Fourati H, Baklouti S
Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax

INTRODUCTION

Le syndrome de Caplan-Collinet est défini par l'association de pneumoconiose et de polyarthrite rhumatoïde (PR). C'est une association rare dont la pathogénie reste non univoque. À travers la présentation d'un cas de syndrome de Caplan Collinet, nous proposons de discuter les différentes hypothèses pathogéniques de cette association et notamment les désordres immunologiques en rapport avec l'exposition à la poussière de silice

Cas clinique

Sexe: féminin

Age :49 ans

Profession: travaille dans la fabrication des prothèses dentaires

Motif: polyarthrite chronique avec raideur matinale associée à une xérostomie et une xérophtalmie

Signes physiques

synovites des poignets et des IPP et des MTP des nodules rhumatoïdes un syndrome de Raynaud

Biologie

VS = 30 mm1h

CRP = 12mg/l)

AAN à 1/1280 moucheté

anti-RNP+

Anti DNA-

Anti Sm -

FR = 50UI/ml

anti CCP=70RU/ml

biopsie des GSA:SGS

Radiologie

Les radiographies standards



une carpité stade 3



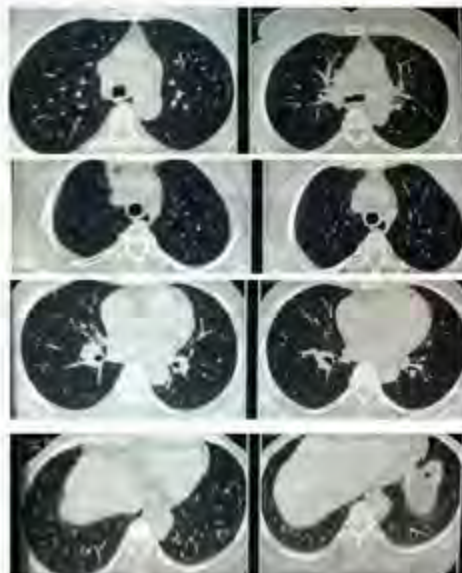
une tarsite stade 3

Radiographie du thorax



Opacités réticulo-nodulaires surtout basales

Un complément d'exploration par TDM thoracique a montré:



présence d'une pneumopathie infiltrante diffuse avec la présence d'opacités réticulaires, nodulaires et macro-nodulaires diffuses aux deux champs pulmonaires

lavage broncho-alvéolaire + biopsies bronchiques: ont confirmé le diagnostic de silicose

Le traitement préconisé

immunosuppresseur + corticothérapie

DISCUSSION

-Le syndrome de Caplan et Collinet a été identifié en 1953 [1]. Il est défini par l'association d'une silicose et d'une PR et il est caractérisé radiologiquement par la présence d'opacités pulmonaires arrondies, multiples, à prédominance périphérique, qui correspondent histologiquement à des nodules rhumatoïdes, dont le centre est nécrosé contenant de la silice. La durée d'exposition à la silice est souvent supérieure à 15 ans et la PR associée est souvent grave et séropositive [2].

-L'incrimination de l'exposition à la poussière de silice cristalline naturelle dans la genèse de certaines pathologies auto-immunes telles que la PR, la sclérodémie et le lupus érythémateux systémique est certaine [3]. Certains ont même noté l'augmentation des désordres immunitaires après chirurgie plastique utilisant des implants contenant du silicone ($(SiO_2-O)_n$) [4].

CONCLUSION

L'exposition à la poussière de silice est associée à des maladies auto-immunes diverses. La PR paraît être la connectivite la plus fréquemment associée pouvant faire suggérer une intrication dans leur pathogénie.

Bibliographie

- [1] Caplan A. Certain radiological appearances in the chest of coal suffering from rheumatoid arthritis. *Thorax* 1953;8:29-33. [2] Klockars M, Kosbela R, Jarinen E, et al. Silica exposure and rheumatoid arthritis: a follow up study of granite workers, 1940-1980. *Br Med J* 1987;294:997-1000.
- [3] Otsuki T, Miura Y, Nishimura Y, Hyodoh F, Takata A, Kusaka M, et al. Alterations of Fas and Fas-Related Molecules in Patients with Silicosis. *Exp Biol Med* 2006;231:522-33.
- [4] Jenkins ME, Friedman HI, Von Recum AF. Breast implant: facts, controversy, and speculations for future research. *J Invest Surg* 1996;9:1-12.

Association d'une cirrhose biliaire primitive et d'un syndrome de Gougerot Sjögren : A propos de Deux observations et revue de la littérature

Ezzeddine M, Akrouf R, Maamri A, Feki A, Mnajja MA, Masmoudi K, Hachicha I, Fourati H, Baklouti S
Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax

Introduction

La cirrhose biliaire primitive (CBP) est une pathologie auto-immune caractérisée par une destruction progressive des canaux biliaires interlobulaires, responsable d'un désordre cholestatique chronique. Les manifestations cliniques fréquentes sont l'asthénie, le prurit, l'hépatomégalie ou un ictère mais la maladie est souvent asymptomatique. Cette hépatopathie peut être associée à d'autres maladies auto-immunes comme le syndrome de Gougerot Sjogren (SGS). À travers la présentation de deux observations de patientes atteintes de SGS et CBP, nous nous proposons de discuter l'immunopathogénie de cette association ainsi que les différentes modalités de prise en charge thérapeutique.

Observation 1 :

Patiente âgée de 43 ans a développé un syndrome oedémato-ascitique depuis 6 mois dans un contexte d'AEG. A l'examen: abdomen distendu, matité déclive, ascite libre de moyenne abondance, OMI mou, blanc gardant le godet, douleur articulaire aux extrémités des MI, crampes, arthrite des 2 genoux et des 2 pieds: CR+ en bilatéral, douleur à la mobilisation des 2 chevilles et à la biologie, GB=5030; Hb = 12.5; Plaquettes=103000; VS=27; CRP=55; PAL=187; TP=46%; GGT=25. La FOG D: VO grade II sans signes rouges. Gastropathie hypertensive modérée. Echographie abdominale: Foie d'hépatite chronique, multiples lésions nodulaire et signes d'HTP, Thrombose porte. Les sérologies des hépatites virales B et C étaient négatives; AAN: +moucheté 1 nucléon/1280; Anti DNA natif+; Anti ENA SSA+ RO52+; IgG: 33.4 g/l. Le diagnostic d'HAI est retenu avec score de l'HAI à 17 >15. La patiente a été mise sous corticothérapie et imurel. Par la suite, devant l'ascite de moyenne abondance une PELA a été faite et a éliminé une étiologie néoplasique. Les marqueurs tumoraux sériques étaient normaux. TDM TAP: Multiples modules hépatiques évoquant des métastases hypervasculaires, aspect de thrombose chronique de la branche porte droite, Ascite de moyenne abondance avec déviation porto cave, poire ombilicale et péri oesophagienne. Absence de lésions d'allure tumorale primitive décelable aux étages thoracique abdominal et pelvien. PBF: Aspect histologique compatible avec une hépatopathie chronique et aiguë (score de Metavir AZ-F3) Absence de signes histologiques de malignité. Devant la notion de xérophtalmie, xérostomie et la pancytopenie à la NFS (GB 2960; plaquette: 96000; HHG:10.8) avec anti SSA+, anti RO 52+, un examen ophtalmologique et une biopsie des glandes salivaires accessoires confirment un syndrome de Gougerot Sjogren. L'évolution clinique et biologique sous traitement était favorable.

Conclusion :

L'association syndrome de Gougerot-Sjogren et CBP semble plutôt fréquente, elle souligne la nature systémique des maladies auto-immunes. Cette coexistence ne semble pas, par ailleurs, modifier ni l'évolution ni le pronostic de chacune des deux maladies.

Observation 2 :

Une femme âgée de 38 ans sans ATCDs dont l'histoire de la maladie remonte à l'année 2000 marquée par l'installation de xérophtalmie, xérostomie, cervicalgie, lombalgie et gonalgie d'horaires mécaniques, myalgie, asthénie, vertige et prurit plus accentué la nuit. Le diagnostic de syndrome de Gougerot Sjogren a été confirmé par une biopsie des glandes salivaires accessoires. L'origine hépatique (CBI) était fortement suspectée devant le prurit et la perturbation du bilan hépatique: Cytolyse: ASAT 149 ALAT 156 Choléstase: PAL:1310 GGT: 253. Pour confirmer le diagnostic de cirrhose biliaire primitive, les anti mitochondrie positif $\geq 1/40$, anti muscle lisse et anti LKM1 sont négatifs. La PBF a confirmé le diagnostic de CBP associée et la patiente était mise sous corticothérapie et immunosuppresseurs avec une évolution clinique et biologique favorable.

Commentaires :

- La cirrhose biliaire primitive est habituellement reconnue entre 40 et 60 ans, les extrêmes allant de 30 à 75 ans. La prédominance féminine est forte: la proportion des femmes parmi les malades est de l'ordre de 90%.
- Elle est souvent associée à des manifestations extra-hépatiques. Les principales sont: le syndrome de Gougerot-Sjogren, la PR, la sclérodémie, la thyroïdite auto-immune, l'alvéolite pulmonaire fibrosante. D'autres associations, plus rares, sont indiquées dans le Tableau. Ces associations représentent un argument important pour penser que la cirrhose biliaire primitive est une maladie auto-immune

MALADIES ASSOCIÉES À LA CIRRHOSE BILIAIRE PRIMITIVE

Syndrome de Gougerot-Sjögren	Sarcrodermie
Polyarthrite rhumatoïde	Thyroïdite auto-immune
Alvéolite pulmonaire fibrosante	Atrésie vésiculaire
Pempfigus bulleux	Lichen plan
Glaucome à angle fermé	Acidose tubulaire rénale
Porphyrie	Dermatomyosite
Lupus érythémateux disséminé	Maladie de Basedow
Cette dernière	Thrombopénie auto-immune
Myéopathie	Sarcosine

Source: [17].

Prévalence des troubles cutanées du pied au cours de la polyarthrite rhumatoïde

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

INTRODUCTION :

La polyarthrite rhumatoïde est une maladie inflammatoire qui touche principalement les articulations synoviales. L'atteinte des pieds est fréquente et peut être très gênante. Les déformations du pied peuvent être très sévères avec risque d'hyperkératose, de durillons plantaires, de fistule avec risque infectieux. Le but de notre travail est de déterminer la prévalence des troubles dermatologiques les plus fréquents au niveau des pieds chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde.

PATIENTS ET METHODES :

Etude descriptive transversale menée sur une période de 3 mois sur des patients suivies pour une polyarthrite rhumatoïde.

RESULTATS :

- Il s'agit de 41 patients : 12 hommes et 29 femmes d'âge moyen 50 ans [30-70].
- La durée moyenne d'évolution de la PR était de 10 ans [1 an-20 ans].
- l'atteinte cutanée présente dans 80.5% des cas est fréquemment localisée au niveau de l'avant pied (51% des cas) à type de :
 - * macération chez 24 patients (58% des cas),
 - *peau sèche et atrophie du capiton plantaire chez 21 patients chacun (51% des cas),
 - *un durillon dans 20 cas,
 - *un cor dans 17 cas
 - *un œil de perdrix dans 12 cas et
 - *une hyperkératose talonnière dans 10 cas.
- Des troubles unguéaux sont notés chez 85% des patients :
 - *l'épaississement unguéale est présent dans 66% des cas, du à la présence d'onychomycose ou des microtraumatismes répétés dans les chaussures,
 - *des ongles striés longitudinalement et friables dans 59% des cas et
 - *une onycholyse dans 27% des cas.

DISCUSSION:

- Le pied, en particulier l'avant-pied, est fréquemment atteint dès le début de la polyarthrite rhumatoïde.
- Un diagnostic et une prise en charge précoces influencent le devenir fonctionnel du patient.
- Les atteintes du pied dans la polyarthrite rhumatoïde concernent environ 90% des patients.
- l'atteinte cutanée (85.5%) est fréquemment localisée au niveau de l'avant pied (51%) avec la présence de cor et de durillon liés à des troubles statiques qui entraînent des hyperpressions mécaniques.
- Les patients ont décrit des douleurs mixtes dans 76% des cas.
- l'épaississement unguéal est présent dans 66% des cas, du à la présence d'onychomycose ou des microtraumatismes répétés dans les chaussures.
- Donc l'apparition de troubles cutanés et unguéaux traduit les contraintes mécaniques que subit l'avant pied au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Conclusion:

l'apparition des troubles cutanés et unguéaux au cours de la polyarthrite rhumatoïde n'est pas rare et traduit les contraintes mécaniques que subit l'avant pied au cours de cette maladie.



Aspects épidémiocliniques des spondyloarthrites : Résultats d'une étude transversale sur 6 mois

Bachali A, Sahli H, Tekaya R, Mahmoud I, Saidane O, Abdelmoula L

Introduction:

Les spondyloarthrites (SpA), constituent un ensemble de rhumatismes inflammatoires chroniques partageant des caractéristiques cliniques, radiologiques et un terrain génétique communs.

Méthodes :

Etude transversale réalisée sur une période de 6 mois ayant porté sur des patients atteints de SpA. Les données épidémiocliniques ont été recueillies puis analysées.

Résultats :

- 60 patients: 47 hommes et 13 femmes
- Age moyen: 44 ans \pm 14 ans [15-82]
- 37 patients étaient mariés: nombre moyen d'enfants à charge 1,5 [0-7].
- Tabagisme: 28 patients dont 12 sevrés. Le nombre moyen de paquet/année était 17,2.
- 43 patients habitaient en zone urbaine.
- 25 patients atteints de SpA étaient au foyer.
- 29 patients n'avaient pas des antécédents personnels à part la SpA.
- Environ la moitié des patients avaient un IMC normal.
- L'âge moyen de début de la SpA était de 33,68 \pm 15 années. Un début juvénile a été noté chez 8 patients. La durée d'évolution moyenne de la SpA était de 10,4 \pm 9,3 années.
- La répartition des patients selon le type de SpA est résumée dans le tableau n°1.
- 24 patients (40%) avaient une atteinte axiale pure. Une atteinte articulaire périphérique a été notée chez trois patients (5%). Des manifestations extra-articulaires étaient présentes chez 49 patients (82%).
- Trente cinq patients (58%) avaient une qualité de vie altérée.
- Le tableau n°2 résume les caractéristiques cliniques.
- SIB+: 42 patients (70 %).
- 38 patients (63%) étaient sous AINS. 30 patients (50%) étaient sous immunosuppresseurs : méthotrexate (n=8), sulfasalazine (n=18) et azathioprine (n=4). 14 patients (23%) étaient sous anti-TNF alpha : Infliximab (n=7), Etanercept (n=4) et Adalimumab (n=3).

Discussion

Les SpA associent toutes, bien qu'à des degrés divers, un syndrome axial, rachidien et sacro-iliaque, un syndrome périphérique articulaire et/ou enthésitique, et un syndrome extra rhumatologique. Elles partagent des caractéristiques cliniques et radiologiques communes et aussi un terrain génétique commun comme l'atteste l'existence de cas familiaux et la forte liaison avec l'antigène HLA B27.

Conclusion

Les SpA sont fréquentes, surviennent essentiellement chez le sujet jeune de sexe masculin. La gêne fonctionnelle engendrée par ce groupe de maladies est considérable.

Tableau n°1: Répartition des patients selon le type de SpA

Type de Spondyloarthrite	N	%
Spondylarthrite ankylosante	33	55
Rhumatisme des entérocolopathies	13	21
Rhumatisme psoriasique	12	20
Arthrite réactionnelle	1	2
SAPHO	1	2
Total	60	100

Tableau n°2: Caractéristiques cliniques

paramètres	Moyenne \pm 2 écarts type [min-max]
Le BASDAI	40,33 \pm 24 % [0-82]
Le BASFI	43 \pm 29 % [0-98]
Le BASRI	6,86 [0-16]
Le RM	0,68 heures
Le RN	1,57
Le NAT	0,57
Le NAD	2,37
L'EVA	52,3
EGP	50,6%



Métastase musculaire révélatrice d'un adénocarcinome bronchique : A propos d'un cas et revue de la littérature

Sahli H, Bachali A, Tekaya R, Fnina S, Amri R, Harran H, Ben Ahmed I, Ben Ammou B, Azzebi S, Jazi R, Bouzaidi K

Introduction

Le diagnostic du cancer bronchique non à petites cellules se fait à un stade métastatique dans 25 % des cas.

Les métastases musculaires sont rares et révèlent exceptionnellement le cancer broncho-pulmonaire.

Observation

• Patient âgé de 49 ans, tabagique à 50 PA, a consulté pour une cruralgie droite d'horaire inflammatoire avec altération de l'état général depuis 2 mois.

• A l'examen, le patient était apyrétique et avait une hanche droite douloureuse avec une limitation active et passive dans tous les sens.

• Les radiographies standards étaient normales.

• La biologie a montré un SIB.

• Une IRM a été demandée et a montré une masse tissulaire de 75*72 mm, en avant de l'aile iliaque droite au dépend du muscle psoas, de signal hétérogène en T2 et après injection de gadolinium et présence de zone en hypersignal T2 ne se réhaussant pas (Figure 1).

• L'étude anatomopathologique avait conclut à une métastase musculaire en rapport avec un adénocarcinome bronchique.

Conclusion

La métastase musculaire est un évènement rare et rarement inaugural au cours de l'évolution du cancer bronchique. Ses manifestations cliniques sont souvent trompeuses conduisant à un retard diagnostique.



Figure 1: IRM du bassin

Discussion

Les métastases du cancer bronchique non à petites cellules siègent le plus souvent au niveau du poumon, du foie, de l'os, des surrénales et du système nerveux central. Les métastases musculaires sont rarement décrites dans la littérature. Dans les séries cliniques, le muscle est le siège de métastases dans 0,03 à 0,16% des cas, alors que dans les séries autopsiques, la prévalence a été évaluée à 16%. Les cancers primitifs les plus souvent incriminés sont les cancers du poumon, de l'appareil génito-urinaire, de la sphère ORL et les hémopathies malignes. Les techniques d'imagerie actuelles sont d'une grande aide pour le diagnostic et la réalisation des biopsies.

Références

(1) Goldstraw et al. International association for the study of lung cancer international staging committee. The IASLC lung cancer staging project : proposals for the revision of the TNM stage groupings in the forthcoming edition of the TNM classification of malignant tumours. J thorac oncol 2007;8:706-14.



SURDITE BILATERALE BRUTALE REVELATRICE D UNE SARCOIDOSE SYSTEMIQUE

Khalfallah R, Sahlí H, Tounsi H, Amri R, Ben Dahmen F, Harran H, Azzebi S, Ben Ahmed I, Jazi R, Tekaya R**
Service de Médecine Interne – HMTM – Nabeul – Tunisie
**** Service de Rhumatologie – EPS Charles Nicolle – Tunis - Tunisie**

INTRODUCTION :

La sarcoïdose est une affection granulomateuse multiviscérale, de cause inconnue, caractérisée par une infiltration tissulaire constituée de granulomes tuberculoïdes à cellules géantes, sans nécrose caséuse associée. Elle est rarement à l'origine d'une surdité.

Nous rapportons une observation rare d'une patiente ayant une sarcoïdose systémique révélée par une perte brutale et bilatérale de l'audition

OBSERVATION :

Une femme âgée de 50 ans, sans antécédents, était hospitalisée par le biais des urgences pour une surdité bilatérale associée à une toux sèche et une oligoarthritis fébrile et évoluant depuis 15 jours avant son admission. L'examen a noté une fièvre à 38°C, une oligoarthritis au niveau des 2 genoux et une éruption maculopapuleuse érythémateuse avec quelques lésions nodulaires au niveau des faces antéro-externes des 2 jambes. L'examen neurologique a révélé un nystagmus et à une anosmie. La biologie a montré un syndrome inflammatoire biologique (VS=70 ; CRP=34). Le bilan phospho-calcique sanguin et urinaire était normal. L'audiométrie a objectivé une surdité de perception bilatérale symétrique de 60 dB avec abolition des réflexes stapédiens. L'examen ophtalmologique était sans particularités. Les radiographies standards des articulations et du thorax étaient normales. Une biopsie cutanée a été réalisée et a montré une hypodermite granulomateuse sans nécrose caséuse. L'IDR à la tuberculine était négative. L'EFR a montré un trouble obstructif des petites voies aériennes. L'ETT était sans anomalies.

- Le diagnostic de sarcoïdose systémique a été évoqué devant la symptomatologie respiratoire, l'atteinte articulaire, l'anergie tuberculinique et l'hypodermite granulomateuse. Une corticothérapie à 1 mg/kg/j a été entamée après avoir pratiqué une IRM. L'évolution à j10 a montré une amélioration de l'audition.

Discussion :

La sarcoïdose peut toucher le système nerveux dans 5 à 10 p. 100 des cas, l'atteinte étant inaugurale dans la moitié des cas. Une neuropathie du nerf cochléaire est rare. L'histologie est nécessaire au diagnostic positif. En l'absence d'autre point d'appel, la biopsie stéréotaxique est rapidement indispensable. La corticothérapie doit être intensive mais n'est pas toujours efficace[1].

CONCLUSION :

Notre observation a l'intérêt de souligner la rareté de la surdité au cours de la sarcoïdose systémique. Cette atteinte est à ne pas méconnaître puisqu'il y a un risque de surdité définitive



Anti-TNF α au cours des spondyloarthrites: efficacité et tolérance.

Souissi MA, Alaya Z, Toulgui E, Lataoui S, Baccouche K, Belghali S, Amara N, Ben Smida I, Jamel A, Zeglouli H, Bouajina E.

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse.

INTRODUCTION :

Nous nous proposons d'étudier l'efficacité et la tolérance des anti-TNF α chez des patients suivis pour spondyloarthrite (SpA).

PATIENTS ET METHODES :

Étude monocentrique rétrospective entre 2007 et 2015 de 32 patients colligés en milieu rhumatologique, ayant une SpA traités par anti-TNF α . L'efficacité a été évaluée sur des critères cliniques : dérouillage matinal, présence de réveils nocturnes, présence de rachialgies, de pyalgies, nombre d'articulations douloureuses et/ou gonflées, nombre d'enthèses douloureuses et pourcentage de patients consommant des AINS et/ou sous corticothérapie, les scores d'activité de la maladie (BASDAI, BASFI) et des critères biologiques : VS, CRP.

RESULTATS :

Notre étude a comporté 23 hommes et 9 femmes, âgés en moyenne de 27,7 ans. La SpA était axiale dans 87,5% des cas, périphérique dans 46,8% des cas, enthésitique dans 21,8% des cas, associé à un psoriasis chez 9 patients et à une maladie de Crohn dans un seul cas. L'anti-TNF α était débuté 7 ans en moyenne après le diagnostic: étanercept (21 cas), adalimumab (7 cas) et infliximab (4 cas). L'efficacité primaire des anti-TNF α sur l'ensemble des critères cliniques et biologiques a été observée chez 29 patients (90,6%) avec un délai d'action de 1 à 3 mois après le début de la biothérapie. Le score BASDAI était passé de 6,1/10 [4,3-9,1] à 1,6/10 [0-4,5]. Chez ces patients, on a noté également une disparition du syndrome inflammatoire biologique. Cinq patients ont bénéficié d'un switch anti-TNF alpha avec bonne évolution dans 4 cas. Chez trois patients (1 SpA axiale et 2 SpA avec psoriasis), le changement de molécule était dû à une inefficacité primaire du traitement. Dans un cas, il a été motivé par un échappement thérapeutique à l'infliximab au bout de 18 mois. Dans un autre, l'apparition d'une cytolyse hépatique à 12 mois de traitement sous étanercept a nécessité l'arrêt de ce dernier et le recours à l'adalimumab avec bonne évolution. On a noté un cas d'aplasie médullaire sous infliximab compliquée de candidose œsophagienne. Trois autres patients ont présenté des infections graves : le premier porteur d'une SpA avec psoriasis sous étanercept a été hospitalisé pour myocardite virale, arthrite septique et hépatite virale A. Le deuxième a été traité pour surinfection de son psoriasis pustuleux et le dernier pour une infection bronchopulmonaire avec bonne évolution sous antibiothérapie par voie intraveineuse et arrêt transitoire du traitement pour chaque patient. Une uvéite paradoxale a été observée chez 2 patients sous étanercept et infliximab.

DISCUSSION :

Les agents anti-TNF devraient être proposés aux patients ayant une maladie dont l'activité est persistante malgré le traitement conventionnel. La réponse thérapeutique du traitement anti-TNF sera évaluée après au moins 3 mois à l'aide de critères mesurables d'activité.

En cas d'inefficacité primaire ou secondaire à un agent anti-TNF, il n'y a pas, à l'heure actuelle, d'arguments démontrant formellement l'intérêt de l'augmentation de la posologie. Il est justifié de discuter, après avoir reconsidéré le diagnostic de spondyloarthrite et éliminé un diagnostic différentiel ou une complication de la maladie, la rotation pour un autre agent anti-TNF.

La rotation vers un second agent anti-TNF peut être bénéfique, en particulier en cas de perte de réponse, d'inefficacité primaire ou d'intolérance à un premier anti-TNF. En cas d'échec, une rotation d'agents anti-TNF- permet d'augmenter le nombre de répondeurs. Dans une étude observationnelle, une réponse clinique a été observée chez 12/16 patients ayant changé de l'infliximab pour l'étanercept et chez 4/7 patients ayant changé de l'étanercept pour l'adalimumab. De même, l'efficacité d'un second anti-TNF- a été évaluée chez 99 patients, de l'étanercept vers l'adalimumab (n = 31), de l'infliximab vers l'étanercept (n = 25) et de l'étanercept vers l'infliximab (n = 22). L'amélioration selon l'opinion du rhumatologue était constatée chez 60/75 (80,0 %) pour les SpA à prédominance axiale et 20/24 (83,3 %) pour les formes périphériques quelle que soit la séquence thérapeutique.

Conclusion:

Les anti-TNF α sont des traitements rapidement efficaces et assez bien tolérés dans les spondyloarthrites, ayant révolutionné la prise en charge et le pronostic de ce groupe de maladies. La fréquence et la gravité des effets indésirables de ces molécules peuvent être réduites par le respect du bilan préthérapeutique, une éducation rigoureuse des patients et un suivi attentif.



Arthrite du coude révélatrice d'un syndrome SAPHO

Metoui L, Dhahri R, Ajili F, Boussetta N, Kacem N, Louzir B, Gharsallah I, Othmeni S

Introduction:

Le syndrome SAPHO est une entité rare associant Synovite, Acnée, Hyperostose et Osteite.

Sa faible prévalence est probablement liée à la diversité de ses manifestations cliniques.

Observation:

Il s'agit d'une patiente de 32 ans, sans ATCDs particuliers, admise dans notre service pour une arthrite du coude subaiguë (évoluant depuis 4 semaines) sans manifestations générales associées (notamment pas de fièvre). L'examen objective, outre l'apyrexie et la conservation de l'état général): une tuméfaction du coude gauche et du tiers supérieur de l'avant-bras avec un flessum irréductible du coude et une pust. L'examen de la paroi thoracique antérieure trouve une douleur à la palpation de la sterno-claviculaire sans tuméfaction.

La scintigraphie osseuse montre alors: une hyperfixation intense au niveau du coude gauche, du tiers supérieur du radius et du cubitus homolatéraux, une hyperfixation du genou gauche, du manubrium sternal ainsi qu'une sacroiliite bilatérale.

Les radiographies ont pu montrer des lésions ostéitiques au niveau de ces sites. La patiente a été alors mise sous AINS et Osté pam 90 mg en IVL avec une nette amélioration clinique et scintigraphique.



FIG1: Pustulose palmaire

Conclusion:

Le syndrome SAPHO est une entité rare et trompeuse qui met le clinicien devant un dilemme diagnostique et thérapeutique vu l'absence à ce jour de critères diagnostiques reconnus ou de recommandations thérapeutiques spécifiques.



Syndrome de Shulman: à propos de trois nouvelles observations

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

Introduction:

La fasciite avec éosinophilie ou syndrome de Shulman (SS) est une maladie rare dont le diagnostic repose sur l'association d'une induration sous-cutanée, d'une éosinophilie périphérique et d'une infiltration des fascias périmusculaires.

Matériels et méthodes:

Nous rapportons trois cas de syndrome de Shulman avec une atteinte cutanée distale colligés dans notre service.

Résumé:

- Deux hommes et une femme âgés respectivement de 60, 68 et 31 ans.
- Un patient était diabétique et tabagique.
- Les patients étaient hospitalisés pour exploration d'une sclérose cutanée des quatre membres dans deux cas et limitée aux avant-bras dans un cas, de localisation distale, d'installation progressive sur 2 ans en moyenne.
- La symptomatologie cutanée était associée à une polyarthralgie dans deux cas, à une arthrite des deux poignets et à une myalgie diffuse dans un cas.
- L'examen montrait une induration œdémateuse marquée des mains, des avant-bras chez tous les patients, associée à une atteinte des jambes chez deux patients avec un aspect de peau luisante et cartonnée sans atteinte du tronc avec la présence de télangiectasie de la face dans un cas.
- Un patient présentait une attitude en griffes des doigts traduisant une ténosynovite des tendons extenseurs.
- Biologie: il y avait une hyperéosinophilie dans deux cas et le syndrome inflammatoire biologique était constant.
- Le bilan immunologique: était normal dans deux cas et montrait un taux d'AAN faiblement positif et de type moucheté dans un cas.
- La capillaroscopie montrait chez un patient une raréfaction avec dystrophie des capillaires sans mégacapillaire, ailleurs elle était normale.
- Une échographie des parties molles en regard de la région atteinte mettait en évidence un épaissement des gaines tendineuses avec épaissement des fascias musculaires.
- Une biopsie cutanée profonde avait montré un fascia très épais, fibreux et siège d'un infiltrat inflammatoire lymphocytaire et à polynucléaires éosinophiles, concluant à un SS.
- Les explorations à la recherche d'une atteinte systémique étaient négatives.
- Les trois patients ont été traités par prednisone à la dose de 1 mg/kg par jour avec une bonne évolution de l'atteinte articulaire ainsi que de l'atteinte cutanée.

Conclusion:

- Le syndrome de Shulman est d'étiologie inconnue se caractérise par des manifestations cutanées initiales, prédominant aux membres, épargnant les paumes et les plantes, et pouvant s'étendre au tronc et exceptionnellement au visage. Le pronostic se révèle généralement favorable si la pathologie est détectée précocement, que le traitement est administré immédiatement et qu'il n'y a pas de localisations viscérales.



Apport de l'imagerie dans les spondylodiscites infectieuses

Alaya R, Rekik S, Boussaid S, Ben Saad R, Ajlani H, Sahli H, Cheour I, Elleuch M
Service de Rhumatologie la Rabta-Tunis

Introduction:

Les spondylodiscites infectieuses correspondent à l'infection du disque intervertébral et des corps vertébraux adjacents par l'inoculation d'un germe pyogène. L'imagerie joue un rôle primordial dans le diagnostic positif, le bilan lésionnel et l'enquête bactériologique.

Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 30 cas de spondylodiscite infectieuse colligés en milieu rhumatologique. Le diagnostic a été retenu en se basant sur des données cliniques, biologiques, radiologiques et bactériologiques.

Résumé:

- 19 hommes et de 11 femmes d'âge moyen de 59 ans.
- hospitalisés pour exploration d'une rachialgie inflammatoire.
- La durée moyenne d'évolution de la symptomatologie était de 6.3 mois.
- Tous nos patients avaient bénéficié d'une radiographie standard du rachis (Tableau1) et d'une TDM ou une IRM (Tableau 2).
- La spondylodiscite infectieuse touchait le rachis lombaire (68.9%), le rachis dorsal (37.9%) et le rachis cervical (10.3%) .
- Elle était multifocale dans 27.5% des cas et multiétagée dans 24.1% des cas.
- La ponction biopsie discovertébrale a été réalisée dans 21 cas. Elle était concluante dans 38% des cas.

Radiographie normale	irrégularité des plateaux vertébraux	tassement vertébral	lésion lytique vertébrale
13%	78%	32%	17.3%

Tableau 1: aspect radiographique

	TDM	IRM
Patients	46.4%	89.6%
Aspect en miroir	65.3%	68.9%
Tassement vertébral	38.4%	26.9%
Infiltrations des parties molles	53.8%	76.9%
Abcès des parties molles	15.3%	26.9%
Abcès périvertébral	7.6%	19.2%
Epidurite	7.6%	57.6%
Compression médullaire		7.6%
Aspect évocateur d'un germe	15.3%	19.3%

Tableau 2: Comparaison TDM/IRM au cours de la spondylodiscite infectieuse

Conclusion:

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 30 cas de spondylodiscite infectieuse colligés en milieu rhumatologique. Le diagnostic a été retenu en se basant sur des données cliniques, biologiques, radiologiques et bactériologiques.



Spondylodiscite infectieuse: du diagnostic au traitement

Alaya R, Rekik S, Boussaid S, Ben Saad R, Sahli H, Cheour I, Elleuch M
Service de Rhumatologie, CHU la Rabta, Tunis

Introduction:

La spondylodiscite infectieuse correspond à une infection du disque intervertébral et des corps vertébraux adjacents. Partant de notre série nous essayons de préciser l'épidémiologie et les causes des spondylodiscites infectieuses ainsi que leur prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Matériels et méthodes:

Ce travail consiste en une étude rétrospective descriptive de 29 cas de spondylodiscite infectieuse colligés dans un service de rhumatologie sur une période de 10 ans [2005-2015].

Résumé:

Age moyen = 59.7 [34 à 84 ans]

Sexe ratio = 1.7.

ATCDs = Cinq patients étaient diabétiques, un patient était toxicomane et un patient avait dans ses antécédents une tuberculose pulmonaire. Trois patients rapportaient la notion de contage tuberculeux.

Durée moyenne d'évolution de la symptomatologie = 6.3 mois.

Motif de consultation: *rachialgie (89.6%) * une lombosciatalgie (37.9%).

Douleur de type inflammatoire dans la majorité des cas (93%).

Signes associés: * une fièvre (51.7%) * une altération de l'état général (72.4%).

Biologie: SIB dans 79.3% des cas et une leucopénie (un seul patient).

Tous nos patients avaient bénéficié d'une radiographie standard du rachis et d'une TDM ou une IRM médullaire.

Siège: rachis dorsolombaire dans 90% des cas et le rachis cervical dans 10% des cas.

Enquête bactériologique: Les hémocultures étaient positives dans 7 cas, la sérologie de Wright et Vidal dans 6 cas, l'IDR dans 6 cas, le dosage du quantiféron dans 2 cas et la ponction discovertébrale était contributive dans 8 cas.

Les germes incriminés: la tuberculose (37.9%), la brucellose (20.6%), le staphylocoque (20.6%), un germe banal (17.2%) et le streptocoque Béta hémolytique (3.4%).

TTT: Tous les patients avaient eu un traitement antibiotique adapté. Sept patients avaient reçu une corticothérapie associée aux antibiotiques devant une épidurite.

Evolution: bonne dans 89.6% des cas.

Complications: deux cas de compression médullaire, un cas de syndrome de la queue de cheval, un cas de thrombose veineuse profonde et un cas d'abcès du psoas.

Conclusion:

Les spondylodiscites infectieuses sont essentiellement de localisation dorsolombaire touchant un seul ou rarement plusieurs disques contigus. Les germes sont majoritairement pyogènes et souvent identifiables à partir d'un foyer infectieux ou d'une hémoculture positive. L'évolution est favorable sous antibiotiques à condition d'un diagnostic précoce d'où l'intérêt des explorations et du démarrage de l'antibiotique sans retard.



Quel traitement pour des céphalées posturales après une infiltration épidurale ?

Belghali S, Trabelsi W*, Kadri KH**, El Amri N, Baccouche KH, Alaya Z, Amara N, Zeglaoui H, Bouajina E.

Introduction : Le syndrome post ponction lombaire (PL) est une complication connue des infiltrations rachidiennes. Néanmoins, il est rarement grave et disparaît rapidement après un traitement symptomatique. Le recours au blood patch, souvent réalisé en post partum après une péridurale pour colmater une brèche méningée, est rarement utilisé en milieu rhumatologique. Nous rapportons le cas d'une patiente traitée par blood patch pour un syndrome post PL sévère survenue après une infiltration épidurale et relevons les principaux facteurs de risque de cette complication.

Observation : Femme de 33 ans, très active, institutrice et au passé sportif. Aux antécédents de lombalgies depuis 4 ans. Elle a présenté une lombosciatique S1 droite sur hernie discale L5 S1 médiane et paramédiane droite conflictuelle avec la racine S1 homolatérale dans un contexte de surmenage physique et psychologique. L'indice de masse corporelle était à 20.6. Elle a eu un traitement médical et une rééducation fonctionnelle sans efficacité. D'où le recours à une infiltration épidurale L5S1 droite, scanoguidée avec une aiguille à ponction lombaire noire 22 gauge. La position du biseau était perpendiculaire à l'axe vertébral et le stylet a été replacé dans l'aiguille avant le retrait. Les suites immédiates étaient simples. Le repos a été respecté pendant 24h. Une efficacité instantanée de l'infiltration sur la sciatgie (EVA=0). Néanmoins, l'évolution était marquée par l'apparition au bout de 24h de céphalées de tension fronto-occipitales bilatérales en casques et rétro-orbitaires strictement posturales apparaissant environ 15 à 30 min après la position debout associées à des cervicalgies, des vertiges et la sensation de raideur cervicale ainsi que des nausées sans vomissement. Le tout confinant la patiente au lit pendant une semaine. Pas d'hypotension orthostatique, pas de fièvre ni de syndrome méningé à l'examen. Le diagnostic d'un syndrome post ponction lombaire en rapport avec une probable brèche méningée a été retenu. La patiente a eu des antalgiques, des antiémétiques, une rehydratation orale et parentérale sans aucune efficacité. Un colmatage sanguin par un Blood patch a été réalisé (injection de 30 cc de sang au site de l'infiltration) avec une efficacité immédiate sur les céphalées mais reprise de la sciatgie. A 5 mois d'évolution, pas de reprise des céphalées mais amélioration lente de la sciatgie sans disparition complète de la douleur.

Discussion :

La survenue de céphalées, après une infiltration rachidienne, représente une morbidité sévère. Elle a vu sa fréquence augmenter en pratique rhumatologique. Les principaux facteurs de risques associés à cette complication sont, le sexe féminin, l'âge, l'IMC bas, le diamètre et la position du biseau de l'aiguille, l'absence du remplacement du stylet dans l'aiguille avant le retrait ainsi que le surmenage psychologique [1]. Les céphalées positionnelles sont inconstamment accompagnées d'autres signes cliniques en rapport avec l'hypotension du LCR : signes visuels (flou visuel, phosphènes, baisse de l'acuité visuelle), signes auditifs (hypoacousie, acouphènes), vertiges (en rapport avec une hypotension de l'endolymphe), dont l'évolution est parallèle à celle des céphalées. Comme les céphalées, ces signes ont habituellement un caractère positionnel marqué. À l'inverse, on retrouve parfois des signes évocateurs d'une hypertension intracrânienne, comme des nausées et des vomissements, en rapport avec la vasodilatation méningée. Si l'abstention thérapeutique mérite d'être discutée, le traitement définitif des céphalées et/ou des troubles associés repose toujours sur la réalisation d'un blood patch (BP), dont l'efficacité n'a, jusqu'à présent, pas été supplantée par les multiples autres propositions formulées. La réalisation d'un BP est simple. Cette technique a peu varié depuis la description princeps de DiGiovanni et Dunbar, en 1970 [2]. Il s'agit d'une injection péridurale de sang autologue, parfois désignée sous le terme de colmatage péridural, effectuée dans des conditions strictes d'asepsie. Il est d'usage de pratiquer le BP au même niveau, voire au-dessous du niveau de la brèche. La littérature ne renferme aucune recommandation sur le volume à injecter allant de 2-3 ml à 20 ml. Il s'agit d'un traitement curatif avec une efficacité remarquable et spectaculaire. Toutes les études rapportent un taux de succès entre 95 et 98 % [3].

Conclusion : Le blood patch est une solution facile à réaliser par les médecins anesthésistes avec une efficacité spectaculaire dans l'immédiat, la reprise de la sciatgie chez notre patiente pouvait s'expliquer par le volume du sang qui a été injecté.



Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale : une origine maligne!

Toulgui E, Belghali S, Baccouche K, Alaya Z, Zeglaoui H, Bouajina E

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse

INTRODUCTION

L'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale (ONA TF) est une complication connue des états d'imprégnation cortisoniques ainsi que dans le cadre de la maladie de Cushing. Cependant, et à notre connaissance, elle n'a jamais été décrite en cas de corticosurréalome (CS) malin ou carcinome corticosurrénalien. Nous rapportons le cas d'un jeune patient présentant un CS compliqué d'ONA TF et discutons le lien physiopathologique.

Observation

Patient âgé de 40 ans, diabétique sous antidiabétiques oraux. Il a présenté un œdème des membres inférieurs faisant découvrir une masse surrénalienne qui comprimait la veine cave inférieure, correspondant à un stade 3 de la stadification de ENS@T. Une exérèse chirurgicale complète de cette masse surrénalienne a été faite en juin 2015 et l'étude anatomopathologique a conclu à un corticosurréalome malin. Les suites opératoires étaient simples avec persistance d'une hypersécrétion de corticostéroïdes. Le bilan d'extension était négatif à la tomographie thoraco-abdomino-pelvienne, et un traitement adjuvant par mitotane a été envisagé. A un mois du postopératoire, le patient a présenté une douleur inguinale brutale mécanique avec une impotence fonctionnelle partielle du membre inférieur gauche. La mobilité de la hanche gauche était douloureuse mais conservée. Les radiographies standards du bassin et de la hanche gauche étaient sans anomalies. Une scintigraphie osseuse couplée à une exploration par tomographie a mis en évidence une ostéonécrose aseptique de la tête fémorale confirmée par les données de l'imagerie par Résonance Magnétique. Une décharge ainsi qu'un traitement antalgique ont été débutés et un forage biopsique est proposé.

DISCUSSION

Le corticosurréalome est une tumeur surrénalienne développée au dépend de la corticale. Il est rare, 40 à 60 % des corticosurréalomes n'ont pas d'activité hormonale [1]. Sa découverte est le plus souvent fortuite. Il peut s'agir aussi de symptômes liés à une hypersécrétion d'hormones par la tumeur. L'ONA TF n'a jamais été décrite dans ce cadre, elle est expliquée par une hypersécrétion d'hormones corticostéroïdes. Dans notre observation cette complication est survenue après l'exérèse chirurgicale, elle traduit l'aspect sécrétant de la tumeur et dénoterait peut être d'une exérèse incomplète ou d'une éventuelle récurrence. Une ostéonécrose aseptique de la tête fémorale est donc un diagnostic à évoquer devant une douleur inguinale en cas de CS après avoir éliminé une métastase osseuse.

CONCLUSION

La prise en charge optimale des corticosurréalomes réclame l'intervention coordonnée d'une équipe pluridisciplinaire afin de ne pas méconnaître une complication rare qu'est l'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale. La prise en charge de l'ONA dans ce cadre rejoint les options thérapeutiques habituelles.



Cancer du cavum sous anti-TNF α : une simple coïncidence ou une relation de cause à effet ?

El Amri N, Belghali S, Baccouche KH, Alaya Z, Amara N, Zeglaoui H, Bouajina E.
Faculté de médecine de Sousse

Introduction :

- Le TNF α joue un rôle important dans la défense de l'hôte et le contrôle de la croissance tumorale. Par conséquent, le traitement par les anti-TNF α peut augmenter le risque des tumeurs malignes.
- Plusieurs cas de cancers cutanés, de lymphomes ainsi que de cancers solides ont été rapportés. Cependant aucun cas de cancer de cavum n'a été rapporté sous anti-TNF α
- Nous rapportons un cas de cancer du cavum sous anti-TNF α .

Observation :

- Il s'agit d'un homme de 46 ans, sans antécédents personnels ou familiaux particuliers, suivi depuis 3 ans pour la spondylarthrite ankylosante dans sa forme axiale.
- Le patient a été traité initialement par des AINS. Cependant sa maladie est restée active (BASDAI à 65) nécessitant le passage aux anti-TNF α .
 - Il a reçu l'Etanercept avec une bonne évolution initiale. Cependant au bout de quatre mois il a développé un échappement thérapeutique.
 - Il a été mis alors sous Adalimumab avec survenue d'un échec primaire.
 - Finalement le patient a été mis sous Infliximab.
- Lors de la troisième perfusion, on a constaté une **adénopathie douloureuse inflammatoire** au niveau de la région sous mandibulaire droite associée à une **fièvre**. L'examen ORL a révélé une masse tumorale au niveau du nasopharynx. Les biopsies locales ont conclu à **un carcinome indifférencié du nasopharynx**.
- Le bilan d'extension de la maladie n'a pas objectivé de métastases à distance.
- La conduite à tenir était alors d'arrêter l'Infliximab et de commencer un protocole de chimiothérapie et de radiothérapie.
- Le patient a été maintenu sous AINS pour sa spondylarthrite ankylosante.

Discussion:

- Le rôle des anti-TNF α dans la genèse des cancers est un sujet de controverse.
- Certaines études ont montré que le TNF α aurait un effet pro-carcinogène alors que d'autres ont prouvé que cette cytokine aurait un effet protecteur.
- Une méta-analyse publiée en 2006 a montré que les anti TNF α augmenterait le risque de cancers avec un odds ratio de 3,3. Les tumeurs malignes étaient significativement plus fréquentes chez les patients traités avec des doses plus élevées d'anti-TNF α .
- Contrairement à cette méta-analyse, aucun des registres n'a montré un excès de risque cancer solide sous anti-TNF par rapport à des patients appariés atteints de PR ou à la population générale, à l'exception des cancers de la peau dans certains registres.
- Les facteurs de risque classiques de cancer du nasopharynx sont l'infection à l'EBV, des facteurs génétiques ainsi que des facteurs diététiques et environnementaux. Le traitement anti TNF α ne serait pas un facteur de risque direct pour ce type de cancer.

Conclusion :

La Tunisie constitue une zone à risque intermédiaire pour le cancer du cavum. La responsabilité des anti-TNF α dans la survenue de cette maladie n'est pas certaine. Cependant une vigilance particulière est préconisée afin de détecter les patients à risque avant l'instauration de la biothérapie et au cours du traitement.



La névrite optique rétro-bulbaire: complication exceptionnelle de la Polyarthrite Rhumatoïde et intérêt du rituximab

Toulgui E, Alaya Z, Baccouche K, Souissi MA, Belghali S, Amara N, Ben Smida I, Jamel A, Zeglaoui H, Bouajina E

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse

INTRODUCTION

La névrite optique rétro-bulbaire (NORB) est un mode de révélation de pathologies inflammatoires du système nerveux central (SNC) telle que la sclérose en plaques ou la neuromyéélite optique de Devic. D'autres pathologies inflammatoires, principalement la sarcoïdose, les connectivites et la maladie de Behçet ainsi que certaines pathologies infectieuses, la syphilis, la maladie de Lyme et des griffes du chat entraînent également une inflammation du nerf optique.

Nous rapportons un cas de NORB compliquant une polyarthrite rhumatoïde (PR) qu'on décrit pour la première fois.

OBSERVATION

Il s'agit d'un patient âgé de 59 ans, hospitalisé à notre service pour exploration de polyarthrite chronique touchant les poignets, les métacarpo-phalangiennes, les genoux et les chevilles. Le diagnostic de PR a été retenu devant la présence d'une polyarthrite bilatérale et symétrique, d'un dérouillage matinal > 1heure, d'un bilan immunologique positif (facteur rhumatoïde positif, Anticorps Anti CCP positif) et d'une IRM des mains qui a mis en évidence la présence d'œdème osseux des têtes métacarpiennes. Le patient a présenté une baisse de l'acuité visuelle. Le fond d'œil était normal. Les explorations ophtalmologiques ont conduit à une NORB. Un bilan étiologique de cette NORB a été réalisé ayant éliminé une sarcoïdose, une syphilis, une maladie démyélinisante du SNC, une tuberculose, une vascularite, une maladie de Behçet et une connectivite. Cette atteinte était attribuable à la PR. Le patient a été mis sous corticothérapie. Par ailleurs, il a développé une fibrose pulmonaire contre-indiquant le méthotrexate. Le patient a reçu du rituximab et est actuellement bien stabilisé tant sur le plan rhumatologique qu'ophtalmologique.

DISCUSSION

La survenue d'une NORB a déjà été rapportée au cours des syndromes de chevauchement associant à la PR une sarcoïdose, un lupus, un syndrome des anti-phospholipides ou un syndrome de Sjögren. On rapporte pour la première fois cette complication ophtalmologique au cours de la PR. C'est une complication grave engageant le pronostic visuel du patient. Le rituximab a montré dans des séries ouvertes son intérêt au cours de la NORB et constitue en même temps un traitement de fond de la PR.

CONCLUSION

La névrite optique rétro-bulbaire ne figure pas parmi les complications classiques rapportées au cours de la polyarthrite rhumatoïde. Une prise en charge diagnostique et thérapeutique précoce est seule garante de la préservation du pronostic visuel de ces patients.



Le bilan tuberculeux pré anti TNF α influence-t-il le choix du traitement ?

S. Belghali, N.El Amri, Amri D, Baccouche Kh, Atoui S, Alaya Z, Amara N, Zeglaoui H, Bouajina E.
Service de rhumatologie Farhat Hached Sousse

Introduction

- La Tunisie constitue un pays d'endémie pour la tuberculose.
- La réactivation sous anti-TNF α d'une tuberculose latente est la hantise du rhumatologue dans notre pratique quotidienne.
- Tous les anti-TNF α exposent à ce risque mais à des degrés différents.
- L'objectif de ce travail est de décrire l'influence du bilan pré thérapeutique dans le choix de l'anti TNF α .

Matériels et méthodes :

- Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective portant sur des patients porteurs de rhumatismes inflammatoires chroniques traités par des anti-TNF α , colligés dans un centre hospitalier tunisien.
- Tous nos patients ont eu
 - une IDR à la tuberculine,
 - une recherche de BK dans les crachats et les urines trois jours de suite
 - une radiographie de thorax.

Résultats :

Quarante-cinq patients (22 hommes et 23 femmes) ont été inclus avec un âge moyen de 42,2 ans [8–68].

Ces patients étaient atteints de

- polyarthrite rhumatoïde dans 13 cas,
 - spondylarthrite ankylosante primitive dans 19 cas,
 - rhumatisme psoriasique dans 8 cas,
 - rhumatisme des MICI dans 4 cas et d'une arthrite juvénile idiopathique dans 1 cas.
- Dix patients ont présenté une IDR>5MM et ont bénéficié d'une chimioprophylaxie anti tuberculeuse pendant 3 mois.
- La recherche de BK était négative et la radiographie du thorax ne montrait pas de signes de tuberculose dans tous les cas.

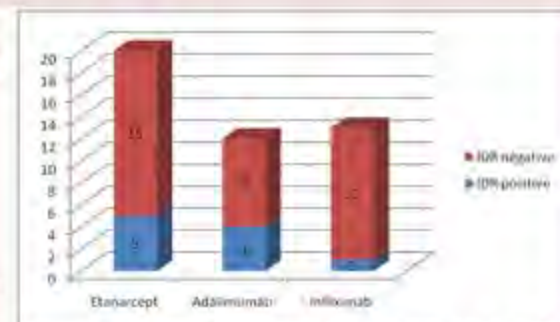
Discussion:

- Le risque de tuberculose est multiplié par 2 à 10 chez les patients sous anti-TNF α par rapport à la population générale et par 2 à 4 par rapport aux malades sans anti-TNF α .
- Les récepteurs solubles semblent moins incriminés que les anticorps monoclonaux dans le développement de la tuberculose. Cependant dans notre étude, le seul cas de tuberculose recensé était sous ce Etanercept. Par ailleurs, L'Infliximab serait l'anticorps monoclonal le plus pourvoyeur d'infection.
- Dans la vraie vie, ces données semblent influencer le choix de l'anti-TNF α . Ainsi, les récepteurs solubles sont privilégiés en cas de positivité de l'IDR et l'Infliximab est le moins utilisé dans ce cas.

Conclusion :

Dans notre étude les patients ayant une IDR positive ont été traités par les anticorps monoclonaux et les récepteurs solubles de manière équitable.

Cependant, il existe une tendance à privilégier les récepteurs solubles



Traitements prescrits en fonction du bilan tuberculeux

1: Tubach F et al, Risk of tuberculosis is higher with anti-tumor necrosis factor monoclonal antibody therapy than with soluble tumor necrosis factor receptor therapy: The three-year prospective French Research Axed on olerance of Biotherapies registry. Arthritis Rheum. 2009 Jul;60(7):1884-94.
2: Cantini F et al Tuberculosis risk in patients treated with non-anti-tumor necrosis factor- α (TNF- α) targeted biologics and recently licensed TNF- α inhibitors: data from clinical trials and national registries. J Rheumatol Suppl. 2014 May;91:56-64.
3 : Tubach F et al, Research Axed on Tolerance of Biotherapies Group. Risk of tuberculosis is higher with anti-tumor necrosis factor monoclonal antibody therapy than with soluble tumor necrosis factor receptor therapy: The three-year prospective French Research Axed on Tolerance of Biotherapies registry. Arthritis Rheum. 2009 Jul;60(7):1884-94.

Rhumatisme de Poncet compliquant une tuberculose ganglionnaire

Ferjani H, Khaldi B, Besghaier L, Bouallegue S, Bouallegue MH
Hôpital régional de Zaghuan

Introduction :

Le Rhumatisme de Poncet (RP) est une oligo ou polyarthrite aseptique de type réactionnel associée à une tuberculose évolutive. Son existence reste discutée.

Nous présentons un nouveau cas.

Observation :

- Mme W.S âgée de 37 ans, a consulté en ORL pour une tuméfaction sus claviculaire apparu depuis 2 mois, sans fièvre, sans sueurs nocturnes.
- L'échographie cervicale montrait un magma d'adénopathie sus claviculaire. L'IDR était positive à 15mm. La radiographie de thorax était normale.
 - L'examen anatomopathologique de la biopsie des adénopathies a conclu à une inflammation granulomateuse avec nécrose caséeuse.
 - Le diagnostic de tuberculose ganglionnaire a été retenu. Une semaine après le début de traitement antituberculeux, elle nous a consulté pour une oligo arthrite aigue des deux genoux et de la cheville droite. La ponction articulaire ramène 25cc de liquide inflammatoire.
 - La vitesse de sédimentation était à 45 à h1.
 - La numération formule sanguine montrait une anémie hypochrome microcytaire à 10,5g/dl sans hyperleucocytose.
 - La culture et la recherche de BAAR étaient négatives.
 - Le bilan immunologique comportant les AAN, le Facteur rhumatoïde et les ACPA étaient aussi négatifs.
 - La radiographie des sacro iliaques ne montrait pas de sacroiliite.
 - L'évolution sous AINS était favorable avec disparition des arthrites.

Discussion:

La maladie de Poncet est une polyarthrite réactive associée à une infection tuberculeuse active, dans laquelle a été exclue la présence des mycobactéries dans les articulations et des os affectés. Une étude récente publiée en 2016 a rapporté dix nouvelles observations de tuberculose pulmonaire compliquée d'atteinte articulaire.

Le tableau clinique était polymorphe. L'âge moyen des malades était de 34 ans avec une prédominance féminine. Les patients avaient rapporté l'apparition des polyarthralgies avec le début de la symptomatologie respiratoire.

Le bilan réalisé chez les patients a permis d'éliminer une localisation ostéo-articulaire.

L'amélioration clinique sur des arthralgies a été rapportée chez tous les patients sauf un seul patient dont la persistance de la symptomatologie a nécessité l'adjonction des anti-inflammatoires.

Ces observations illustrent l'existence et la diversité du Rhumatisme de Poncet chez les patients ayant une tuberculose évolutive et son évolution favorable sous traitement antibacillaire.

Conclusion

Le RP est habituellement décrit comme une polyarthrite touchant les grosses articulations, mais différentes formes cliniques ont été publiées. Le RP ne doit pas être oublié dans les hypothèses diagnostiques d'un rhumatisme inflammatoire.



Ulcération digitale révélant un syndrome du défilé cervico-thoraco-brachial

Khalfallah R, H Sahli, Sbai MA, Amri R, Tounsi H, Ben Ammou B, Harran H, Azzebi S, Ben Ahmed I, Jazi R, Bouzaidi K, Tekaya R
Service de Médecine Interne – HMTM – Nabeul – Tunisie
.. Service de Rhumatologie – EPS Charles Nicolle – Tunis – Tunisie
--- Service d'orthopédie – HMTM – Nabeul – Tunisie

Introduction :

Le syndrome du défilé cervico-thoraco-brachial (SDCTB) est une étiologie reconnue de douleurs du membre supérieur, qui est assez souvent sous-diagnostiquée car sa fréquence est sous estimée en milieu rhumatologique. Il peut être révélé par un syndrome de Raynaud mais qui est rarement sévère. Nous rapportons une nouvelle observation d'un SDCTB révélé par un syndrome de Raynaud sévère.

Observation :

Patiente âgée de 76 ans, hypertendue, consulta pour un syndrome de Raynaud de la main droite évoluant depuis 2 ans. L'examen a objectivé des troubles trophiques à type d'ulcération de la face latérale de la deuxième phalange du médius droit et une atrophie des muscles interosseux.

Un bilan étiologique d'un syndrome de Raynaud sévère a été entamé à la recherche notamment d'une cause maligne ou systémique et est revenu négatif (biologie, imagerie et immunologie). L'échographie doppler artérielle et veineuse des membres supérieurs a montré une discrète infiltration athéromateuse diffuse avec un aspect en faveur d'un syndrome du défilé cervico-thoraco-brachial du membre supérieur droit. L'angiogramme a une hypertrophie du processus transverse de C7 ainsi que la compression vasculaire. La chirurgie a été refusée par la patiente. Cependant une amélioration spectaculaire avec disparition de l'ulcération a été notée sous traitement vasodilatateurs et kinésithérapique

Discussion :

-Le SDCTB une affection qui prédomine chez les femmes et touche préférentiellement la population jeune avec une moyenne d'âge située entre 34 et 38,6 ans [1,3] ; contrairement à notre patiente qui était âgée.

- Le délai diagnostique dans certaines études était de 5 à 8 ans [2], dans la notre il était de 2 ans.

-Dans les autres séries ; les principales manifestations étaient à type de paresthésies dans 83 % des cas, de claudication à l'effort dans 65 %, d'un phénomène de Raynaud dans 42 %, des cervicalgies 14 %, d'une dilatation du réseau veineux superficiel 8%, les autres manifestations étaient moins fréquentes (vertige, acouphène...); chez notre patiente la seule manifestation clinique était le syndrome de Raynaud.[2]

-Pour le SDCTB rentrant dans le cadre d'une atteinte osseuse en est asymptomatique neuf fois sur dix, concerne trois fois plus les femmes que les hommes et les manifestations étaient bilatérales dans 50% des cas contrairement à notre patiente dont la symptomatologie était essentiellement unilatérale [3]

Conclusion :

Le diagnostic du SDCTB est difficile, mais doit être évoqué devant un syndrome de Raynaud unilatéral même en présence de complications

Réf :

- 1. Ghoussoub K, Tabet G, Faraj C et al. Facteurs prédictifs des résultats à long terme de la rééducation fonctionnelle des syndromes de la traversée thoraco-brachiale: à propos de 85 patients. Ann Readap Med Phys. 2007;50:134-9.
- 2. Dumontier Ch. Le défilé thoraco-cervico-brachial. Maîtrise Orthopédique. 2008;177:588-9.
- 3. Tekaya R, Néji O, Mahfoudhi M, et al. Le syndrome du défilé cervico-thoraco-brachial. Med TUN. 2011;89(11):809-13.



PROFIL CLINIQUE ET DENSITOMETRIQUE DES PATIENTES TRAITEES POUR CANCER DU SEIN

INTRODUCTION : L'ostéoporose après cancer du sein constitue un problème d'actualité. Les traitements anticancéreux seraient à l'origine d'une accélération de la perte osseuse. A l'opposé, la ménopause tardive et l'obésité, classiquement des facteurs de risque de cancer du sein, pourraient constituer des facteurs de protection osseuse. D'où l'intérêt d'une évaluation du profil clinique et densitométrique chez les femmes traitées pour cancer du sein.

PATIENTS ET METHODES : Etude rétrospective portant sur 92 dossiers de patientes suivies et traitées pour un cancer du sein, et explorées par une ostéodensitométrie (DMO) au service de Rhumatologie Farhat Hached Sousse.

RESULTATS : Il s'agit de 92 femmes d'âge moyen de 55,12 ans [38,6- 74,6 ans]. L'indice de masse corporelle moyen était de 31,28 avec une obésité dans 57,6% des cas. 88 patientes étaient ménopausées avec un âge de ménopause moyen de 46,36 ans. Les causes de ménopause étaient la chimiothérapie et la radiothérapie dans 27,9% des cas. 96,7% des patientes étaient sous anti aromatasés. Une ménopause précoce a été notée dans 11,5% des cas. Les autres facteurs de risque d'ostéoporose étaient une fracture du col de fémur et une ostéoporose chez les parents respectivement dans 14,1% des cas. Un antécédent d'une hyperparathyroïdie opérée était notée dans 2 cas et d'une hyperthyroïdie dans un seul cas. Un antécédent d'ostéoporose était noté dans seulement 5,6% des cas. Une fracture après l'âge de 40 ans était notée dans 25% des cas, touchant le poignet et la jambe dans 13% des cas pour chacune de ces localisations. Une consommation insuffisante de lait cru était constatée dans 7,6% des cas.

La densité osseuse était, au niveau du :

- rachis lombaire : d'une valeur moyenne de 1,016 g/cm² [0,556 ; 1,432] et d'une moyenne de T Score à -0,972 DS [-3,8 ; 6,6]
- col de fémur : d'une valeur moyenne de 0,964 g/cm² [0,429 ; 1,395] et d'une moyenne de T Score à -0,463 DS [-2,8 ; 5,4].

DISCUSSION : Le risque d'ostéoporose après un cancer du sein est variable et dépendrait essentiellement du statut osseux initial, des traitements reçus (rôle aggravant de la chimiothérapie [1] et des anti-aromatases [2]) ainsi que de l'évolutivité du cancer lui-même. En effet, une ménopause iatrogène due à la chimiothérapie est responsable d'une perte osseuse rapide, atteignant en 2 ans, 2 à 3 fois plus que lors d'une ménopause naturelle à 50 ans. [1] Aussi, L'administration d'un inhibiteur de l'aromatase chez une femme ménopausée pendant 6 mois s'accompagne d'une diminution des concentrations plasmatiques résiduelles d'oestradiol ainsi qu'une élévation des marqueurs plasmatiques du remodelage osseux confirmant l'impact osseux rapide de cette déprivation oestrogénique[2]. Tout cela pourrait avoir pour conséquence une augmentation du risque fracturaire chez ces patientes. Dans ce contexte, l'étude WHI [3] souligne que l'incidence des fractures ostéoporotiques chez 5298 femmes ayant déclaré à l'inclusion un antécédent de cancer du sein était augmentée de 30% au bout de 5 ans.

CONCLUSION : Une évaluation individuelle, basée sur des éléments clinico-biologiques, radiologique et densitométriques, est nécessaire afin d'identifier les patientes traitées pour cancer du sein à risque de développer des complications fracturaires.

[1] Shapiro CL, Manola J, Leboff M. Ovarian failure after adjuvant chemotherapy is associated with rapid bone loss in women with early-stage breast cancer. J Clin Oncol 2001 ; 19 : 3306-11. [2] Hesmati HM, Khosla S, Robins SP. Role of low levels of endogenous estrogen in regulation of bone resorption in late postmenopausal women. J Bone Miner Res 2002 ; 17:172-8. [3] Chen Z, Maricic M, Bassford TL et al. Increased fracture risk among breast cancer survivors. Results from the Women's health Initiative. J Bone Miner Res 2003 (Suppl 2) ; 18: S22.

Résultats de la DMO



Apport de l'échographie dans la polyarthrite rhumatoïde récente

El Amri N, Limeme M*, Belghali S, Amri D, Baccouche KH, Alaya Z, Amara N, Zeglaoui H, Bouajina E.
Service de rhumatologie Farhat Hached Sousse
*Service d'imagerie médicale Farhat Hached Sousse

Introduction :

- La prise en charge précoce de la polyarthrite rhumatoïde permet de saisir la fenêtre d'opportunité et de limiter les dégâts articulaires.
- Or le diagnostic précoce n'est pas toujours aisé compte tenu de l'absence de critère spécifique de cette pathologie. Dans cette indication, l'échographie prend une place importante depuis quelques années.
- L'objectif de cette étude était de comparer les données échographiques aux données de l'examen clinique et des radiographies standards au cours de la PR récente.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale portant sur des patients atteints de PR, répondant aux critères de l'ACR colligés au service de rhumatologie Farhat Hached de Sousse sur une période de 21 mois. Tous les patients ont eu une échographie des mains le jour même de l'évaluation clinique et des radiographies standards dans un délai ne dépassant pas une semaine de la réalisation de l'échographie. Une PR était considérée récente si elle évoluait depuis moins de deux ans.

Résultats :

Nous avons inclus 18 patients (13 femmes et 5 hommes) avec un âge moyen de $49,7 \pm 19,4$ ans.

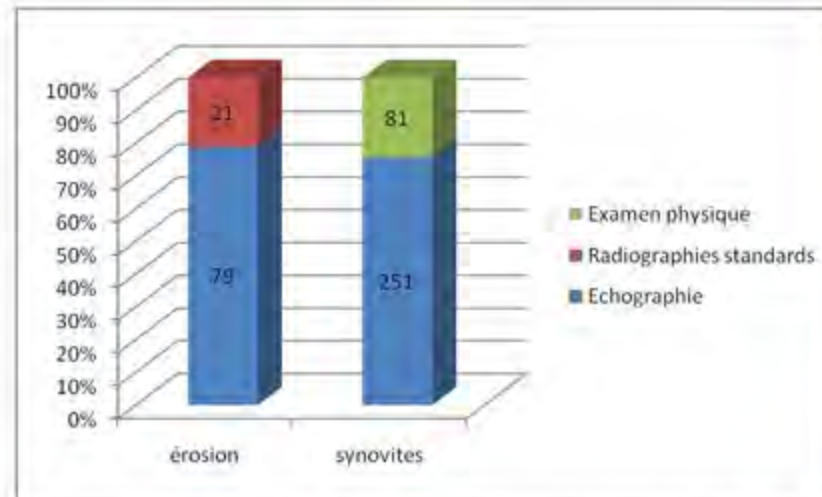
La durée d'évolution de la maladie était de $14 \pm 8,5$ mois.

Le syndrome biologique, le facteur rhumatoïde et les anti CCP étaient présents dans respectivement 12, 14 et 13 cas.

Le score de Sharp modifié moyen était de 26,3.

La concordance entre les synovites cliniques et les synovites échographiques était moyenne au niveau des poignets. Au niveau des MCP cette concordance était faible à bonne et au niveau des IPP elle était très faible à faible.

La concordance entre les érosions radiographiques et échographiques était faible à modérée au niveau des MCP et très faible à faible au niveau des IPP.



Comparaison des données échographiques avec celles de l'examen clinique et des radiographies standards

Discussion :

- L'échographie permet de détecter les synovites et les ténosynovites infra-cliniques et de différencier une arthrite ou une ténosynovite d'un simple épanchement mécanique.

- Fait important, l'échographie permet aussi d'objectiver les érosions infra-radiologiques signant ainsi le diagnostic de PR.

- Plusieurs auteurs ont essayé de combiner les critères de classification ACR / EULAR 2010 avec la détection des synovites échographiques notamment doppler positif et ont montré que cette combinaison est un argument de valeur pour le diagnostic précoce de PR.

Conclusion :

Dans notre étude, l'échographie a montré 3 fois plus de synovites que l'examen clinique et 2,7 fois plus d'érosions que les radiographies standards. Nos résultats prouvent l'importance de l'échographie au cours de la PR récente

Echographie des enthèses dans les spondylarthropathies : quel intérêt?

L.Mani, K.Baccouche, S.Belghali, Z.Alaya, N.Amara, H.Zeglaoui, E.Bouajina.
Service de Rhumatologie, hôpital Farhat HACHED - Sousse

INTRODUCTION:

Les spondylarthropathies (SpA) se caractérisent par l'atteinte inflammatoire des enthèses ou enthésite. L'échographie et surtout Doppler puissance (DP) semble être plus sensible que l'examen clinique dans la détection de l'inflammation. L'objectif de cette étude est de révéler l'intérêt de l'échographie dans la détection des enthésites même à un stade infraclinique.

PATIENTS ET METHODES :

Il s'agit d'une étude prospective bicentrique (rhumatologie-radiologie), menée au CHU Farhat Hached, incluant 20 patients atteints d'une SpA (14 spondyloarthrite ankylosante et 6 rhumatisme psoriasique), une échographie du tendon d'Achille (TA) et de l'aponévrose plantaire (AP) a été pratiquée chez chaque patient en utilisant le mode B et DP.

RESULTATS :

Il s'agit de 7 femmes et 13 hommes dont l'âge moyen est de 43.85 ans. La moyenne de la durée d'évolution était de 8.9 ans. Dix patients avaient une talalgie inflammatoire. Une sacroïllite a été retrouvée dans 15 cas. La SPA est active dans 65 % des cas et la moyenne de BASDAI et de BASFI était respectivement de 50 et de 52,95. 70% des patients étaient sous AINS et une biothérapie par Infliximab a été utilisée chez seulement 2 cas. Nous avons subdivisé notre échantillon en 2 groupes, groupe avec talalgie (10 cas) et groupe sans talalgie (10 cas). Dans le groupe talalgie, tous les patients avaient des signes échographiques. Dans le groupe sans talalgie, 90% des patients avaient des signes échographiques (tableau1).

Tableau1: Anomalies échographiques chez les deux groupes.

	Groupe talalgie	Groupe sans talalgie
Érosion osseuse	TA: 8 cas AP: 3 cas	TA: 10 cas AP: 5 cas
enthésophyte	TA: 6 cas AP: 1 cas	TA: 6 cas AP: 0 cas
Vascularisation de la jonction corticale	TA: 8 cas AP: 1 cas	TA: 5 cas AP: 4 cas

DISCUSSION:

•L'étude rapportée par **Agostino et al**, publiée en 2003, était une étude transversale comparant 164 patients atteints d'une SpA (critères d'Amor ou de l'ESSG), évoluant en moyenne depuis 16 ans, et 2 groupes témoins : un groupe de 34 patients souffrant de lombalgies communes et un groupe de 30 patients atteints d'une polyarthrite rhumatoïde (PR). Dix-huit enthèses ont été examinés en mode B et en DP. En combinant les anomalies en mode B et en DP, les anomalies étaient significativement plus fréquentes dans le groupe SpA (98%) que dans les groupes lombalgies communes (44%) et PR (60%). De même, le pourcentage d'enthèses anormales était significativement plus élevé dans le groupe SpA (38%) par rapport au groupe lombalgies communes (10%) et au groupe PR (14%).

•Dans le groupe SpA, les 3 sites les plus fréquemment anormaux étaient l'insertion calcanéenne du tendon d'Achille (79%), l'insertion calcanéenne de l'aponévrose plantaire (74%) et le tendon rotulien (59%). Il n'y avait pas de différence de données échographiques entre les différentes formes de SpA.

•Cette étude a mis en évidence une hypervascularisation en DP sur 81% des enthèses anormales chez les patients atteints de SpA. A l'inverse, il n'a pas été mis en évidence d'hypervascularisation en DP chez les témoins.

CONCLUSION:

Comme dans la polyarthrite rhumatoïde, l'échographie pourrait également être utile pour détecter l'enthésite à un stade précoce, ce qui peut apporter une aide importante pour le diagnostic et pour le suivi.



Manifestations ophtalmologiques au décours de la polyarthrite rhumatoïde

K.Baccouche, L.Mani, S.Belghali, Z.Alaya, N.Amara, H.Zeglaoui, E.Bouajina.
Service de Rhumatologie, hôpital Farhat HACHED - Sousse

INTRODUCTION:

L'atteinte oculaire est une manifestation extra articulaire fréquente au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Elle peut être en rapport avec la maladie ou son traitement. L'objectif de notre travail est d'évaluer la fréquence des atteintes oculaires au cours de la PR.

PATIENTS ET METHODES :

C'est une étude rétrospective réalisée sur 50 patients atteints d'une polyarthrite rhumatoïde et répondant aux critères de l'ACR 1987, colligés dans le service de rhumatologie de Sousse.

RESULTATS :

Cette étude comporte 40 femmes et 10 hommes dont la moyenne d'âge était de 52,8 ans. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 8,79 ans (0,5-30). La moyenne du DAS28 était de 5,03 (1,7-7,9). La quasi-totalité de nos patients avait une atteinte structurale (96%). La vitesse de sédimentation et la CRP étaient respectivement supérieures à 30 mm à h1 et 6 mg/L chez 36% et 52% des patients. 80% des patients étaient sous Méthotrexate et 38% ont bénéficié d'une biothérapie. Un traitement par des antipaludéens de synthèse était observé chez 6% des malades. Les manifestations oculaires étaient objectivées dans 60% des cas : ils s'agissaient de: syndrome sec oculaire dans 27 cas compliqué d'une kératite dans 5 cas, épisclérite dans 10 cas, cataracte dans 3 cas, décollement rétinien dans un cas et une névrite optique rétro bulbaire dans un cas. Aucun cas d'uvéïte n'a été objectivé. Les autres manifestations systémiques retrouvées étaient : un syndrome sec buccal dans 42% des cas et une fibrose pulmonaire dans 12% des cas.

Complications oculaires



DISCUSSION:

- Les manifestations oculaires au cours de la PR sont dominées par le syndrome de Gougerot-Sjögren secondaire qui se traduit par une xérophtalmie à l'origine d'une kératoconjonctivite fréquente (30 à 40%). Les tests utilisés pour le mettre en évidence: le test de Shirmer et l'épreuve au rosé bengale.
- Sur le plan biologique, il existe souvent des AAN (30%). Les anti-SSA sont positifs dans (5%) des cas.
- Il est possible d'observer plus rarement des lésions de sclérite rhumatoïde: épisclérite le plus souvent, sclérite dans le cadre d'une vascularite associée, pouvant se compliquer de scléromalacie perforante (exceptionnelle).
- Les autres manifestations oculaires sont le fait de complications des anti-paludéens de synthèse : dépôts cornéens sans gravité, rétinite pigmentaire irréversible exceptionnelle si on respecte la limite de 6 mg/kg/j d'hydroxychloroquine et que le sujet se plie à une surveillance ophtalmologique annuelle.

CONCLUSION:

Vu la fréquence de l'atteinte oculaire au cours de la PR, un examen ophtalmologique systématique est justifié même pour des patients asymptomatiques.

Une spondylodiscite tuberculeuse confirmée par l'existence d'une localisation hépatique associée

M.Chammakhi; S.Kessab; K.Ben abdelghani; A.Fazaa; S.Chkili; A.Laatar; L.Zakraoui

Introduction:

La tuberculose peut affecter tous les tissus de l'organisme après une primo-infection pulmonaire (exceptionnellement digestive). Les symptômes peuvent survenir isolément ou en association avec ceux d'une tuberculose pulmonaire. L'atteinte hépatique microscopique est fréquente mais souvent asymptomatique, identifiée par ponction biopsie systématique.

Observation :

Mme E.S, âgée de 51 ans, sans antécédents personnels, aux antécédents familiaux de tuberculose ganglionnaire chez la sœur, était hospitalisée pour exploration de dorsalgies inflammatoires évoluant depuis 3 mois, associées à une anorexie et à des sueurs nocturnes, sans autres manifestations extra articulaires. A l'examen, la patiente était apyrétique. Il existait une douleur à la percussion des épineuses en regard de D3-D4 sans autre atteinte articulaire ou neurologique. Le bilan biologique montrait un syndrome inflammatoire avec une VS à 70, une CRP à 64.7 mg/l, une lymphopénie à 980el/ml. D'autre part, il existait une cholestase avec des GGT à 2 fois la normale sans cytolyse. L'IDR à la tuberculine était positive à 17 mm. La sérologie de Wright était négative.

On notait sur la radiographie standard du rachis dorsal une fracture vertébrale de D3 et sur le scanner rachidien, une lyse du corps vertébral de D3 d'allure tumorale avec épaissement des parties molles prévertébrales. L'IRM rachidienne révélait un aspect de spondylodiscite infectieuse à l'étage D3-D4 avec épaissement des parties molles paravertébrales et une épидурітe infectieuse sans signe de souffrance médullaire. L'examen bactériologique de la biopsie disco-vertébrale était négatif et l'examen anatomopathologique était en faveur d'un remaniement inflammatoire non spécifique

Par ailleurs, devant la cholestase anictérique, les explorations ont été complétées par une sérologie de l'hépatite B (guérie) et hépatite C (négative), un bilan immunologique hépatique (négatif), une échographie abdominale (normale) et une PBF qui était en faveur d'une hépatite granulocytaire épithélioïde et giganto-cellulaire sans nécrose caséuse évoquant en premier lieu une tuberculose. Ainsi, le diagnostic d'une spondylodiscite tuberculeuse associée à une atteinte hépatique était retenu et la malade était mise sous traitement anti-tuberculeux avec une bonne évolution après un suivi de 18 mois.

Discussion et conclusion:

La tuberculose extra-pulmonaire représente 15 à 20 % des cas de tuberculose, parmi lesquels la localisation abdominale représente 12 % pour se placer en 6ème position après les localisations ganglionnaires, pleurales, génito-urinaires, ostéoarticulaires et neuroméningées. L'atteinte hépatique est peu fréquente car elle représente moins de 1 % des cas de tuberculose.*
La recherche d'autres localisations tuberculeuses au cours d'un mal de Pott probable permet d'appuyer ce diagnostic.

* Ben Farhat L et al: Aspects radiocliniques trompeurs de la tuberculose abdominale, Journal de radiologie



Observance et tolérance au risédronate dans une population de patients ostéoporotiques

Toulgui E, Belghali S, Baccouche K, Zeglaoui H, Bouajina E

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse

INTRODUCTION

L'observance des traitements antiostéoporotiques est indispensable pour une meilleure efficacité antifracturaire. Cette observance peut être compromise par plusieurs facteurs (le non respect des modalités des prises, l'oubli, la survenue d'effets indésirable...). A travers cette étude nous proposons de relever l'observance au traitement par risédronate ainsi que sa tolérance.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective menée au Service de Rhumatologie du CHU Farhat Hached Sousse portant sur des patients ostéoporotiques traités par risédronate pendant une durée supérieure ou égale à 6 mois.

RESULTATS

Notre étude a inclus 40 patients dont 30 femmes, d'âge moyen $60,5 \pm 11,8$ ans. La DMO moyenne au site fémoral total était de $0,806 \pm 0,122$; et la DMO moyenne vertébrale était de $0,842 \pm 0,083$. Le Ts Fémoral total moyen était de $-1,894 \pm 1,007$; et le Ts vertébral moyen de $-2,700 \pm 0,794$. Le traitement par Risédronate, en association au calcium et à la vitamine D, était instauré depuis en moyenne $30,39 \pm 23,28$ mois. L'observance était bonne pour 87,5% des patients. L'inobservance était notée dans 12,5% des cas et expliquée par un oubli des prises dans 7,5% des cas, et par les effets secondaires du traitement dans 5% des cas. Les effets indésirables rapportés étaient des troubles digestifs, des nausées et des vomissements, des brûlures rétro-sternales et des céphalées dans 5% des cas chacun. Le traitement a été jugé efficace, et nous n'avons eu aucun cas de survenue d'événement fracturaire au cours du traitement.

DISCUSSION

Dans la littérature, le risédronate est considéré comme une thérapeutique antiostéoporotique efficace. De même, les données de tolérance sont bonnes. L'utilisation au long cours des BP et plus particulièrement du risédronate doit être suivie étroitement afin de vérifier l'observance et de détecter une éventuelle survenue d'effets secondaires.

CONCLUSION

L'observance au risédronate dans notre étude est satisfaisante avec une bonne tolérance et l'absence d'événement fracturaire sur une période moyenne de 2 ans et demi.



Camptocormie dans la maladie de Parkinson : à propos d'un cas

BelHaj Youssef I, Froui S, Jemni S, Bouzawèche M, Zaoui A, Khachnaoui F
Service de médecine physique et réadaptation fonctionnelle

Introduction

La camptocormie est définie par une posture en flexion extrême du tronc qui disparaît en décubitus. C'est la complication orthopédique la plus fréquente et fonctionnellement la plus grave de la maladie de Parkinson. Elle altère gravement l'autonomie, s'accompagne de désordres posturaux et correspond très probablement à une dystonie du tronc.

Cas clinique

Il s'agit d'une patiente âgée de 75 ans suivie depuis 20 ans pour maladie de Parkinson dans sa forme akinéto-rigide, admise dans notre service pour prise en charge de troubles posturaux du tronc d'installation relativement rapide avec perte de l'autonomie et escarres. L'examen a révélé une malade cachectique déshydratée, un visage peu expressif, un syndrome akinétorigide, une antéflexion du tronc

une hypertonie visible et palpable des muscles para vertébraux droits, des escarres trochantériennes stade III.

La radiographie du rachis retrouvait de face une inclinaison droite sans rotation des corps vertébraux et de profil un effacement de la lordose lombaire. La patiente a été hospitalisée pendant un mois où elle a bénéficié de la rééducation et de soins des escarres. L'évolution était marquée par l'amélioration des escarres, mais La patiente est restée dépendante et n'a pas repris la marche.



Discussion

La prévalence des troubles statiques rachidiens dans les syndromes extrapyramidaux est de 13 à 90 % selon les études. Les observations de camptocormie associée à la maladie de Parkinson restent rares. Ce symptôme est constaté principalement dans la phase évoluée de la maladie. Certains auteurs lui attribuent une origine dystonique par atteinte des noyaux lenticulaires d'autres à un déficit des extenseurs (1) Il s'agit d'une cyphose sans rotation vertébrale et se présentant comme une inflexion latérale du rachis où la convexité est latéralisée du côté où prédominent les signes extrapyramidaux (2). Le délai d'apparition de la camptocormie varie de quatre à dix ans. Elle a comme particularité de s'exprimer chez les patients présentant une forme particulière de la maladie de Parkinson peu trémulante où prédominent l'akinésie et l'hypertonie. Elle est invalidante et son traitement demeure difficile.

Références:

- 1-Djaldetti R et al. Camptocormia in patients with parkinson's disease : characterization and possible pathogenesis of an unusual phenomenon Mov Disord 1999 ;(4): 443-7
- 2-Grimes JD et al.Clinical and radiographic features of scoliosis in parkinson's disease.Arch Neurol 1987; 45: 353-5.



Affections de la paroi thoracique antérieure : Profil étiologique et évolutif

M.Chammakhi; K.Ben abdelghani; S.Kessab; A.Fazaa; S.Chkili; A.Laatar; L.Zakraoui

Introduction:

La paroi thoracique antérieure (PTA) est composée de plusieurs articulations : les sternoclaviculaires, la manubriosternale et les chondrosternales. Divers processus pathologiques peuvent atteindre ces articulations : inflammatoire, infectieux, néoplasique ou dégénératif. Objectif : Etablir le profil étiologique et évolutif des anomalies articulaires de la PTA.

Matériels et méthode:

Etude rétrospective réalisée dans le service de Rhumatologie entre l'année 1994 et 2009, où nous avons colligé les observations des atteintes de la PTA non traumatiques. Les caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques ont été relevées ainsi que le type de l'atteinte et les thérapeutiques entamées

Résultats:

Quatorze cas ont été recensés dont 8 hommes et 6 femmes, d'âge moyen 60.5 ans. L'examen clinique objectivait une atteinte de l'articulation sterno-claviculaire dans 6 cas dont une était bilatérale, une atteinte de la manubrio-sternale dans 6 cas et 2 cas d'atteinte des chondrosternales. Il s'agissait d'une tuméfaction non inflammatoire douloureuse (n=8), d'une tuméfaction inflammatoire (n=2) et de douleurs exquises à l'appui sans tuméfaction décelable (n=4). Une fièvre était notée chez 2 patients. Des rachialgies inflammatoires associées étaient identifiées dans 2 cas, une polyarthrite dans 2 cas, une sacro-iliite dans 1 cas. Un cas présentait des lésions unguéales à type de stries et d'hyperkératose et 2 cas avaient une pustulose palmo-plantaire associée. La VS moyenne était de 27.6 mm [2-70]. Tous les patients disposaient de radiographies standard du grill costal dont 3 montraient une ostéo-condensation, 2 un flou des berges articulaires, une a montré une destruction articulaire, une reconstruction articulaire et une hypertrophie de l'extrémité claviculaire interne. Une TDM de la PTA était normale dans un cas, objectivait des lésions d'ostéo-arthrite dans 11 cas (irrégularités des berges, encoches sous-chondrales, ostéo-condensation) et une masse lytique de la sternoclaviculaire droite avec tuméfaction des parties molles sous-jacentes réalisant une masse para-articulaire dans un cas. Une biopsie ostéoarticulaire faite chez 2 patients n'était pas contributive. Le diagnostic de spondyloarthrite a été retenu chez 4 patients, de SAPHO chez 2 patients, de polyarthrite rhumatoïde dans un cas, d'arthrite septique chez 3 patients (à Staphylocoque), d'atteinte dégénérative arthrosique chez 4 patients. Les infiltrations locales de corticoïdes étaient prescrites dans 6 cas : 2 cas de spondyloarthrite sans amélioration, 3 cas d'arthrose avec régression des douleurs et un cas de SAPHO avec amélioration initiale puis rechute.

Discussion:

Les arthropathies inflammatoires des sternoclaviculaires et manubriosternales sont fréquentes. Les atteintes radiologiques de la polyarthrite rhumatoïde sont peu spécifiques: érosion, déminéralisation et synovite. Erosions, hyperostose modérée et ankylose partielle ou complète des articulations ont été observées dans la SPA, les arthrites réactionnelles et le psoriasis. Hyperostose et ostéosclérose diffuse sont caractéristiques du SAPHO.*

Conclusion:

La pathologie de la PTA est riche et variée. Les radiographies standard sont indispensables mais souvent d'interprétation difficile. La TDM en analysant mieux la structure osseuse ainsi que l'IRM en étudiant la moelle osseuse et les parties molles articulaires et péri-articulaires constituent une aide précieuse pour établir le diagnostic définitif.



Lupus induit par les anti-TNF alpha dans les rhumatismes inflammatoires chroniques.

Souissi MA, Belghali S, Mani L, Baccouche K, Alaya Z, Zeglaoui H, Bouajina E
Service de Rhumatologie, hôpital Farhat HACHED - Sousse

INTRODUCTION :

Le lupus induit a été décrit pour la première fois en 1945. Bien que les critères diagnostiques de cette entité aient toujours été difficiles à déterminer, il est admis que le tableau clinique est moins sévère que dans le lupus érythémateux systémique (LES), avec une résolution des symptômes à l'arrêt du traitement incriminé. Dès les essais cliniques, les anti-TNF alpha se sont révélés être inducteurs de lupus. Cependant, la sévérité du lupus induit par les anti-TNF alpha en ferait une entité distincte au sein des lupus induits. Nous rapportons deux cas de patientes suivies dans un service de rhumatologie pour des rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC), traitées par anti-TNF alpha et ayant vu augmenter le titre des auto-anticorps au cours du traitement. Nous proposons également une revue de la littérature au sujet des lupus induits par les anti-TNF alpha.

OBSERVATIONS :

Une première patiente était suivie pour une polyarthrite rhumatoïde séropositive destructrice depuis 2001 résistante aux traitements conventionnels. Au bilan immunologique initial, on retrouvait des anticorps anti-nucléaires (AAN) positifs à 1/100 homogènes avec un typage négatif. La décision a alors été de la mettre sous Infliximab fin 2013. Depuis, on note une nette amélioration de sa maladie. En 2015, après 8 perfusions d'anti-TNF alpha, un bilan immunologique de contrôle a montré des anticorps anti-nucléaires positifs homogènes à 1/1600. Le typage a objectivé des anti-DNA natifs supérieurs à 800 UI/ml, des anti-SSA, anti-SSB et anti-nucléosomes positifs et des anticorps anti-histones négatifs. Sur le plan clinique, l'interrogatoire trouve la notion de photosensibilité et la numération formule sanguine une anémie normochrome normocytaire à 10g/dL avec un test de Coombs direct positif, signant l'origine auto-immune de l'anémie. Les autres explorations cliniques et biologiques ne montraient pas d'atteinte rénale ni neurologique. La conduite à tenir a été d'arrêter le traitement par anti-TNF alpha, la remise sous DMARDs et la surveillance rigoureuse de l'évolution.

Une deuxième patiente âgée de 53 ans était suivie pour une maladie de Crohn (MC) depuis 2002 en rémission durable sous sulfasalazine depuis 2008. Elle a présenté en 2010 une polyarthralgie inflammatoire asymétrique des grosses et petites articulations et le diagnostic retenu était une spondyloarthrite périphérique associée à une MC, qui n'était pas améliorée sous traitements conventionnels. Un bilan immunologique initial a montré des AAN positifs à 1/200 sans typage supplémentaire. En février 2013, elle a été mise sous Adalimumab. Trois mois après le début de la biothérapie, la patiente a développé des signes urinaires en rapport avec une tuberculose urinaire imposant l'arrêt transitoire de la biothérapie et sa mise sous traitement anti-tuberculeux, notamment l'isoniazide. En septembre 2013, le traitement par Adalimumab a été repris, arrêté en janvier 2014 pour inefficacité thérapeutique. Un bilan immunologique de contrôle réalisé en décembre 2013, après respectivement 9 et 6 mois de biothérapie et d'isoniazide, a objectivé un titre d'AAN ascensionné à 1/800, des anti-DNA natifs positifs à 60 UI/ml, des anti-Sm et anti-nucléosomes positifs et des anticorps anti-histones négatifs. Sur le plan clinique et biologique, la patiente ne présentait aucun critère supplémentaire de lupus érythémateux systémique. A un an et demi de l'arrêt des traitements inducteurs, le contrôle immunologique fait en 2015 a retrouvé des AAN positifs à 1/400 avec seulement des anti-SSA positifs, aucun signe clinique ou biologique de lupus n'a été objectivé et la patiente est traitée actuellement par une association de salazopyrine et de méthotrexate.

Conclusion :

L'incidence des lupus induits par les anti-TNF alpha est rare, bien que l'apparition ou l'augmentation du taux des auto-anticorps induits soient habituelles. Les atteintes rénale et neurologique semblent plus fréquentes dans ce type de lupus induit que dans les autres, ce qui justifie une surveillance très stricte chez ces patients. Sur le plan immunologique, on note également des différences entre le lupus induit classique et celui par anti-TNF alpha avec notamment une fréquence bien moindre des anticorps anti-histones. Toutes ces particularités font de cette forme clinico-immunologique une entité distincte au sein des lupus induits. Des études supplémentaires avec un recul encore plus important permettraient de mieux préciser les caractéristiques de cette entité.

DISCUSSION :

Dès les premiers essais cliniques, les anti-TNF alpha se sont révélés être inducteurs d'auto-anticorps. Lors d'un essai contrôlé randomisé infliximab versus placebo sur un échantillon de 156 sujets suivis pour PR, une augmentation des AAN de 29 à 53% et une apparition des anticorps anti-DNA chez 14% des patients ont été observées, avec des signes cutanés de lupus dans un cas. Cet effet indésirable leur est imputable dans les rhumatismes inflammatoires chroniques comme en attestent les données du registre de la British Society of Rheumatology en 2008. Sur 26927 patients, 11934 (44%) étaient sous anti-TNF alpha, 40 cas de lupus induit ont été recensés parmi eux, alors que seul un patient, parmi ceux sous DMARDs, a développé un lupus induit, le ratio ajusté du taux d'incidence étant égal à 3,17. Dans ce registre, ont été considérés comme ayant un lupus induit les patients présentant un seul signe cutané et un bilan immunologique positif ainsi que ceux répondant à l'exigence de 4 critères ACR. En revanche, dans des études rétrospectives française, espagnole et américaine menées chez des sujets suivis pour RIC, l'atteinte cutanée en présence d'AAN était estimée comme étant une toxidermie avec bilan immunologique positif et n'étaient inclus dans le diagnostic de lupus induit que les sujets présentant au moins 4 critères de LES parmi les critères de l'ACR. Ces études ont conclu à une fréquence plus élevée des atteintes cutanées au cours du lupus induit par les anti-TNF alpha qu'au cours des lupus induits classiques. Cependant, alors que le registre de la BSR et l'enquête nationale française retrouvaient un taux semblable des atteintes graves (rénale et neurologique) au cours des lupus induit classique et sous anti-TNF alpha, les études espagnoles et américaines objectivaient respectivement 7% et 9% d'atteinte rénale ainsi que 3% d'atteinte neurologique lors du lupus induit par les anti-TNF alpha. Sur le plan immunologique, les anticorps les plus rencontrés seraient les anti-SSB, anti-RNP, anti-Jo1, anti-Sm et anti-histones avec une légère prédominance des anti-SSB. En comparant les profils immunologiques des lupus induits classiques et ceux sous anti-TNF alpha, l'étude américaine a montré un taux plus élevé d'anti-DNA (90%) au cours du lupus induit par les anti-TNF alpha alors qu'il est habituellement absent dans le lupus induit classique, ainsi qu'une fréquence beaucoup moindre des anti-histones (57% contre plus de 95%), ce qui est le cas de nos deux patientes.

Les hypothèses expliquant la production d'auto-anticorps lors de la prise d'anti-TNF alpha sont multiples. La plus pertinente consiste en un déséquilibre de la balance des cytokines issues des lymphocytes, avec une suppression des cytokines Th1 secondaire au blocage du TNF alpha en faveur des cytokines Th2 induisant une cascade de réactions dont le résultat est la production d'auto-anticorps.

Sur le plan thérapeutique, le Spanish Study Group of Biological Agents in Autoimmune Diseases (BIOGEAS) rapportent une guérison chez 94% de patients ayant un lupus induit par les anti-TNF alpha, à l'arrêt de ce dernier. Parmi eux, 40% ont été mis sous corticothérapie et 12% ont nécessité le recours aux immunosuppresseurs. Pour les atteintes légères (cutanées, articulaires, signes généraux), le groupe suggère l'arrêt des anti-TNF alpha ou, en cas d'absolue nécessité, son maintien avec une surveillance stricte du sujet. Pour ce qui est des formes sévères avec notamment une atteinte pulmonaire, rénale ou neurologique, les auteurs suggèrent un arrêt immédiat de l'anti-TNF alpha voire l'usage de la corticothérapie ou des immunosuppresseurs, si besoin.

Selon les recommandations du CRI de 2010, le simple développement d'auto-anticorps n'impose pas l'arrêt des anti-TNF α , quel que soit leur taux. L'attitude quant à l'arrêt des anti-TNF α varie selon les auteurs, et bien entendu selon la nature des manifestations. L'apparition de simples lésions cutanées lupiques nécessite un avis spécialisé avant d'autoriser la poursuite du traitement par anti-TNF α .



Quelles articulations cibles à explorer par l'échographie des mains dans la détection des érosions ?

El Amri N, Belghali S, Limame M*, Amri D, Baccouche KH, Alaya Z, Amara N, Zeglaoui H, Bouajina E
 Service de rhumatologie Farhat Hached Sousse
 *Service d'imagerie médicale Farhat Hached Sousse

Introduction :

- L'examen échographique est connu pour son caractère chronophage.
- Le temps requis afin de réaliser un examen échographique pourrait être écourté en limitant l'évaluation aux articulations où l'échographie est supérieure aux radiographies standards.

Matériels et méthodes :

- Il s'agit d'une étude transversale portant sur des patients atteints de PR, répondant aux critères de l'ACR colligés au service de rhumatologie Farhat Hached de Sousse sur une période de 21 mois.
- Tous nos patients ont eu des radiographies comparatives des mains dans un délai ne dépassant pas une semaine de la réalisation d'une échographie ostéo-articulaire.

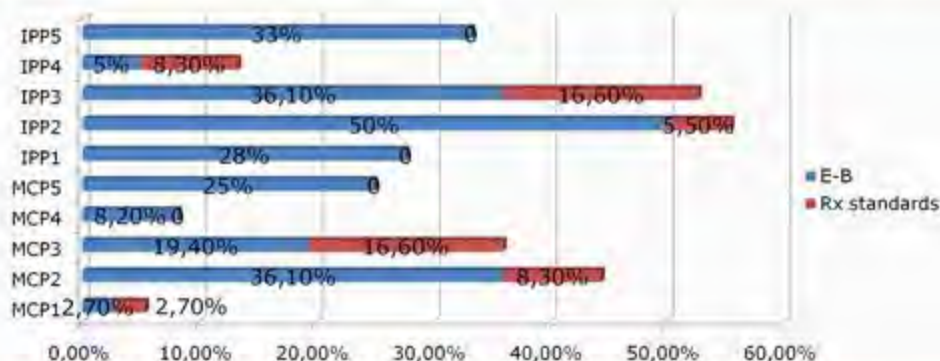


Figure n°1 : Distribution des érosions détectées par les radiographies standards et l'échographie standards au cours de la PR récente

Résultats :

- 50 patients (40 femmes et 10 hommes) ont été inclus.
- L'âge moyen des patients était de 51,3 ans (24 -79 ans).
- La durée d'évolution moyenne, au moment de l'étude, était de $5,5 \pm 7,3$ (0,15 -19 ans).
- L'échographie était supérieure aux radiographies standards dans la détection des érosions de manière statistiquement significative pour les articulations MCP2 ($p=0,02$), MCP3 ($p=0$), MCP4 ($p=0$), MCP5 ($p=0$), IPP3 ($p=0,06$) et IPP5 ($p=0,01$) indépendamment de la durée d'évolution de la PR.
- Les figures 1 et 2 illustrent les performances des radiographies standards et de l'échographie dans la détection des érosions, en fonction de la durée d'évolution de la PR

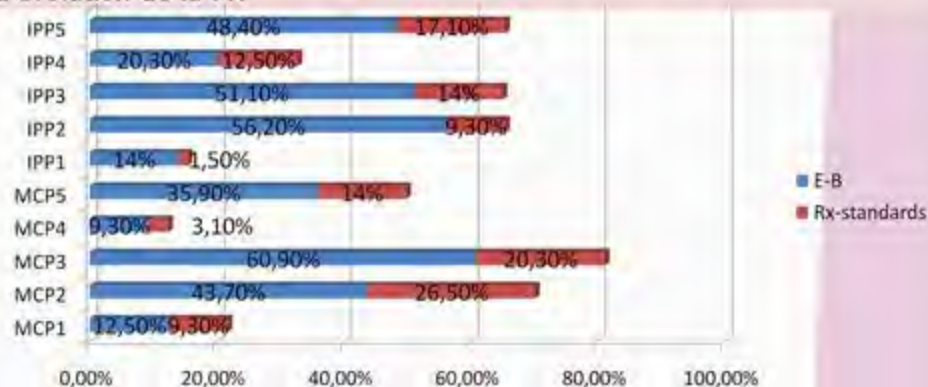


Figure n°2 : Distribution des érosions détectées par les radiographies standards et l'échographie standards au cours de la PR établie

Discussion:

- Dans notre étude, l'échographie a détecté 3,7 fois plus d'érosions au cours de la PR récente et 2,8 fois plus au cours de la PR établie.
- Nos résultats sont comparables à ceux de Wakefield et al qui ont comparé les radiographies standards, l'échographie et l'IRM des mains de 100 patients atteints de PR. Dans le groupe évoluant depuis moins d'un an l'échographie détectait 6,5 fois plus d'érosions que les radiographies. Après un an d'évolution, l'échographie restait encore supérieure aux radiographies, détectant 3,5 fois plus d'érosions.
- Les zones les mieux explorées en échographie sont le versant radial de la deuxième tête et le versant ulnaire de la cinquième tête métacarpiennes. Par contre le versant radial du 3ème, 4ème et 5ème et le versant ulnaire du 2ème, 3ème et 4ème têtes métacarpiennes sont plus difficiles à explorer.

Conclusion :

Les articulations du 2^{ème} et 5^{ème} rayon et en particulier les MCP semblent être les articulations cibles à étudier à la recherche des érosions échographiques.

Neuropathie périphérique révélatrice d'une amylose secondaire à une SPA: A propos d'un cas.

Aouadi. A, Zouch. I, Hamdi. W, Kaffel. D, Maatallah. K, Kchir. MM.
Service de Rhumatologie de l'institut Kassab.

Introduction:

L'amylose regroupe un ensemble d'affections pouvant toucher les différents systèmes de l'organisme. Elle est caractérisée par un dépôt extracellulaire d'une protéine fibrillaire. L'amylose secondaire survient chez des sujets atteints de maladies inflammatoires chroniques dont les spondylarthropathies. La neuropathie périphérique constitue une complication rare de l'amylose secondaire. On en rapporte un cas.

Résultats:

Observation:

Mr D C, âgé de 56 ans, adressé par son ophtalmologue pour exploration d'une panuvéite droite non granulomateuse. Le bilan étiologique était négatif (bilan tuberculeux négatif, bilan phosphocalcique normal, sérologie siphilitique négative et absence de signes en faveur d'une maladie de Behçet). Deux années plus tard, il a développé des troubles sensitifs des membres inférieurs: une diminution de la sensibilité superficielle et une erreur du sens du gros orteil. A l'EMG, une polyneuropathie sensitivomotrice des quatre membres a été notée. Devant l'installation après quelques mois de rachialgies inflammatoires associées à des arthralgies avec une atteinte radiologique des sacroiliaques et un HLAB27 positif, le diagnostic d'une spondyloarthrite axiale et périphérique a été retenu.

Références:

- [1] Falk RH, Comenzo RL, Skinner M. The systemic amyloidoses. N Engl J Med.2000;337:898-909.
- [2] Gruys E, Snel FW. Animal models for reactive amyloidosis. Bailjtres Clin Rheumatol 1994; 8 : 599-611.

Le patient a été mis sous méthotrexate et AINS. Dans le cadre d'exploration de la neuropathie périphérique, une biopsie des glandes salivaires accessoires a été réalisée avec présence de dépôts amyloïdes de type AA à l'examen anatomopathologique. Une amylose secondaire a été donc diagnostiquée, d'où l'indication aux anti TNF α .

Discussion:

Rare au cours de la spondylarthrite ankylosante, l'amylose secondaire est une complication très grave en raison notamment des risques d'atteinte rénale ou digestive. Il n'y a actuellement pas de traitement connu susceptible de faire régresser les dépôts amyloïde AA. Cependant, les anti TNF alpha semblent prometteurs dans le traitement de l'amylose secondaire. L'originalité de notre observation découle des circonstances de découverte exceptionnelles. En effet, la neuropathie périphérique complique rarement le cours évolutif de l'amylose secondaire. A notre connaissance, elle n'a pas été rapportée auparavant comme motif de découverte de l'amylose secondaire. Chez notre patient, un traitement par anti TNF alpha est préconisé.

Conclusion:

Devant une neuropathie périphérique survenant sur un terrain de maladie inflammatoire chronique, l'amylose doit être recherchée. Un diagnostic précoce vise à éviter les complications redoutables de cette entité.



Atteinte inflammatoire coxofémorale au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Aouadi. A, Kaffel. D, Hamdi. W, Zouch. I, Miledi. S, Kchir. MM. Service de Rhumatologie de l'institut Kassab.

Introduction:

La coxite constitue un tournant évolutif péjoratif du rhumatisme inflammatoire chronique. Elle n'est habituellement pas fréquente au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR), et on l'observe souvent de façon tardive dans l'évolution de la maladie.

Patients et méthodes:

Nous avons réalisé une enquête menée chez tous les patients atteints d'une PR suivis au service de rhumatologie de l'institut Kassab au cours des 2 dernières années. Nous avons recueilli les données cliniques, radiologiques et biologiques de tous les patients présentant une coxite.

Résultats:

Soixante-dix-huit patients ont été colligés dont 8 présentaient une coxite (10%). Il s'agissait de 7 femmes (87%) et un homme (12%) avec un âge moyen de 45,6 ans [33 ans - 61 ans]. Le diagnostic de coxite coïncidait avec celui de la PR dans 25 % des cas et constituait un accident évolutif de la maladie dans 75 % des cas. La coxite était bilatérale dans 62 % des cas. Les manifestations extra articulaires existaient dans 64 % des cas. Sur le plan radiologique la coxite était destructrice dans tous les cas. Un syndrome inflammatoire biologique a été relevé dans tous les cas.

Références:

- [1] Sakuma Y, Ikari K, Iwamoto T, et al. Reparative radiological changes of the hip joint in rheumatoid arthritis: do these findings indicate the true repair of the joint? Joint Bone Spine. 2010;77:278-9.
- [2] Anouck Rémy, Bernard Comb. Réparation radiographique de la hanche chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde juvénile traités par étanercept plus méthotrexate. Revue du rhumatisme. 2014;81:434-6.

En plus du traitement général, une synoviorthèse à l'hexatrione a été préconisée chez 3 patients devant une synovite active à l'échographie de la hanche. L'indication de prothèse totale de la hanche n'a été retenue chez aucun de nos patients.

Discussion:

L'atteinte inflammatoire coxo-fémorale est plus fréquente au cours des spondyloarthrites. Cependant, sa survenue au décours d'une polyarthrite rhumatoïde constitue un tournant évolutif de la maladie, vu le retentissement fonctionnel important de cette atteinte. La coxite est généralement associée à des PR anciennes, avec des scores d'activité élevés et traités tardivement. Après l'ère des biothérapies, plusieurs études se sont penchées sur l'effet de ces molécules sur l'atteinte coxo-fémorale. De ce fait, Sakuma et al ont observé un cas d'amélioration radiologique au niveau de la hanche chez un homme de 51 ans ayant une PR juvénile diagnostiquée à l'âge de 7 ans[1]. Pourtant, ceci n'a pu être démontré par d'autres études[2].

Conclusion:

Dans notre travail, la prévalence de la coxite rhumatoïde est de 10% rejoignant les données de la littérature. Une prise en charge précoce et adaptée a permis d'éviter la prothèse de hanche chez nos patients.



Particularités de la coxite au cours des arthrites juvéniles idiopathiques

Feki.A, Akrouf.R, Masmoudi.K, Mnajja.MA, Ezzeddine.M, Hachicha.I, Fourati.H, Baklouti.S
Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax

Introduction

Les arthrites juvéniles idiopathiques (AJI) constituent un groupe hétérogène d'affections. Elles se définissent par une arthrite ayant débuté avant l'âge de 16 ans, d'une durée d'au moins 6 semaines et sans cause identifiable. L'atteinte de la hanche représente souvent un tournant dans le cours évolutif de la maladie. Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, radiologiques et thérapeutiques de l'atteinte de la hanche au cours de l'AJI.

Patients et méthodes

Étude rétrospective sur une période de 15 ans (2000–2015) ayant inclus les patients suivis pour AJI répondant aux critères de l'International League of Associations for Rheumatology pour l'AJI et compliquée d'une atteinte de la hanche. Sur 57 cas d'AJI colligés, 14 patients avaient une coxite (24,56 %).

Résultats

Epidémiologie

Siège de la coxite:



L'âge moyen au moment de l'étude : 21 ans et 5 mois

L'âge moyen de début de la maladie : 11 ans 2 mois

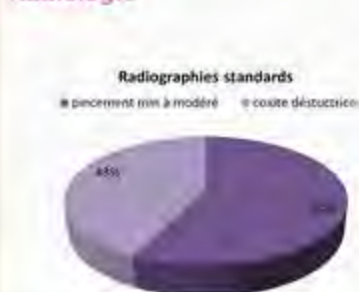
Forme clinique



Signes physiques



Radiologie



Coxite ilite

Biologie

syndrome inflammatoire biologique : 7 cas
moyenne de la VS : 71 mm à h1
moyenne de la CRP : 42,77 mg/l

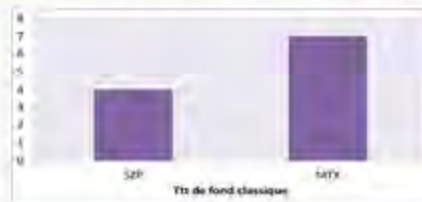
Les indices fonctionnels

Moyenne de Lequesne : 11,3

Traitement

Initial: médical(AINS + rééducation)

traitement de fond classique: 11 cas



La biothérapie 3cas



Synoviorthèse isotopique à l'acide osmique : 3 cas

PTH: 2 cas

La durée moyenne d'évolution de l'AJI au moment de la PTH: 14 ans [7,21]

Discussion

- Les AJI sont classées en 7 entités selon des critères cliniques et biologiques [1]
- Certaines d'entre elles correspondent à des entités bien définies d'autres regroupent des affections hétérogènes [2] peuvent être séparées en deux groupes en raison d'une pathogénie complètement différente [3,4]
l'arthrite juvénile systémique considérée comme une maladie auto-inflammatoire
- les autres AJI, notamment les oligo et polyarthrites, considérées comme des maladies auto-immunes
- L'atteinte de la hanche peut être isolée ou correspondre à une localisation parmi d'autres de l'AJI
- La radiographie de la hanche peut être normale ou montrer un pincement articulaire intéressant l'ensemble de l'interligne de façon globale. L'absence d'ostéophyte péri-articulaire et la déminéralisation locorégionale l'opposent à l'aspect radiologique de la coxarthrose [5].
- L'utilisation des biothérapies a révolutionné la prise en charge de l'AJI, mais elle nécessite de bien connaître les différents agents disponibles et leurs indications

Conclusion

L'atteinte de la hanche dans l'AJI est souvent un facteur prédictif de maladie grave du fait du handicap important qu'elle peut engendrer sur un terrain juvénile et le haut risque d'invalidité. D'où l'importance de diagnostic précoce de l'AJI, de la détection clinique aussi précoce de la coxite et du traitement avec des thérapies agressives pour prévenir les dommages et retarder le plus possible le recours à la PTH.

Bibliographie

- [1] Petty RE, Southwood TR, Manners P, et al. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis : second revision, Edmonton, 2001. J Rheumatol 2004 ; 31(2) : 390-2. [2] Prakken B, Albani S, Martini A. Juvenile idiopathic arthritis. Lancet 2011 ; 377(9783) : 2138-49. [3] Decelle K, Horton ER. Tocilizumab for the treatment of juvenile idiopathic arthritis. Ann Pharmacother 2012 ; 46(6) : 822-9. [4] Lin YT, Wang CT, Gershwin ME, et al. The pathogenesis of oligoarticular/polyarticular vs systemic juvenile idiopathic arthritis. Autoimmun Rev 2011 ; 10(8) : 482-9. [5] Imagerie de la hanche normale et pathologique C Le Breton A Sobotta P M'Bappé J Korzec JM Bigot MF Carette 30-450-A-10

Evaluation de l'apport calcique quotidien dans une population de patients Tunisiens

M.Chammakhi; K.Ben Abdelghani; S.Kassab; A.Fazaa; S.Chekil; A.Lataar; L.Zakraoui

Introduction:

L'ostéoporose représente un problème majeur de santé publique en raison de la morbidité et de la mortalité associée aux fractures ostéoporotiques, en particulier au niveau de la hanche et des vertèbres. Les causes de l'ostéoporose sont supposées être multifactorielles. Chez les femmes postménopausées, un équilibre calcique externe négatif jouerait un rôle dans la perte osseuse. C'est pourquoi, la supplémentation en calcium alimentaire présente un intérêt considérable en tant que mesure prophylactique de protection contre les fractures ostéoporotiques.

Matériels et méthode:

Nous avons calculé les apports calciques journaliers à l'aide d'un questionnaire valide ainsi que l'indice de masse corporelle chez 83 patients ayant bénéficié d'une mesure de la densité osseuse (DMO) au service de rhumatologie de Tunis

Résultats:

Il s'agit de 83 patients dont 6 hommes et 77 femmes d'âge moyen 58.08 ans (14-78 ans). L'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de 30.5 kg/m² (20-43 kg/m²). L'apport calcique moyen était de 722.838 mg/j (190.29 - 1497.57 mg/j). La valeur du T-score moyenne lombaire était de -1.2 DS [-4.5 - 3.2] et fémorale était de -1.42 DS [-3.8 - 1.2]. Nous n'avons pas trouvé de corrélation entre l'apport calcique et l'âge ni avec l'IMC. En revanche, une corrélation positive était retrouvée entre l'apport calcique journalier et le T-score lombaire (r= 0.335 ; p= 0.02) ainsi qu'avec le T-score fémoral (r= 0.352 ; p= 0.01).

Discussion:

La consommation moyenne de calcium alimentaire dans cette population, toutes tranches d'âge confondues est bien en dessous de celle recommandée par les directives nationales actuelles mais il semble avoir une corrélation, dans cette population, entre la consommation de calcium et la densité osseuse.

Une méta-analyse effectuée par la collaboration Cochrane en 2006 a conclu que la supplémentation en calcium avait un léger effet positif sur la densité osseuse, avec un effet peu concluant sur les fractures ostéoporotiques, en concordance avec les résultats de notre étude.*

Conclusion:

Un apport calcique suffisant et régulier est l'un des garants de garder un statut osseux satisfaisant.

corrélacion	r	p
T-score RL & Ca	0.335	0.02
T-score F & Ca	0.352	0.01

* Fardellone et al; Apport de calcium et risque d'ostéoporose et de fractures chez les femmes françaises, Revue du Rhumatisme



Altération de la créatinine au cours des spondyloarthrites : Quid de l'utilisation des AINS



SAHLI. M, SAIDANE. O, MAHMOUD. I, TEKAYA. R, ABDELMOULA. L

Introduction : La fonction rénale peut être altérée au cours des spondyloarthrites. Les atteintes les plus caractéristiques sont l'amylose et la néphropathie à Ig A. Le but de notre étude était de rechercher une altération de la fonction rénale chez les patients atteints de spondyloarthropathies en se référant aux traitements utilisés.



Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective qui a porté sur les patients suivis pour spondyloarthrites définis selon les critères ASAS. Nous avons étudié la créatinine avant le traitement et au dernier recul.

Nous avons défini une altération de la fonction rénale par une élévation de 10 % par rapport aux valeurs initiales.

Résultats : Nous avons recensé 47 patients dont 27 hommes et 20 femmes d'âge moyen de 46,73 ans. 31 patients étaient suivis pour une spondyloarthrite ankylosante, 9 pour un rhumatisme psoriasique et 06 pour un rhumatisme des MICI. La durée moyenne du suivi de ces patients était de 6,39 ans. L'altération de la fonction rénale a été retrouvée chez 13 malades (27,65%). Onze parmi ces malades étaient sous AINS (84,61%), utilisés de manière continue chez 4 patients et à la demande chez les 7 autres. 2 patients étaient sous biothérapie (15,38%). Un seul patient parmi les 13 était hypertendu et un seul était diabétique.

Conclusion : L'altération de la créatinine au cours des spondyloarthropathies n'est pas rare. Celle-ci semble liée au traitement par AINS même lorsqu'il est utilisé de manière discontinue.



Le poumon rhumatoïde: actualités diagnostiques et thérapeutiques

Feki.A, Akrou.R, Mnajja.MA, Masmoudi.K, Ezzeddine.M, Hachicha.I, Fourati.H, Baklouti.S
Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax

Introduction

L'atteinte respiratoire est la localisation extra-articulaire la plus fréquente de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Elle pourrait concerner un malade sur deux au cours de l'évolution de sa maladie, qu'il s'agisse de manifestation respiratoire spécifique aiguë ou chronique, infectieuse ou médicamenteuse.

Matériels et méthodes

étude rétrospective depuis 2011 au 2015, colligeant 103 cas de PR et analysant 14 observations de poumon rhumatoïde.

TDM thoracique: pratiqué dans les 14 cas

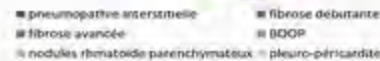
Résultats

1. Epidémiologie

Age moyen: 51 ans et 6 mois

Tabac: 2 malades

Sex-ratio:



2. Clinique

Motifs

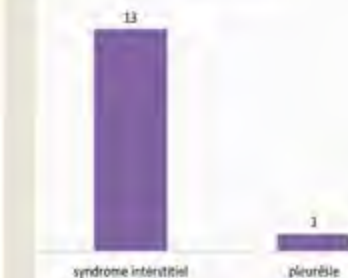


3. Bilan immunologique

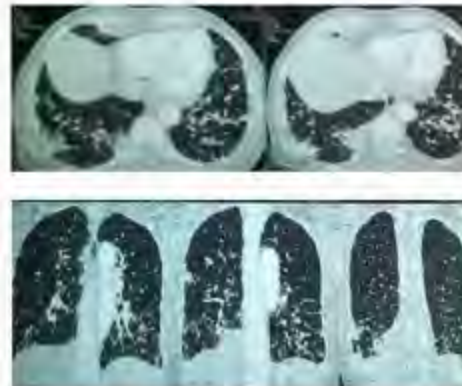


4. Radiologie

Radiographie standard :



Syndrome interstitiel basal



BOOP au TDM

LBA: 1 seul cas de fibrose active

Traitement

Arrêt de traitement par méthotrexate: jugé nécessaire dans 2 cas.

Traitement de fond de la PR : 100% des cas

Aucun patient n'a nécessité une oxygénothérapie au long cours.

L'évolution était favorable dans tous les cas

Discussion:

Les manifestations respiratoires de la maladie rhumatoïde sont les secondes en fréquence et certainement parmi les plus graves. [1, 2] L'atteinte respiratoire y est présente dans 50 % des PR tout venant, mais elle n'est symptomatique que dans 10 % des cas [2, 3, 4]. La TDM a permis de distinguer précisément les différentes lésions.

Les lésions le plus souvent intriquées sont :

- nodules pulmonaires (20 %) [1], - atteinte pleurale (15 %), - maladie des voies aériennes distales (30 %) [2, 6, 7] :

bronchiolites et bronchectasies, - pneumopathies infiltrantes diffuses au profil extrêmement hétérogène (20 %).

Le tabac est le facteur environnemental prédisposant à la survenue des manifestations articulaires et extra-articulaires de la PR le mieux étudié. Il est fortement corrélé à la présence de nodules sous-cutanés [5]

Conclusion

L'amélioration des techniques d'imagerie et une approche histologique et immuno-pathologique plus précise ont permis de mieux comprendre la multiplicité des atteintes du poumon rhumatoïde. Ainsi, il semble qu'il existe une unicité dans la pathogénie de ces lésions, qu'elles soient pleurales, bronchiolaires ou parenchymateuses et grâce à cette définition précoce et précise de ces lésions pulmonaires Le poumon rhumatoïde peut bénéficier d'une prise en charge précoce et multidisciplinaire.

Bibliographie

- 1 Cortet B, Flipo RM, Remy-Jardin M, Coquerelle P, Duquesnoy B, Remy J, Delcambre B : Use of high resolution computed tomography of the lungs in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1995 ; 54 : 815-9.
- 2 Despaux J, Manzoni P, Toussirrot E, Auge B, Codoz JP, Wendling D : Prospective study of the prevalence of bronchiectasis in rheumatoid arthritis using high-resolution computed tomography. *Rev Rhum Engl* 1998 ; 65 : 453-61.
- 3 Remy-Jardin M, Remy J, Cortet B, Mauri F, Delcambre B : Lung changes in rheumatoid arthritis: CT findings. *Radiology* 1994 ; 193 : 375-82.
- 4 Zrouf SH, Touzi M, Beja I, Gollu M, Rouatbi N, Sakly N, Younes M, Tabka Z, Bergaoui N : Correlations between high-resolution computed tomography of the chest and clinical function in patients with rheumatoid arthritis. Prospective study in 75 patients. *Joint Bone Spine* 2005 ; 72 : 6-7.
- 5 Nybali-Wählén BM, Jacobsson LT, Petersson IE, Turesson C : BARFOT study group : Smoking is a strong risk factor for rheumatoid nodules in early rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2005 ; 65 : 601-6.
- 6 Perez T, Remy-Jardin M, Cortet B : Airways involvement in rheumatoid arthritis: clinical, functional, and HRCT findings. *Am J Respir Crit Care Med* 1998 ; 157 : 1658-65.
- 7 Akira M, Sakatani M, Hara H : Thin-section CT findings in rheumatoid arthritis-associated lung disease: CT patterns and their courses. *J Comput Assist Tomogr* 1999 ; 23 : 941-8.

L'Elasto-fibromadorsi : une tumeur bénigne à ne pas méconnaître

Miladi S, Zouch I, Kaffel D, Maatallah K, Hamdi W, Aouadi A, Jradi S, Kchir MM
Institut Kassab d'orthopédie, service de rhumatologie

Introduction :

L'élastofibromadorsi (EFD) :

- Une tumeur bénigne du tissu mou
- Survient surtout chez les personnes âgées de plus de 55 ans
- Une prédominance féminine
- Siège électif au niveau de l'angle caudal de la scapula (99%)
- Bilatéral dans 10 à 66% des cas
- Souvent asymptomatique mais peut parfois être douloureuse

Nous rapportons un cas d'EFD bilatéral.

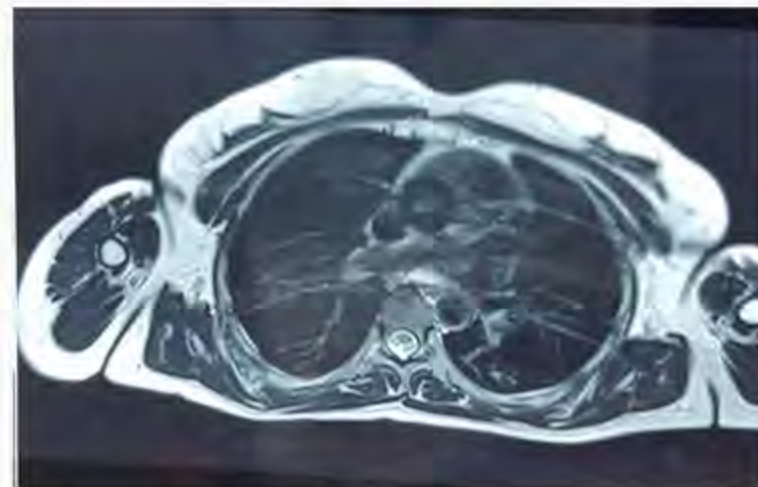


Fig1: formation tissulaire entre la cage thoracique et la scapula

Observation :

Une femme âgée de 53 ans, sans antécédents pathologiques notables

- ❖ Interrogatoire: douleur et tuméfaction préscapulaire droite évoluant depuis 6 mois sans altération de l'état général
- ❖ Examen physique: une tuméfaction ferme, douloureuse de la région basse de l'omoplate droite, mobile par rapport aux plans superficiel et profond.

La mobilité des épaules conservée

- ❖ Bilan radiologique:

Radiographies standards: normales

IRM de la région scapulaire: deux formations fusiformes tissulaires hétérogènes (tissulaires et graisseuses) au sein des muscles grands dentelés (figure 1)

- ❖ Bilan biologique : normal

Devant le terrain (âge et sexe), la localisation et l'aspect IRM le diagnostic d'EFD bilatéral était porté

La patiente a été proposée pour chirurgie vu l'importance de la gêne fonctionnelle.

Discussion:

L'EFD est une lésion rare, d'évolution lente. On le trouve le plus souvent chez les patients d'âge mûr. (ann chir plastiques 2015)

L'étiopathogénie de cette lésion est pour l'instant mal définie. L'imagerie par scanner ou IRM permet de poser le diagnostic et peut permettre, dans les cas asymptomatiques et typiques, d'éviter la biopsie et la chirurgie. (chir main 2008)

Seuls les cas symptomatiques doivent être opérés.

Conclusion: Le diagnostic d'EFD repose le plus souvent sur ses caractéristiques en imagerie. Cette entité devrait être connue par tout praticien. Chez les patients âgés ayant une localisation bilatérale et avec des résultats précis en matière d'imagerie on peut s'abstenir de la biopsie. Si non, la biopsie permettra d'exclure un éventuel processus tumoral malin.



Intérêt des Bisphosphonates de 2^{ème} génération dans le traitement de l'algodystrophie

Gharsallah I, Dhahri R, Laajili F, Boussetta N, Kacem N, Louzir Bassem, Metoui L, Othmeni S

Introduction:

L'algodystrophie pose encore les problèmes thérapeutiques parfois difficiles. La multiplication des moyens utilisés illustre l'absence d'un traitement satisfaisant. Néanmoins, à l'instar de la calcitonine qui a fait preuve de son efficacité dans le traitement de l'algodystrophie, les Bisphosphonates (BP) méritent un intérêt du fait de leur action anti-ostéoclastique et antalgique. A partir d'une série de sept patients et d'une revue de la littérature, nous nous proposons d'étudier l'efficacité des BP dans le traitement de l'algodystrophie.

Résultats:

Dans notre série, sept patients suivis pour algodystrophie ont bénéficié d'un traitement par BP. Il s'agissait de 5 hommes (72%) et 2 femmes (28%). L'âge moyen était de 52 ans (30-71 ans). L'origine post infectieuse était retrouvée dans 3 cas (42%), et post traumatique dans 2 cas (28%). Nous avons noté 4 localisations : cheville (42%), épaule (28%), coude (14%) et main (14%). Tous les patients se plaignaient de douleurs, les troubles vasomoteurs étaient notés chez 71% des patients et un seul présentait une limitation articulaire. Le BP était le Pamidronate par voie intra veineuse (60 mg) dans tous les cas. Il était administré en deuxième intention chez 85% des patients après échec du traitement par calcitonine. Une diminution des douleurs était notée dans 71% des cas.

Discussion:

Dans la littérature, 3 BP de 2^o génération ont été évalué dans le traitement de l'algodystrophie : le Pamidronate, le Clodronate et l'Alendronate. Leurs propriétés antalgiques sont aujourd'hui démontrées par plusieurs études en double insu contre placebo concernant essentiellement les algodystrophies d'origine post-traumatique lorsque la durée d'évolution moyenne est inférieure à un an.

Conclusion:

Dans la littérature, les propriétés antalgiques des BP de 2^{ème} génération sont bien démontrées concernant essentiellement les algodystrophies d'origine post traumatique en remplacement des injections de calcitonine en cas d'échec ou d'in tolérance de cette dernière.



Particularités cliniques du pied des spondyloarthrites

Ben Tekaya A, Sahli H, R Tekaya, I Mahmoud, O Saidane, L Abdelmoula
Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicholle Tunis

Introduction :

L'atteinte des pieds, volontiers avec une distribution asymétrique est très spécifique aux spondyloarthrites (SpA). La boiterie, le handicap généré par ces atteintes est à prendre en compte. L'objectif de notre travail était d'étudier les particularités cliniques de l'atteinte des pieds à travers une série tunisienne de SpA.

Méthodes :

Etude transversale réalisée sur une période de 6 mois [Mars-septembre 2014], portant sur 60 patients atteints de SpA, convoqués, suivis à la consultation et/ou hospitalisés au service de rhumatologie.

Discussion :

Toutes les structures anatomiques du pied peuvent être atteintes dans les SPA. L'atteinte la plus caractéristique est représentée par la dactylie. Celle-ci est parfois asymptomatique d'où la règle clinique d'examiner les pieds devant tout rhumatisme inflammatoire et notamment les SPA.

Conclusion :

Notre étude confirme que l'atteinte des pieds est fréquente au cours des SpA et avait significativement influencé la qualité de vie. Pour cela, un diagnostic et une prise en charge précoces influencent le devenir fonctionnel du patient.

Résultats :

Nombre de patients :	60
Atteinte des pieds	31 (52%)
Symptomatique Inaugurale	21 13 délai d'apparition = 5,31+/-3,8 années
Atteinte clinique de l'arrière pied (22 patients)	Talalgie = 15 Ténosynovite calcanéenne = 2 Arthrite talo-crurale = 1
Talalgie	Bilatérale = 93% Inflammatoire = 73% Siège plantaire inférieur = 73%
Atteinte de l'avant pied (18 patients)	Métatarsalgie = 9 Sénoite métatarsienne = 3 Bursite intercapito-métatarsienne = 1 Arthralgie des IPP = 5 Synovite des IPP = 3 Arthralgie des IPD = 3 Dactylie bilatérale = 2 Déformation = 9
Les déformations	Bilatérales = 89% Réductibles = 44%
Autres atteintes	Médio-tarse = 1 Problème de chaussage = 1 Anomalies cutanées = 12
Problèmes de chaussage	12



Étude analytique:

L'atteinte des pieds était influencée par :
Forme périphérique (p=0,008),
Courte durée d'évolution de la SpA (p=0,038)
Valeur élevée de la CRP (p=0,043).

	Problème de marche	Problème de chaussage
Atteinte de l'arrière pied	p=0.006	p=0.001
Atteinte de l'avant pied	p=0.007	p=0.017



Caractéristiques des lettres de liaison amenées en consultation de rhumatologie de 2ème ligne

Ben Tekaya A, H Sahli, Tekaya R, Amri R, Harran H, Tounsi H, Ben Ammou B, Ben Ahmed I, Azzebi S, Jazi R
Service de Rhumatologie, Hopital Charles Nicholle Tunis
Service de Médecine Interne, Hopital Med Tahar Maamouri, Nabeul

Introduction :

La lettre de liaison constitue un outil essentiel de communication entre le médecin référent et le rhumatologue. Elle comporte des informations concernant les caractéristiques du patient et ses plaintes d'une part et des informations en rapport avec le médecin référent d'autre part. Le but de ce travail était d'étudier les caractéristiques des lettres de liaison amenées en consultation de rhumatologie de deuxième ligne.

Méthodes :

Etude transversale descriptive menée dans la consultation de rhumatologie sur une période de 6 mois, ayant inclus tous les patients qui consultaient pour la première fois. Une analyse complète de la lettre de liaison a été réalisée : forme de la lettre, le médecin référent, les différents types d'établissements sanitaires, les données du patient.

Discussion :

En Tunisie, les lettres de liaison en Rhumatologie paraissent plus complètes lorsqu'elles sont rédigées par des médecins spécialistes. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces constatations dont la surcharge du travail et la formation.

Conclusion :

Dans notre étude, la moitié des lettres de liaison sont pertinentes en termes de motifs de consultations décrits et des diagnostics émis.

Résultats :

Nombre de patients :	500
Lettre de liaison	302 (60,4 %)
Age moyen	55,34 [13-85]
Homme / Femme	70 / 232
Lettre illisible	2 %
Date précisée	90,7 %
Grade du médecin référent précisé	56,3%
Age du patient mentionné	84,1%
Antécédents du patient mentionnés	46,7%
Concordance entre les motifs référents et les motifs réels de consultation rapportés par les patients à l'interrogatoire	42%
Bon Diagnostic	55,3%.



Particularités des patients ayant une anomalie de la densité minérale osseuse en consultation de rhumatologie

Bachali A, Sahli H, Amri R, Ben Ammou B, Ben Ahmed I, Tounsi H, Harran H, Azebi S, Jazi R, Tekaya R

Introduction

Les anomalies de la densité minérale osseuse (DMO) sont fréquemment observées en consultation de rhumatologie.

Nous nous sommes proposés dans ce travail de décrire les particularités épidémiocliniques et densitométriques des patients ayant une anomalie de la DMO.

Méthodes

Etude rétrospective sur une période de 6 mois ayant inclus tous les patients consultant pour un problème rhumatologique et chez qui la DMO pratiquée était pathologique. Les données épidémiocliniques et de la DMO ont été recueillies de façon consécutive et analysées.

Résultats

- Quarante vingt patients ont été inclus.
- 66 femmes (82 %) et 14 hommes (18%): Figure 1.
- Age moyen: 60 ans \pm 27,5 [25-85].
- Vingt quatre pour cent des patients avaient un indice de masse corporelle normal, 38 % avaient un surpoids et 38% étaient obèses.
- Soixante sept patients (84%) avaient au moins un facteur de risque d'ostéoporose, dix patients (15 %) avaient 3 facteurs de risque et 9 patients avaient 2 facteurs de risque (14%).
- Un antécédent de fracture a été noté chez 24 patients (30%).
- Le site le plus fréquent était vertébral (10 patients).
- La demande de la DMO était antérieure à la consultation dans 37% des cas.
- La DMO avait montré un profil d'ostéopénie dans 46% des cas et d'ostéoporose dans 54% des cas.
- Il s'agissait d'une ostéoporose corticale chez 22 patients et trabéculaire chez 21 patients.

Conclusion

Les patients ayant une anomalie de la DMO se caractérisent par une prédominance féminine, par la fréquence de l'obésité et des facteurs de risque de perte osseuse.



Figure 1: Répartition des patients en fonction du sexe

Discussion

La prévalence de l'ostéoporose est fréquente surtout dans la population féminine de plus de 50 ans. Les facteurs de risque d'ostéoporose sont nombreux essentiellement l'âge. Notre étude a montré la fréquence importante de fracture chez les patients présentant une anomalie à la DMO. Par conséquent, le traitement de l'ostéoporose post-ménopausique est fortement justifié. Une évaluation par le score FRAX® permettra de mieux cibler les indications à un traitement médicamenteux.

Oxalose osseuse

Gharsallah I, Dhahri R, Boussetta N, Laajili F, Kacem N, Louzir B, Metoui L, Othmeni S

Introduction:

L'hyperoxalurie primitive est une anomalie congénitale du métabolisme responsable d'une surproduction endogène d'oxalate liée à un déficit enzymatique hépatique. C'est une maladie autosomique récessive rare dont les manifestations cliniques sont les conséquences de dépôt de cristaux d'oxalate de calcium insolubles en excès au niveau du rein et des tissus. Le diagnostic est souvent posé à un stade avancé avec des conséquences fatales.

Observation:

Patient âgé de 21 ans admis pour exploration d'une insuffisance rénale au stade d'hémodialyse. Il se plaignait de polyarthralgies diffuses et douleurs osseuses de même caractère. L'examen a trouvé un état général moyen, une ascite avec oedèmes des membres inférieurs. Les articulations étaient douloureuses mais libres. Une PBF a conclu au diagnostic d'oxalose primaire secondaire à un déficit en alanine glyoxalate aminotransférase. L'oxalémie était à 8.4 mg/l (Nle entre 1.3-2.3) Sur le plan radiologique, il existait des érosions corticales au niveau des MCP avec condensations entourées de zones de déminéralisation au niveau du carpe ainsi que des bandes de sclérose marginales métaphysaires et épiphysaires. Une biopsie osseuse montrait un aspect en rosette biréfringent de cristal d'oxalose avec cellules géantes multinuclées ainsi que des signes d'hyperparathyroïdie.



Certains signes radiologiques sont caractéristiques de l'oxalose: bandes métaphysaires denses, ostéocondensation des vertèbres. Cependant, il est en pratique difficile de faire la part entre les lésions liées à l'oxalose et celles induites par l'hyperparathyroïdie chez les malades en IRCT. La résorption osseuse semble être le résultat des deux.

Conclusion:

L'hyperoxalurie primitive est une pathologie rare dont l'incidence est estimée à moins de 1 cas / million d'habitants/ an Il s'agit d'une anomalie congénitale du métabolisme hépatique entraînant une surproduction d'oxalate avec excès de son élimination urinaire. 3 formes ont été décrites dans la littérature correspondant chacune à un déficit enzymatique particulier mais toutes les trois de transmission autosomique récessive. L'hyperoxalurie primitive de type 1 étant la forme la plus fréquente



Impact du type d'établissement sanitaire sur les caractéristiques des lettres de liaison en consultation de rhumatologie

Ben Tekaya A, H Sahli, Tekaya R, Amri R, Harran H, Tounsi H, Ben Ammou B, Ben Ahmed I, Azzebi S, Jazi R
Service de Rhumatologie, Hopital Charles Nicholle Tunis
Service de Médecine Interne, Hopital Med Tahar Maamouri, Nabeul

Introduction :

Les motifs de consultation et le mode de recrutement des malades sont très variés en milieu rhumatologique. Peu de travaux se sont intéressés à l'analyse des lettres de liaison en milieu rhumatologique. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'impact du type d'établissement sanitaire sur les caractéristiques des lettres de liaison en consultation de rhumatologie.

Méthodes :

Il s'agissait d'une étude transversale monocentrique, menée sur une période de 6 mois et ayant inclut tous les patients qui consultaient en rhumatologie pour la première fois. Une analyse complète de la lettre de liaison amenée par chaque patient a été réalisée. L'impact du type d'établissement sanitaire a été étudié.

Conclusion :

Les lettres de liaison en rhumatologie paraissent plus complètes quand elles sont en provenance des CHU

Résultats :

Nombre de Consultants :	500
Patients Colligés	302 (60,4 %)
Age moyen	55,34 [13-85]
Homme / Femme	70 / 232
Etablissement d'origine	CHU : 35,8% Centre de soin de base : 30,5% Centre de circonscription : 18,5% Hôpital régional : 6% Centre de dialyse : 0,7% Non mentionné : 8,6%
Forme de la lettre de liaison en fonction du type d'établissement d'origine	lisibilité de la lettre de liaison (p=0,64) précision de la date (p=0,42) apposition du cachet (p=0,938)
Précision de l'âge du patient non précisé	CHU : 3,7% Centre de soin de base : 28,3% Centre de circonscription : 7,1%
Précision des antécédents des patients (150 lettres)	Différence significative en faveur CHU et centre de dialyse (p < 0,0001)
- Pertinence des motifs référents	P=0,872
- Pertinence des diagnostics	P= 0,995
- Examens complémentaires demandés	P=0,442
	AUCUNE DIFFERENCE SIGNIFICATIVE
Dosages biologiques	Surtout CHU et Hôpitaux de circonscription P=0,013



Syndrome de Shulman: à propos de deux nouvelles observations.

Gharsallah I, Dhahri R, Laajili F, Boussetta N, Kacem N, Louzir Bassem, Metoui L, Othmeni S

Introduction:

Le Syndrome de Shulman ou fasciite avec éosinophilie (aussi appelé maladie de Shulman ou fasciite à éosinophiles) est une affection caractérisée par une infiltration œdémateuse et indurée des aponévroses périmusculaires profondes et des cloisons musculaires.

Observation:

Nous rapportons deux nouvelles observations:

1 ère observation: Patiente âgée de 51 ans diabétique et hypertendue admise pour exploration d'une infiltration musculaire avec peau tendue et induration sous cutanée intéressant le tronc et les racines des 4 membres. La biologie a révélé un syndrome inflammatoire biologique. Le diagnostic du syndrome de Shullmana été confirmé après biopsie; aspect de faciite à éosinophiles. La patiente a été mise sous colchicine avec une amélioration partielle de l'atteinte cutanée.

2 ème observation: Patient agé de 20 ans , admis pour induration cutanée des racines des bras et cuisses. La biologie a montré une hyperéosinophilie. L'IRM a révélé un épaissement fibreux du muscle et du fascia. Le diagnostic a été confirmé histologiquement et le patient a bien évolué sous fortes doses de corticothérapie.

Discussion:

Le **Syndrome de Shulman** ou *fasciite avec éosinophilie*. Ces infiltrats siègent préférentiellement au tronc et à la racine des membres entraînant une importante limitation de la mobilité articulaire. La maladie s'accompagne d'une accélération de la VS (vitesse de sédimentation), d'une nette hyperéosinophilie et d'une augmentation du taux d'IgG.



Conclusion:

Le pronostic se révèle généralement favorable si la pathologie est détecté précocement (avant fibrose), que le traitement est administré immédiatement et qu'il n'y a pas de localisations viscérales (très rare)



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

Metoui L, Dhahri R, Boussetta N, Laajili F, Kacem N, Louzir B, Gharsallah I, Othmeni S

Introduction:

L'atteinte oculaire au cours de la Spondylarthrite ankylosante (SPA) est fréquente, dominée par l'uvéite antérieure non granulomateuse. La panuvéite complique exceptionnellement l'évolution d'une SPA. Nous rapportons les observations de deux patients suivis pour une SPA dont l'évolution a été compliquée d'une panuvéite.

Observations:

Observation1

Patient NN âgé de 40 ans, était suivi pour une SPA dans sa forme axiale et périphérique depuis 10 ans sous anti-inflammatoire de synthèse (AINS) et méthotrexate. Il consulte pour rougeur oculaire. L'examen ophtalmologique objectivait une uvéite antérieure gauche qui avait bien évolué sous traitement local mydriatique. Trois ans plus tard, le patient avait consulté pour la même symptomatologie, l'examen ophtalmologique objectivait une panuvéite gauche. Il avait reçu 3 boli de solumedrol à 1 g 3 jours de suite relayés par une corticothérapie per os à la dose de 40 mg/j avec évolution favorable.

Observation2

Patient RT âgé de 33 ans, était suivi pour une SPA dans sa forme axiale depuis 7 ans sous AINS. Il consulte pour rougeur oculaire avec flou visuel. L'examen ophtalmologique a révélé la présence d'une panuvéite droite. Le patient avait reçu 3 boli de solumedrol à 1g 3 jours de suite relayés par 4 bolus mensuels d'Endoxan à 700 mg. L'évolution était favorable.

Discussion:

L'uvéite est une manifestation extra articulaire grave, pouvant engager le pronostic visuel.

Il existe trois principaux types d'uvéite :

antérieure : appelé également iridite ou iridocyclite, elle se manifeste essentiellement au niveau de la chambre antérieure ;

intermédiaire : essentiellement au niveau du vitré antérieur ;

postérieure : au niveau du vitré postérieur et de la rétilne.

La panuvéite correspond à une uvéite totale qui est cependant plus rare.

Conclusion:

La survenue d'une panuvéite au cours de la Spondylarthrite ankylosante est rare et menace le pronostic visuel du patient. Ainsi, un diagnostic précoce et une prise en charge rapide sont nécessaires afin d'améliorer le pronostic.



Les spondylodiscites infectieuses cervicales : étude de 6 cas

Metoui L, Dhahri R, Laajili F, Abid R, Battikh R, Kacem N; Louzir B, Gharsallah I, Othmeni S

Introduction:

Les spondylodiscites infectieuses cervicales sont rares et souvent graves. Elles représentent 3 à 15% des localisations infectieuses rachidiennes. Par ailleurs elles comportent des particularités épidémiologiques, cliniques et surtout évolutives qui leurs sont propres.

Patients et Méthodes:

Etude rétrospective colligeant les cas de spondylodiscites infectieuses cervicales diagnostiquées selon des preuves bactériologiques et /ou sur un faisceau d'arguments de présomption.

Resultats:

Il s'agit de 6 cas: 3 hommes et 3 femmes agés en moyenne de 59 ans avec des extremes de 21 à 75 ans. Un terrain débilite a été trouvé dans 2 cas. La spondylodiscite est survenue dans les suites opératoires sur le rachis cervical dans 1 cas. Le tableau était celui d'une nevralgie cervicobrachiale mal sustématisée inflammatoire et bilatérale dans tous les cas.

Un torticolis fébrile était observé dans 5 cas. L'atteinte de la charnière était observée dans 1 cas. L'atteinte était d'origine tuberculeuse dans 2 cas et staphylococcique dans 1 cas. La spondylodiscite était associée à une épidurite dans 4 cas, à un abcès para vertébral dans 1 cas, compliquée de compression médullaire dans 3 cas et d'un déplacement vertébral dans 2 cas.



Spondylodiscite cervicale C4-C5 compliquée d'épidurite

Conclusion:

Les spondylodiscites infectieuses cervicales se distinguent des autres localisations vertébrales par leur risque de complications neurologiques surtout à type de compression bulbo-médullaire. L'imagerie moderne permet d'améliorer leur pronostic grâce à une détection précoce des lésions anatomiques et des déplacements osseux.



Masse basithoracique compliquée de compression médullaire : quel est votre diagnostic ?

Gharsallah I, Dhahri R, Laajili F, Boussetta N, Kacem N, Louzir B, Metoui L, Othmeni S

Introduction:

L'évolution d'une masse thoracique vers la compression médullaire suggère l'extension intracanalair d'un processus expansif. Cette circonstance de découverte est rare au cours des tumeurs osseuses.

Observation:

Patient âgé de 21 ans sans antécédents adressé pour tuméfaction basi-thoracique postéro-latérale gauche augmentant progressivement de volume depuis 3 mois. Cette masse est de consistance dure, indolore, d'allure pariétale, associée à de multiples adénopathies et évolue dans un contexte d'amaigrissement chiffré à 7 kg en 3 mois. Un scanner et une IRM thoraco-abdominaux objectivent un volumineux processus à point de départ musculaire de la paroi thoraco-lombaire gauche à proximité de la base pulmonaire gauche et du rachis dorsolombaire. Une biopsie de la masse met en évidence une tumeur à cellules rondes évoquant un lymphome à grandes cellules. L'évolution est marquée par l'installation en 2 jours d'un tableau fait de paraplégie flasque avec anesthésie tactile et rétention vésicale. L'IRM médullaire pratiquée en urgence objective une compression médullaire allant de D9 à L1 par un processus tissulaire à développement extra et intra-canalair. La relecture des lames de la biopsie conclut à un sarcome à cellules rondes évoquant fortement un sarcome d'Ewing et/ou PNET. Compte tenu de sa localisation, cette entité est dénommée également tumeur d'Askin. L'indication thérapeutique était une abstention chirurgicale et une chimiothérapie palliative.

Discussion:



La tumeur d'Askin est une tumeur rare hautement maligne qui s'observe surtout chez le sujet jeune. La symptomatologie clinique initiale est le plus souvent une douleur thoracique mais il arrive que le diagnostic soit fait au stade de complications. L'aspect radiologique n'est pas spécifique. Le diagnostic positif est généralement histologique. Sa prise en charge n'est pas encore codifiée et le pronostic reste très défavorable du fait de leur potentiel métastatique et du risque de récurrence locale.

Conclusion:

La tumeur d'Askin est une tumeur rare qui soulève encore de nombreuses interrogations concernant son individualisation propre et ses liens avec le sarcome d'Ewing.



Influence du statut marital sur l'activité de la polyarthrite rhumatoïde

R. BenSaad, S. Boussaid, S. Rekik, R. Alaya, H. Sahli, E. Cheour, M. Elleuch, H. Ajleni

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie chronique caractérisée par une douleur articulaire dont la perception peut être influencée par le statut marital et la qualité des relations conjugales.

Le but de ce travail est d'évaluer l'influence du statut marital dans l'évaluation de l'activité de la PR.

Matériels et méthodes:

Etude transversale incluant 40 patients atteints de PR que nous avons interrogé sur leur statut marital, l'ancienneté de leur maladie, le traitement de fond. Nous avons évalué l'activité de la PR par des indices fonctionnels cliniques et biologiques

Résultats:

38 femmes et 2 hommes.

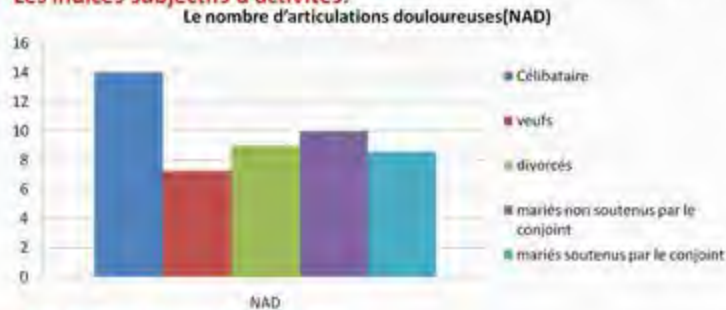
L'âge: 54 ans (avec des extrêmes de 26 à 76 ans).

La durée d'évolution de la PR: 9 années (avec des extrêmes de 6 mois à 23 ans).

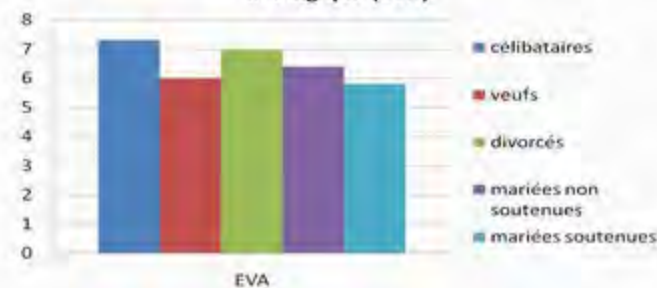
Les patients étaient mariés dans 68 % des cas, 21 % de veufs, 7% de célibataires et 4% de divorcés. Les patients mariés étaient répartis en deux groupes : 39% avaient le soutien du conjoint et 29% se considéraient non soutenus.

L'activité de la PR a été évaluée dans ces différents groupes:

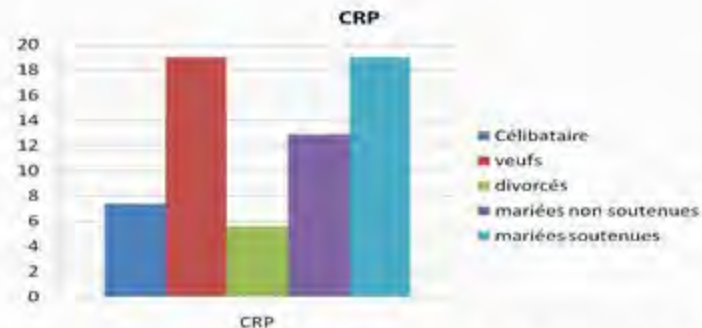
Les indices subjectifs d'activités:



L'évaluation de la douleur par l'échelle visuelle analogique (EVA)



Les indices objectifs d'activités:



Conclusion:

Dans la PR, il convient d'évaluer les indices cliniques et biologiques d'activités. Le résultat de notre série montre que l'interprétation de ces indices mérite de prendre en compte le statut marital et surtout la qualité des rapports conjugaux.

Cervicalgie chez un patient atteint de spondyloarthrite: Ne passez pas à côté d'une fracture trans-discale !

O.Saidane, K.Maatallah, I.Mahmoud, R.Tekaya, L.Abdelmoulah
Service de rhumatologie Hôpital Charles Nicole Tunis

Introduction

- ✓ Les spondyloarthrites sont responsables fréquemment d'une ankylose du squelette axial.
- ✓ Cette ankylose se complique rarement de fractures rachidiennes à faible énergie pouvant être responsable d'une instabilité et nécessitant le recours à une chirurgie stabilisatrice.

Nous rapportons l'observation d'une fracture trans-discale chez un patient atteint d'un rhumatisme psoriasique

Observation

- ✓ Mr T, âgé de 52 ans, était suivi pour un rhumatisme psoriasique évoluant depuis l'âge de 33 ans compliqué d'une coxite bilatérale.
- ✓ Il avait sur le plan axial une ankylose complète du rachis cervico-dorsolombaire ainsi que des sacro-iliaques.
- ✓ Il était traité par infliximab à la dose de 5mg/kg/j depuis 2 ans en association au Methotrexate avec une bonne réponse clinique et biologique et un BASDAI à 3.
- ✓ Comme manifestations extra-articulaires, outre le psoriasis le patient avait un profil d'ostéoporose à la densité minérale osseuse.
- ✓ Mr T rapporta une cervicalgie d'horaire mécanique d'intensité modérée.
- ✓ L'interrogatoire retrouva la notion d'un traumatisme indirect suite à une collision entre la voiture qu'il occupait en tant que passager et une deuxième voiture qui venait en sens inverse.
- ✓ L'examen neurologique était sans anomalie

- ✓ Radiographie standard du rachis cervical: gaz intra discal C2-C3



Conclusion



✓ TDM cervicale: fracture trans-dicale C2-C3 non déplacée avec gaz intra-discal associée à une fracture pluri-fragmentaire pédiculo-lamaire gauche de C2 survenant sur un rachis cervical complètement ankylosé.

✓ Le rachis cervical a été immobilisé par une minerve et le patient a été adressé en orthopédie pour chirurgie stabilisatrice

Discussion

Comme dans le cas de notre patient, la fracture vertébrale chez les patients atteints de SpA survient souvent sur un rachis complètement ankylosé [1], l'âge moyen de sa survenue est de 50 ans [2]. Notre observation souligne l'importance de rechercher une fracture devant un traumatisme minime ou une exacerbation récente de la symptomatologie. En effet, le risque de sa survenue augmente avec la durée d'évolution de la maladie [3] et elle peut survenir après un traumatisme minime ou parfois même spontanément [2]. La localisation cervicale est la plus fréquente (75% des cas) [2]. Ces fractures peuvent être difficiles à identifier sur des radiographies standard du fait de l'ossification rachidienne, l'ostéoporose et la moins bonne visibilité des espaces discaux [4]. Le diagnostic est facilité par le scanner et l'IRM [4].

Quoique rares, les fractures rachidiennes peuvent avoir des conséquences graves au cours des spondyloarthrites. Elles doivent être évoquées à tous les stades de la maladie et en particulier sur un rachis ankylosé même suite à un traumatisme minime. Les radiographies standard passent souvent à côté du diagnostic rendant l'imagerie de deuxième intention nécessaire.

[1] Andre V. J Radiol, 80 (1999), p. 1575

[3] L. Feldtkeller, Rheumatol Int, 26 (2006), pp. 234-239

[2] Vasse D. J Rheumatol, 31 (2004), pp. 1981-1985

[4] Melick A. Med Pregl, 98 (1995), pp. 429-431

Synovite villonodulaire de la hanche révélée par une sciatique gauche

Brahem.M, Jguirim.M, Mhenni.A, Zrour.s, Younes.M, Bejia.I, Touzi.M, Bergaoui.N.

Service de Rhumatologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Intoduction:

La synovite villonodulaire (SVN) est une affection rare dont l'étiologie reste encore méconnue. Elle touche généralement le sujet jeune entre 20 et 40 ans.

➤ Nous rapportons l'observation d'un homme âgé de 82ans qui présente une synovite villonodulaire de la hanche.

Obsevation:

• C'était un homme de **82 ans**, diabétique, hypertendu, qui consulte pour **lombosciatique gauche d'horaire inflammatoire** de trajet L5.

• L'**examen clinique** a objectivé une limitation de la mobilité de la hanche gauche.

• Un **bilan biologique** demandé a révélé un syndrome inflammatoire important avec une vitesse de sédimentation à 95mm la première heure et une CRP à 26 g/dl.

• **la radiographie** du rachis lombaire a montré des signes dégénératifs non spécifiques, celle **du bassin** a montré **une lyse du col du fémur gauche et un épaissement des parties molles**.

• **Un complément par une TDM** a objectivé un épaissement tissulaire diffus à bords festonnés de la capsule articulaire de la hanche gauche de densité spontanée hétérogène calcifiée par endroit avec **des zones d'ostéolyse fémorale métaphyso-épiphysaire, du petit trochanter, du toit et du fond du cotyle** à berges sclérotiques type 1A de Lodwick, ainsi des multiples ganglions et adénomégalies iliaques externes gauches.

• **L'IRM** a montré **une SVN de la hanche gauche** avec une importante atteinte du versant extra articulaire de la capsule articulaire et lyse de contiguité du col fémoral.



• **Une scintigraphie osseuse** pratiquée n'a pas objectivé d'autres foyers de fixation.

• **Une biopsie osseuse scano-guidée** a conclu à une synovite villonodulaire de la hanche gauche.

Discussion:

❖ Cette pathologie rare chez le sujet âgé correspond à une lésion proliférative idiopathique de la membrane synoviale caractérisée par un stroma fibreux, des dépôts d'hémosidérine et une infiltration histiocytaire et à cellules géantes. Elle peut être diffuse et intéresser l'ensemble de la synoviale d'une articulation ou au contraire être focale, et présenter alors un aspect pseudo tumoral. L'atteinte est dans la grande majorité des cas monoarticulaire. L'articulation la plus touchée est le genou (63 à 75% des cas). On retrouve ensuite les hanches et les chevilles.

❖ Les radiographies standards sont normales ou révèlent une tuméfaction des tissus mous non spécifique, parfois nodulaire et de densité élevée en raison des dépôts d'hémosidérine, mais non calcifiée. Rarement, on peut observer des images lytiques pseudo métastatique.

❖ **L'IRM est l'examen de choix pour le diagnostic et le bilan d'extension de cette affection.**

✓ La SVN bien que rare, doit être recherchée devant une arthralgie avec impotence fonctionnelle ou tuméfaction articulaire, surtout au niveau du genou et la hanche. Cette tumeur peut être agressive localement.

✓ La synovectomie qui est une intervention chirurgicale au cours de laquelle il est nécessaire de retirer la membrane synoviale, constitue actuellement l'unique traitement de cette affection.



Atteinte maxillofaciale au cours du myélome multiple: à propos d'un cas

Brahem.M, Jguirim.M, Chaabouni D, Zrour.s, Younes.M, Bejia.I, Touzi.M, Bergaoui.N.

Service de Rhumatologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction:

•Le myélome multiple des os ou maladie de Kahler est un cancer hématologique, caractérisé par une prolifération monoclonale de cellules plasmocytaires anormales. Les manifestations osseuses sont dominées par les lésions ostéolytiques, les douleurs osseuses et les fractures pathologiques.

•L'atteinte maxillo-faciale au cours du myélome multiple est rare, mais peut être très grave sur le plan fonctionnel et même vital.

➢ Nous présentons le cas d'une patiente qui présente une localisation maxillofaciale du myélome multiple.

Observation:

❖ C'est une patiente diabétique âgée de 51 ans, diagnostiquée **myélome multiple stade IIIa de DURIE ET SALMON** en Mars 2015. Le diagnostic a été retenu devant des douleurs osseuses diffuses, un syndrome inflammatoire biologique important, une hypercalcémie sévère à 3,08mmol/L, une anémie normochrome normocytaire à 8,7/dl, un pic monoclonal de type IgA kappa à l'EPP à 46,9 g/L, une prolifération plasmocytaire à 33% de plasmocytes dysmorphiques à la ponction sternale, une bêta2 microglobuline à 4,63 et enfin une atteinte osseuse diffuse à savoir des multiples géodes à l'emporte pièce au niveau du crane, du sternum avec déminéralisation osseuse et des images lacunaires diffuses au niveau du rachis lombaire, du bassin et du tiers supérieur du tibia droit.

❖ Une autogreffe de la moelle osseuse a été indiquée.

❖ Une radiographie panoramique

a été demandée dans le cadre du bilan thérapeutique et a montré **des lésions lytiques diffuses à l'emporte pièce**, qui sont asymptomatiques.



❖ Un complément par une TDM crânio-faciale a objectivé des lésions lytiques diffuses (aspect d'os mité) qui touchent les os mandibulaire, maxillaire et qui s'étendent à toute la voûte crânienne et atteint même les deux orbites.



Discussion:

❑ Le myélome multiple des mâchoires affecte la mandibule plus fréquemment que le maxillaire. Il est prudent de garder à l'esprit que l'atteinte des maxillaires peut être asymptomatique et survient généralement chez des patients avec une atteinte osseuse généralisée.

❑ Par conséquent, l'évaluation radiographique des maxillaires est essentielle, notamment dans les cas avancés.

❑ On peut avoir une raréfaction osseuse généralisée, de multiples zones radio-claires ou parfois une absence d'anomalie osseuse.

Conclusion:

L'atteinte du massif facial au cours du myélome multiple, bien que rare n'est révélatrice de la maladie que exceptionnellement, il est recommandé de la dépister systématiquement car même des lésions avancées peuvent être asymptomatiques.



Agrégation de plusieurs maladies auto-immunes dans une même famille

Brahem.M, Jguirim.M, Mhenni.A, Zrour.s, Younes.M, Bejia.I, Touzi.M, Bergaoui.N.

Service de Rhumatologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction:

Les maladies auto-immunes (MAI) sont habituellement individualisées en deux grands groupes : les MAI spécifiques d'organe (essentiellement les thyroïdites auto-immunes, le diabète insulino-dépendant : DID et la maladie de Biermer) et les MAI non spécifiques d'organe (essentiellement la polyarthrite rhumatoïde, le lupus, le syndrome de Gougerot-Sjögren, la polymyosite et la sclérodermie). Nous rapportons une famille dont les membres présentent plusieurs maladies auto-immunes concomitantes.

observation:

Le cas index est un homme de 30 ans, qui a consulté en rhumatologie en avril 2014 pour polyarthralgie touchant les deux épaules, les deux coudes, les poignets, les hanches et les genoux, avec un syndrome de Raynaud, sans syndrome inflammatoire biologique (La VS était à 15mm la 1^{ère} heure et la CRP à 3,9). Le bilan immunologique a révélé des anticorps antinucléaires positifs à 1/60 type moucheté (les anticorps anti-RNP, anti-JO1 et anti-nucléosomes étaient positifs), le facteur rhumatoïde était positif à 128U/L au Latex et à 64 U/L au Waller Rose. Les ACPA étaient négatifs. La fraction C3 du complément était normale et C4 diminuée à 43 U/L. Le bilan rénal était normal (protéinurie de 24 heures et la HLM). Le patient a bénéficié d'une capillaroscopie qui a objectivé une microangiopathie organique assez spécifique de la sclérodermie, d'un examen ophtalmologique qui a objectivé un syndrome sec oculaire sévère et d'une biopsie des glandes salivaires accessoires qui a conclu à une scialadénite chronique lymphocytaire grade 4 de Chisholm. Devant ces données clinico-biologiques, on a retenu le diagnostic de connectivite mixte avec un syndrome de Gougerot-Sjögren.

Par ailleurs **une enquête familiale** a révélé l'atteinte de plusieurs membres de quelque maladies systémiques : une sœur âgée de 33 ans suivie pour **lupus érythémateux systémique**, une tante maternelle souffrant d'un lupus avec une **polyarthrite rhumatoïde** et un **syndrome sec**, une deuxième tante maternelle atteinte de polyarthrite rhumatoïde avec une **cirrhose biliaire primitive**, deux autres tantes maternelles souffrant de polyarthrite rhumatoïde seulement. Deux cousins maternels de sexe masculin suivis pour **diabète type 1** et un autre suivi en neurologie pour **sclérose en plaque**. Une enquête génétique avec une étude du système HLA est en cours.

Discussion:

- L'agrégation de MAI au sein de la famille rapportée suggère l'existence de **facteurs génétiques** sous-jacents. L'hétérogénéité phénotypique des MAI pourrait traduire l'existence d'une hétérogénéité génétique mais également l'existence de **facteurs environnementaux**, qui font moduler l'expression phénotypique.
- L'existence d'un fond génétique commun à différentes MAI, initialement suggéré par la notion d'agrégation familiale de MAI a récemment été confirmée par des études génétiques d'association.

Conclusion:

- Les formes familiales de MAI sont rares. Notre étude suggère l'existence d'un fond génétique prédisposant à l'auto-immunité avec probablement des facteurs environnementaux qui vont moduler l'expression phénotypique de l'affection auto-immune.
- La meilleure compréhension de la physiopathologie de ces MAI devrait déboucher sur une optimisation de leur prise en charge.



La brucellose familiale

R. Ben Saad, S. Boussaid, S. Rekik, R. Alaya, H. Sahl, E. Cheour, M. Elleuch, H. Ajleni

Introduction:

Les manifestations ostéoarticulaires de la brucellose sont variées. Elles sont constantes au cours de la phase septicémique et représentent la localisation la plus importante de la brucellose focalisées. Nous rapportons un cas de brucellose familiale, mari et femme, avec deux localisations ostéo-articulaires différentes et rares.

Observation:

Un homme âgé de 73ans originaire et habitant une zone rurale, travaillait comme agriculteur et éleveur de bovins. Il a été hospitalisé pour une névralgie cervico-brachiale d'horaire inflammatoire évoluant depuis 3mois, mal systématisée, résistante au traitement symptomatique. Elle s'associait à une fébricule et des sueurs profuses. L'examen était sans particularités. A la biologie il n'y avait pas de syndrome inflammatoire. La radiographie du rachis cervical montrait une irrégularité du plateau de C6 et de C7 et un pincement du disque C6C7. A l'IRM confirmait le diagnostic avec une épiburite et des microabcès en paravertébral. La sérologie Wright et widal était positive. Le patient a été mis sous doxycycline et rifampicine avec une bonne évolution clinique.

15 jours après son hospitalisation, sa femme âgée de 60 ans sans antécédents, a été hospitalisée pour une fessalgie gauche aigue évoluant depuis 3 jours avec une impotence fonctionnelle totale. A l'examen, on trouvait une douleur à la palpation de la fesse gauche et à l'écartement rapprochement des ailes iliaques. Le bilan biologique ainsi que la radiographie du bassin étaient normales. La TDM du bassin objectivait : des remaniements dégénératifs des sacroiliaques avec l'existence d'une clareté aérique au niveau du psoas iliaque gauche de quelques millimètres de diamètres. Devant ce contexte particulier d'infection brucellienne chez le mari, nous avons complété par une IRM du bassin qui avait mis en évidence une sacroiliite bilatérale et des anomalies de signal des parties molles évoquant des microabcès. La sérologie de wright était positive à 1/640. La patiente a été mise sous antibiothérapie avec une bonne évolution



Discussion:

La sacroiliite est la localisation la plus fréquente mais la forme bilatérale reste rare 15 %. La localisation rachidienne allant de 8% à 58% dans la littérature touchant le rachis lombaire, puis dorsal enfin le rachis cervical (12%). Notre observation est particulière par le fait qu'il s'agisse d'une atteinte familiale qui c'est révélée presque à la même période avec des localisations différentes. Cette observation nous pousse aussi à se revoir la sensibilité de la tomodensitométrie dans le diagnostic des sacroiliites.

Conclusion:

La brucellose est un problème de santé nationale, professionnel et même familial. D'où l'intérêt d'un programme d'éducation ciblant la population à risque afin de prévenir cette affection aux multiples facettes.

Comorbidités au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Essafi F, Ben Abdelghani K, Fezaa A, Kassab S, Chkili S, Laatar A, Zakraoui L
Hôpital Monji Slim ,Service de Rhumatologie

Introduction

La polyarthrite rhumatoïde (PR) peut s'associer à d'autres maladies déterminant un risque de mortalité surajouté. Le lien entre eux reste énigmatique.

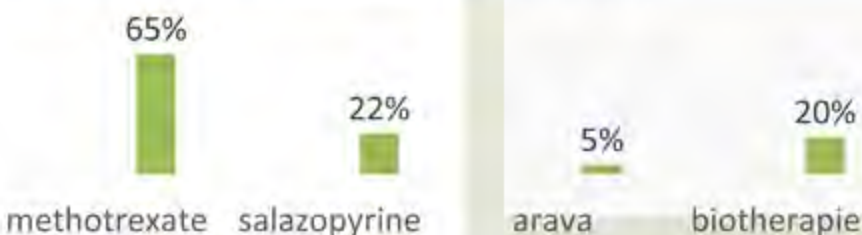
Le but de cette étude est d'évaluer la prévalence et les facteurs associés aux comorbidités chez les patients atteints de PR.

Patients et Méthodes

Il s'agit d'une étude transversale portant sur des patients atteints de PR répondant aux critères ACR 1987. Tous les patients ont eu un interrogatoire, un examen clinique et un dosage de la CRP et /ou vitesse de sédimentation. L'activité de la maladie était évaluée par le DAS28 et la qualité de vie par le HAQ.

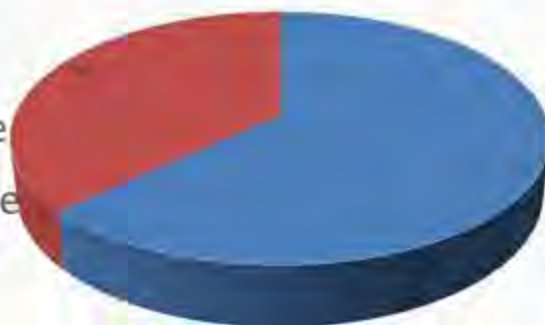
Résultats

Patients :	58
Sex -ratio:	5/53
Age moyen (ans):	53 [23 - 75]
durée d'évolution moyenne(ans) :	9,41 [1-30]
DAS 28 moyen :	3,51 (1,23-7,24)
HAQ moyen :	0,8 [0-2,8]



■ PR seropositive

■ PR seronegative



Dix-huit patients (31%) présentaient une seule comorbidité. Treize patients (22%) avaient au moins deux comorbidités. Vingt-sept patients (46%) n'avaient aucune comorbidité



Les patients avec comorbidités était plus âgés ($p = 0.018$). aucune corrélation n'a été observée entre la présence de comorbidité d'une part et le sexe, la durée de la maladie, le DAS 28, le HAQ, la séropositivité et l'utilisation de traitement de fond de l'autre part.

Conclusion

Notre étude montre que la comorbidité est fréquente chez les patients atteints de PR notamment l'HTA, le diabète et l'ostéoporose. aucune corrélation n'a été établie entre les comorbidités et les données liées à la PR (en dehors de l'âge avancé)

EVALUATION DE LA DOULEUR EN MILIEU RHUMATOLOGIQUE PAR LES INFIRMIERS

S Ben Fraj, R Tekaya, A Ben Tekaya, O Saidane, I Mahmoud, L Abdelmoula
Service de Rhumatologie Hôpital Charles Nicolle Tunis

Introduction :

- Face à la douleur; maître symptôme en rhumatologie; l'infirmière occupe au sein de l'équipe une place privilégiée et la qualité de sa relation avec le patient est un garant de la qualité de la prise en charge.
- L'objectif de ce travail est d'étayer le rôle de l'infirmière dans l'évaluation de la douleur des patients et de préciser ses niveaux d'intervention.

Méthodes :

- Etude transversale dont le but était d'évaluer la douleur ressentie par les patients à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA).
- Cette évaluation était réalisée dans tous les cas par une infirmière unique, à l'admission des patients et quotidiennement lors de leur séjour en hospitalisation.
- Pour tous les patients nous avons colligé les motifs d'admission, les principales données épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques. La prescription d'antalgiques était modulée quotidiennement en fonction du niveau de la douleur.

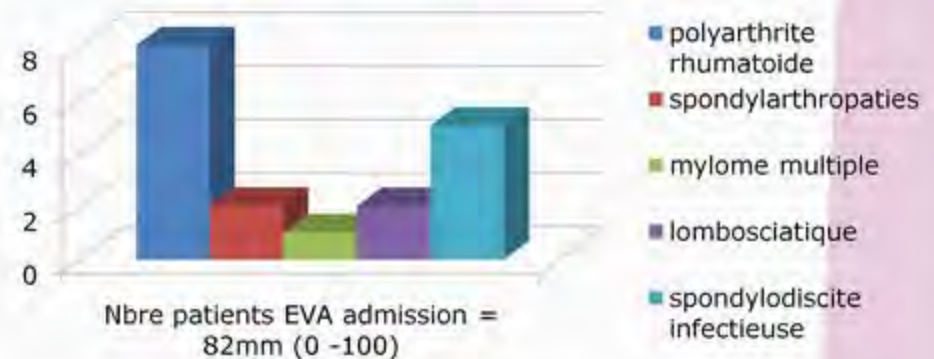
Discussion et Conclusion:

- ✓ Rôle de l'infirmier: Rôle privilégié & qualité de relation avec le patient: garant de qualité de prise en charge.
- ✓ Rôle technique & rôle relationnel indissociables.
- ✓ L'évaluation des malades lors de leur admission devrait comporter une évaluation systématique de la douleur afin d'assurer une prise en charge médicamenteuse adaptée des phénomènes douloureux.
- ✓ Les soins relationnels, l'aide et le soutien psychologique du patient sont primordiaux afin de garantir:
 - Observance du traitement
 - Traçage de la courbe EVA
 - Apprécier le degré d'anxiété et de dépression.
 - La transmission entre les équipes

Résultats :

- L'évaluation du niveau de la douleur a été réalisée chez 18 patients (13 femmes/5 hommes) dont l'âge moyen était de 50 ans.
- L'EVA moyenne à l'admission était de 82mm [10-100].

Motifs d'hospitalisation



- Le traitement antalgique était selon les cas adapté et/ou réajusté en fonction des valeurs de l'EVA permettant un amendement du niveau de la douleur dans 62% des cas (EVA moyenne=32mm).

• Répartition des antalgiques prescrits



Intérêt de l'infiltration épidurale de corticoïdes dans la lombosciatique commune : à propos de 75 cas

Toulgui E, Alaya Z, Baccouche K, Lataoui S, Belghali S, Amara N, Ben Smida I, Jamel A, Zeglaoui H, Bouajina E

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse

INTRODUCTION

La lombosciatique (LS) commune est un motif de consultation très fréquent en rhumatologie. Nous sommes souvent amenés à avoir recours aux infiltrations épidurales de corticoïdes qui font partie de l'arsenal thérapeutique de cette pathologie. Cette étude a pour objectif d'apprécier l'intérêt de l'infiltration épidurale au cours de la LS.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a inclus 75 patients qui ont été hospitalisés en rhumatologie pour prise en charge thérapeutique d'une LS et qui ont bénéficié d'une série de 3 infiltrations épidurales par cortivazol (1 jour/2). Nous avons évalué le syndrome rachidien, le syndrome radiculaire et l'EVA douleur avant et après les infiltrations épidurales.

RESULTATS

Notre étude a intéressé 75 patients dont 35 hommes et 40 femmes d'âge moyen $58,9 \pm 9,7$ ans. La LS évoluait depuis 18 mois en moyenne; 38 cas (50,6%) de LS était de trajet L5, 24 cas (32%) de trajet S1 et 13 cas (17,3%) de trajet mal systématisé. L'examen objectivait un syndrome rachidien dans 68% des cas (51 patients), un syndrome radiculaire dans 81% des cas (60 patients), avec un score EVA douleur moyen de 69/100. Cinquante-cinq (73,3%) des patients ont eu imagerie standard du rachis lombaire et du bassin, 28 patients (soit 37,3%) ont eu une TDM du Rachis lombaire et 16 patients (21,3%) ont bénéficié d'une IRM du rachis lombaire. Les explorations radiologiques ont mis en évidence une discopathie de l'étage L4-L5 ou L5-S1 dans 28 cas (37,3%), une hernie discale conflictuelle avec la racine L5 ou S1 dans 35 cas (46,6%), un canal lombaire étroit (CLE) dans 7 cas (9,3%) et un rachis dégénératif dans 5 cas (6,6%). 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. Le syndrome rachidien a nettement diminué pour 32 patients (42,6%) et a disparu pour 11 patients (14,6%). Le syndrome radiculaire a lui aussi nettement diminué pour 48 patients (64%) et a disparu chez 20 d'entre eux (26,6%). L'EVA douleur a également baissé d'une moyenne de 35/100. Dans notre étude, 69 patients (92%) ont eu une prescription d'une rééducation fonctionnelle après la série d'infiltration de corticoïdes.

DISCUSSION

Les infiltrations rachidiennes de corticoïdes sont utilisées en pratique courante dans le traitement de la lombosciatique. De nombreuses études ont montré que les infiltrations épidurales ont un effet positif et qui est important sur la douleur à court terme [1].

CONCLUSION

Les infiltrations épidurales de corticoïdes dans la LS commune ont un effet antalgique connu, donc l'effet est maximal vers la 3ème semaine en post-infiltration. En revanche, cet effet antalgique n'a pas été démontré à moyen, voire à long terme dans cette pathologie.



La maladie De Horton : étude épidémiologique, clinique et thérapeutique (à propos de 6 cas)

*Ben hamouda S, Mhenri A, Hachfi H, Hadj salah A, Younes M
Service de rhumatologie, CHU Taher Star Mahdia*

Introduction :

la maladie de Horton (M H) est une artérite inflammatoire giganto-cellulaire, de topographie segmentaire et multifocale, prédominant dans le territoire céphalique. C'est une pathologie du sujet âgé, le plus souvent de sexe féminin.

Objectif :

Analyser le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif de la M H à partir d'une série de 6 patients atteints de cette maladie diagnostiquée selon les critères de l'ACR.

Résultats :

* Il s'agit de 4 femmes et 2 hommes d'âge moyen 69 ans (60-82). Sur le plan fonctionnel les céphalées sont quasi-constantes. Les signes généraux sont présents dans 2/3 des cas. L'atteinte articulaire est notée dans 5 cas dont 3 correspond à une PPR. Les signes temporaux objectifs sont retrouvés dans tous les cas, à type d'abolition (3 cas), diminution (2 cas) et induration (1 cas).

* Une baisse de l'acuité visuelle est notée dans 2 cas.

* Sur le plan biologique, le syndrome inflammatoire est constant. La biopsie de l'artère temporale faite chez 5 patients est revenue normale dans 2 cas.

* Sur le plan biologique, le syndrome inflammatoire est constant. La biopsie de l'artère temporale faite chez 5 patients est revenue normale dans 2 cas, et a permis de confirmer le diagnostic dans 3 cas. L'évolution sous corticothérapie (0,5- 0,7 mg/kg/j) est favorable dans tous les cas.

Discussion :

* La maladie de Horton (MH) est la plus fréquente des vascularites.

* Les études épidémiologiques rapportent au cours des 20 dernières années une augmentation de son incidence. Elle atteint préférentiellement les sujets scandinaves ou originaires de l'Europe du Nord.

* En terme de pronostic, la surmortalité n'a pas été clairement démontrée, même si certaines études rapportent une majoration des risques d'accidents cardiovasculaires. La majorité des complications est liée à la corticothérapie.

* De nouveaux examens complémentaires sont à notre disposition pour détecter les signes d'artérite comme l'échographie-doppler de haute résolution et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) mais leur valeur diagnostique reste à définir.

* Sur le plan thérapeutique, les corticoïdes restent le traitement de référence. Les études portant sur la place des autres traitements classiques (disulone, plaquenil, bolus de solumédrol, azathioprine, cyclosporine, cyclophosphamide, méthotrexate [MTX]) sont de qualité modeste ou donnent des résultats contradictoires. Aucun traitement n'a prouvé son efficacité en terme d'épargne cortisonique.

* La place des biothérapies n'est pas encore définie, car si les études ouvertes étaient prometteuses, les essais contrôlés ont donné des résultats négatifs.

Conclusion :

Le diagnostic de M H est le plus souvent facile. Néanmoins, les formes atypiques peuvent se voir et posent un problème diagnostique et thérapeutique, justifiant la mise en route rapide d'un traitement adéquat devant la moindre suspicion clinique sans attendre la confirmation histologique, étant donné le risque d'atteinte oculaire imprévisible et parfois irréversible.



Sclérodermie systémique vue en milieu rhumatologique

Ben hammouda S, Mhenni A, , Hadj salah A, Hachfi H, Younes M
Serice de rhumatologie, CHU Taher Sfar Mahdia

But :

Etudier les caractéristiques cliniques, immunologiques et thérapeutiques de la sclérodermie systémiques (S S).

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 4 cas de S S colligés au service de rhumatologie de CHU Taher Sfar de mahdia sur une période de 5 ans.

Résultats :

Tous nos patients sont de sexe féminin avec un âge moyen de 49 ans. (25-69 ans). L'atteinte ostéo-articulaire associe des arthralgies inflammatoires dans tous ces cas. Une déformation des doigts en griffe dans un cas et une acroostéolyse dans 1 cas. La sclérose cutanée est constante, localisée dans un cas et diffuse dans 3 cas. Une dysphagie est présente dans 3 cas, avec un trouble de la motricité œsophagienne confirmé par les explorations digestives. 3 patients présentent un syndrome interstitiel bilatéral. Un bloc de branche et une hypertension artérielle pulmonaire sont retrouvée respectivement dans 1 cas. Les ANN sont présents dans tous les cas avec des Ac anti-topoisomérase dans 5 cas et les anti-centromères dans 2 cas. Toutes nos patientes sont traitées par la D-Pénicillamine, associée à une corticothérapie dans 3 cas, la colchicine dans 3 cas et la néfédipine dans 2 cas. Une patiente est traitée par des bolus mensuelles de cyclophosphamide pour une atteinte pulmonaire avec nécrose digitale. L'évolution est stationnaire pour 2 malades avec un recul de 5 ans. 2 patients ont été réhospitalisés pour aggravation de la symptomatologie pulmonaire ou digestive.

Discussion :

* La SS est une maladie faisant partie du groupe des connectivites. Elle est caractérisée par des anomalies de la microcirculation, des désordres du système immunologique et des dépôts massifs de collagène et d'autres composants de la matrice extracellulaire dans la peau et dans les organes.

* Un progrès majeur des années récentes réside dans la validation de nouveaux critères de classification permettant un diagnostic et un traitement plus précoces, à un stade précédant la fibrose irréversible et les atteintes viscérales.

* Le phénomène de Raynaud, qui est habituellement le premier signe de la maladie, est considéré comme le principal signe d'appel pour identifier les formes très précoces de SS. Cette pathologie est cliniquement hétérogène et son pronostic reste imprévisible. Il dépend de l'atteinte cardiopulmonaire et des études récentes ont tenté d'identifier des facteurs biologiques ou génétiques prédictifs de la sévérité de l'atteinte viscérale.

* De plus, le suivi prospectif de grandes cohortes de patients a permis et permettra encore de dégager des facteurs pronostiques puissants. Si l'évolution des manifestations vasculaires a été récemment améliorée par des traitements ciblés, des données récentes montrent que la mortalité n'a pas été modifiée au cours des 40 dernières années. Ceci traduit l'inefficacité des traitements actuels à éviter le processus de fibrose.

*Néanmoins, les traitements biologiques ayant une efficacité prouvée dans d'autres pathologies immunologiques sont sur le point d'être étudiés dans la sclérodermie systémique. Des résultats prometteurs ont été rapportés dans des études ouvertes de faibles effectifs.

Conclusion :

La SS reste une maladie grave surtout en cas de forme diffuse avec atteinte viscérale précoce, d'autant plus que les traitements de fond restent décevants. De nouvelles thérapeutiques semblent prometteuses.



SYNDROME DE PARSONAGE ET TURNER SPORADIQUE : À PROPOS DE 3 CAS

*Ben hammouda S, Mhenni A, Hachfi H , Hadj salah A, Younes M
Service de rhumatologie, CHU Taher Sfar Mahdia*

Introduction :

Le syndrome de Parsonage et Turner dans sa forme sporadique est rare. Il se caractérise par un épisode douloureux dans le territoire du plexus brachial, suivi de faiblesse musculaire et d'atrophie localisée. Il s'agit d'une maladie spontanément curable. Nous en rapportons 3 observations.

Observations 1 :

Patient âgé de 55 ans, diabétique, consulte pour cervicalgie basse d'installation subaiguë irradiant le long du membre supérieur droit, associée à un déficit moteur proximal du même membre. L'examen clinique trouve aussi une amyotrophie des muscles sus et sous épineux avec des réflexes cubito-pronateur et stylo-radial abolis. Les radios de l'épaule, du rachis cervical, l'IRM cervicale et de l'épaule sont normales. L'EMG met en évidence une atteinte des racines C5 à D1 droites avec des anomalies de dénervation. Le diagnostic de SPT est retenu. L'évolution est favorable en quelques semaines sous traitement antalgique et rééducatif.

Observation 2 :

Patient âgé de 41 ans, consulte pour impotence fonctionnelle de l'épaule droite récente faisant suite à un épisode douloureux de la même épaule. L'examen trouve un déficit moteur essentiellement de l'antépulsion de l'épaule et amyotrophie deltoïdienne. La radiographie de l'épaule, du rachis cervical, l'IRM cervicale et l'arthroscanner de l'épaule droite sont normaux. Le diagnostic de SPT est retenu. La récupération fonctionnelle est complète après traitement rééducatif au bout de cinq mois.

Observation 3 :

Patient âgé de 49 ans, consulte pour douleur intense de l'épaule droite d'apparition brutale depuis une semaine, suivie d'une impotence fonctionnelle. L'examen trouve une limitation de l'antépulsion et de l'amyotrophie du deltoïde et du sus épineux du côté droit. Les radios et l'IRM de l'épaule droite et du rachis cervical sont normales. L'EMG montre une atteinte des racines C5 et C8 droites avec anomalies de dénervation. Le diagnostic de SPT est retenu. La récupération était incomplète après rééducation fonctionnelle.

Discussion :

Le syndrome de Parsonage-Turner est une entité neurologique connue depuis le début du XX^e siècle. Il fut d'abord décrit en 1948 par Parsonage et Turner comme une « névralgie amyotrophiante » ou comme le syndrome de la ceinture scapulaire .

* Secondairement, ce syndrome s'est vu attribué d'autres dénominations : neuropathie brachiale aiguë, plexite brachiale aiguë, neuropathie plexulaire brachiale, névrite brachiale idiopathique, névrite multiple de la ceinture scapulaire, névrite brachiale paralytique.

* La présentation clinique est spécifique, débutant par une douleur, d'heure inflammatoire, de la ceinture scapulaire le plus souvent. Quelques jours plus tard, cette douleur est remplacée par une atteinte déficitaire non systématisée d'un nerf, d'une racine ou du plexus du membre antérieurement algique, secondairement associé à une amyotrophie.

* Le principal examen paraclinique est l'électroneuromyogramme (ENMG) qui doit être réalisé, idéalement, à 3 semaines du début des signes cliniques. Ce dernier permet un diagnostic topographique des lésions qui peuvent toucher un tronc nerveux isolé, une racine ou un plexus. Son intérêt est également pronostique.

* Les atteintes nerveuses peuvent être de localisation atypique (nerfs crâniens, plexus lombaires) et peuvent également être multifocales.

* Les facteurs de risque sont nombreux et parfois inhabituels (hépatite E, traumatisme minime).

* Les explorations morphologiques peuvent apporter une aide au diagnostic positif, topographique et différentiel comme l'échographie nerveuse et l'IRM.

Conclusion :

La physiopathologie du syndrome de Parsonage et Turner reste encore assez mal élucidée. Si les formes typiques de SPT sont de diagnostic évident, de nombreux cas revêtent une sémiologie trompeuse ou atypique. Le siège des lésions est toujours hypothétique, qu'elles portent sur le plexus brachial ou sur divers troncs nerveux périphériques l'origine dysimmune est soupçonnée mais n'est toujours pas prouvée.

Bibliographie:

- 1-N. Frézel, F. Casalm, P. Odranburge, P. Boocquillon. Syndrome de Parsonage-Turner : diagnostic topographique. Pratique Neurologique. 2015;6:212-17.
2-Pan YW, Wang S, Tian H, Li C, Tian W, Tian M. Typical brachial neuritis with homonymous II. Constriction in the affected nerves. J. Hand Surg Am. 2011;36:197-203.



Abcès des parties molles sous Etanercept

S Jradi ; S Boussaïd ; S Rekik ; E Cheour ; H Sahli ; M Elleuch.
Service de rhumatologie, hôpital la Rabta

INTRODUCTION

Les Anti TNF constituent une révolution de la dernière décennie dans le traitement des rhumatismes inflammatoires chroniques. Mais cette thérapeutique n'est pas dénuée de risque et elle augmente la susceptibilité à certaines pathologies infectieuses. Nous rapportons le premier cas d'un abcès des parties molles sous Etanercept.

OBSERVATION

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 (soit 6 ans après l'introduction de la biothérapie) 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 (figure 1). La biologie était normale (en particulier pas de syndrome inflammatoire biologique). 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, le risque infectieux surtout tuberculeux reste une hantise de cette thérapie et doit être guetter pour une prise en charge rapide.



Figure 1 : Abcès des parties molles en regard du genou



Leishmaniose cutanée sous anti TNF α

Henchiri.I, Kassab.S, Ben Abdelghani.K, Fazaa.A, Chekili.S, Lataar.A, Zakraoui.L
Service de rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa

Introduction :

La prise en charge thérapeutique des arthrites idiopathiques juvéniles a changé depuis l'avènement de la biothérapie, et surtout des anti TNF α . mais l'utilisation de ces agents biologiques n'est pas dénuée de risque et surtout sur le plan infectieux. Nous rapportons ici un cas de leishmaniose cutanée survenue chez un patient traité par adalimumab.

Case report :

Il s'agit d'un homme de 27ans, suivi depuis l'âge de 5ans pour AJI dans sa forme polyarticulaire séronégative déformante et destructrice.

Le patient était originaire du nord-est du pays (Kalaat Andalous) et avait comme antécédent une leishmaniose cutanée en sous orbitaire qui a été traitée localement par injection intra-lésionnelle de Glucantime avec une bonne évolution sans laisser de cicatrice.

Après échec de traitement par méthotrexate et leflunomide, l'indication du traitement par anti TNF α a été posée en 2011.

Il a donc été mis sous adalimumab à raison de 40mg toutes les 2 semaines. Après 30 mois du début du traitement par adalimumab, le patient a présenté une leishmaniose cutanée, sans localisation viscérale associée, au même site sous orbitaire.

Il a eu des injections intra lésionnelles de Glucantime, sans arrêt du traitement par adalimumab. L'évolution a été favorable mais longue, et sans laisser de cicatrice cutanée.

Cette infection cutanée n'a pas eu de répercussions sur l'activité du rhumatisme inflammatoire du malade, qui était en rémission.



Discussion :

Les leishmani sont des protozoaires à développement intra cellulaire, contre lesquels le TNF α joue un rôle important.

Les infections représentent la complication la plus fréquente sous anti TNF α , cependant les cas rapportés de leishmanioses cutanés ne sont pas nombreux.

Conclusion :

Le TNF α est une cytokine importante dans la réponse immunitaire contre les bactéries à développement intracellulaire, ce qui explique le risque élevé des patients sous anti TNF α de développer une leishmaniose, surtout dans les zones d'endémie.



Influence de la CRP et de la VS sur l'activité et le retentissement fonctionnel de la spondyloarthrite : à propos de 51 cas.

S.Lataoui, Z.Alaya, MA.Souissi, L.Mani, S.Belghali, K.Baccouche, H.Zeglaoui, E.Bouajina
Service de Rhumatologie, hôpital Farhat HACHED - Sousse

Introduction :

Le syndrome inflammatoire biologique est inconstant au cours des spondyloarthrites (SA). Le but de cette étude était de rechercher l'influence de la CRP et de la VS sur l'activité et la qualité de vie des patients atteints de SA.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective de 51 cas de SA suivis en milieu rhumatologique. L'activité de la maladie a été évaluée par le score BASDAI et le retentissement fonctionnel par le score BASFI. Une corrélation était considérée statistiquement significative en cas de $p < 0.05$.

Résultats :

- Il s'agit de 41 hommes et de 10 femmes d'âge moyen de 36,2 ans [18-71 ans]. La durée d'évolution moyenne était de 7,18 ans [1-30 ans].
- La valeur moyenne de la CRP était de 38,08 mg/l [1-255]. La vitesse de sédimentation moyenne était de 42,13 [2-120]. La moyenne du BASDAI était de 48,23 et celle du BASFI de 51,67.
- Une sacro-iliite était présente sur la radiographie standard dans 49 cas avec un stade 3 et 4 respectivement dans 31,3% et 41,7% des cas. Une coxite était notée dans 47% des cas avec une atteinte bilatérale dans 33,3% des cas et un indice de lequesne d'une moyenne de 14,78.
- 74,5% des patients avaient une CRP élevée. L'étude statistique a montré une **corrélation positive statistiquement significative** ($\alpha=0.05$) entre le taux de la CRP et les scores de BASFI ($r=0,395; p=0,004$) et BASDAI ($r=0,297; p=0,034$). On n'a **pas noté de corrélation** entre la VS et le BASFI ($p=0,160$) et le BASDAI ($p=0,302$).

Discussion :

Une CRP élevée n'est pas rare chez les patients atteints SA axiale symptomatique [1]. Certaines études ont montré une corrélation significative entre l'augmentation de la CRP et le BASDAI et de BASFI [1,2]. Une corrélation significative entre VS et indices BASDAI/BASFI [2], a aussi été rapportée contrairement à nos résultats.

Conclusion :

La CRP constitue un paramètre biologique qui pourrait nous donner une idée sur l'inflammation au cours de la SA ainsi que l'activité et le retentissement de la maladie. De plus amples recherches prenant en compte les paramètres biologiques seraient nécessaires pour nous renseigner sur l'évolutivité de la maladie.

Références :

- [1] Benhamou M, Gossec L, Dougados M. Clinical relevance of C-reactive protein in ankylosing spondylitis and evaluation of the NSAIDs/coxibs' treatment effect on C-reactive protein. *Rheumatology (Oxford)*. 2010 Mar;49(3):536-41.
- [2] Wen YF, Wei JC, Hsu YW, Chiou HY, Wong HS, Wong RH, Ikegawa S, Chang WC. rs10865331 associated with susceptibility and disease severity of ankylosing spondylitis in a Taiwanese population. *PLoS One*. 2014 Sep 3;9(9):e104525.

