

Retentissement de la polyarthrite rhumatoïde sur la vie sexuelle

Brahem M., Maraoui M., Haddada I., Hachfi H., Ben Hammouda S., Younes M.

Service de rhumatologie CHU Taher Sfar Mahdia

Introduction:

- La polyarthrite rhumatoïde (PR) peut affecter tous les domaines de la vie quotidienne, y compris le fonctionnement sexuel.
- Les raisons de ce dysfonctionnement sexuel sont multi-factorielles et comprennent les facteurs liés à la maladie ainsi que le traitement.
- Il peut se produire avant, pendant et après les activités sexuelles, et peut affecter la santé sexuelle dans différentes perspectives.
- **L'objectif de notre étude est d'évaluer l'impact de la PR sur la vie sexuelle et de révéler les facteurs associés.**

Patients et méthodes:

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive s'étalant sur une année (2016), évaluant 37 patients suivis dans le département de rhumatologie à Mahdia en Tunisie.
Tous les patients ont été diagnostiqués avec une PR en se basant sur les critères ACR 1987 / EULAR 2010.
Nous avons évalué pour chaque patient le quotient sexuel (QS). C'est une échelle validée qui estime le degré de satisfaction de la vie sexuelle.

Résultats:

- Age moyen des patients atteints de PR (32 femmes / 5 hommes) = $53,1 \pm 12$ ans [21-76 ans].
- Durée moyenne d'évolution de la maladie = 11 ± 10 ans [1-34].
- Le nombre moyen d'articulations douloureuses = $13,2 \pm 9,6$, et gonflées = $5,9 \pm 7$.
- DAS28 moyen = $5,5 \pm 1,5$ [2,9-8,2].
- HAQ moyen = $1,6 \pm 0,9$ [0-2,8].
- 51,3% des patients avaient des déformations articulaires spécifiques de la PR, 83,8% avaient une atteinte radiologique et 29,7% avaient une ostéoporose.

Biologie:

- VS moyenne = $45 \pm 27,1$
- CRP moyenne = $13,7 \pm 25,3$.
- FR positifs : 37,8%.
- ACPA positifs : 32,4%.

Traitement: 81,1% des patients atteints de PR ont été traités par du méthotrexate et 13,5% ont été traités par des traitements biologiques.

Fonction sexuelle:

- Le quotient sexuel moyen = $50,25 \pm 20,8$ [6-87,5];
- Vie sexuelle parfaite (QS entre 80 et 100): 8,1% des patients,
- Certaine satisfaction sexuelle (QS entre 60 et 80): 16,2%,
- Vie sexuelle légère (QS entre 40 et 60): 21,6%,
- Vie sexuelle décevante (QS entre 20 et 40): 18,9%,
- Aucun partenaire : 35,4%.

Notre étude a montré une corrélation significative entre la durée de la maladie et l'altération du quotient sexuel, mais aucune corrélation avec les paramètres cliniques et biologiques de la PR.

Discussion:

- ❖ Le pourcentage de patients atteints de PR qui éprouvent des problèmes sexuels varie selon différentes études de 31% à 76%.
- ❖ Ce fait peut être expliqué par l'handicap, la fatigue et les douleurs causées par cette maladie inflammatoire chronique. Cette relation devrait être confirmée par des études futures.

Conclusion:

- Nous concluons que seulement 24,3% de nos patients atteints de PR ont été satisfaits de leur vie sexuelle. Cette altération du quotient sexuel était corrélée avec la durée de la maladie.

Références :

1. Antonio G Tristano, World J Orthop 2014 April 18; 5(2): 107-111
2. Abdo J. Sex Med. 2007;4:382-389
3. Kraalmaat FW, et al, Arthritis Care Res 1996; 9:120-125.
4. Blake DJ, et al, Clin Rheumatol 1988; 7: 50-60.
5. Hill RH, et al, Can Med Assoc J 1976; 114: 790-796.
6. Gordon D, et al, Q J Med 1986; 60:671-679.



Obésité et poumon rhumatoïde quel lien ?

Insaf Mejri, Hana Sahli, Rawdha Tekaya, Raja Amri, Abir Fares, Wafa Garbouj, Haifa Tounsi, Ines Mahmoud
Service de Médecine Interne HMTM de Nabeul
Service de Rhumatologie EPS Charles Nicolle

Introduction

L'obésité, définie par une surcharge pondérale par excès de masse grasse, a une prévalence plus importante au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques comme la polyarthrite rhumatoïde (PR). Sa relation avec l'atteinte pulmonaire est peu étudiée. Nous nous sommes proposés d'étudier l'association entre le poumon rhumatoïde et l'obésité.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les dossiers de patients suivis pour une PR colligés dans le service de Médecine Interne de l'hôpital Universitaire Mohamed Taher El Maamouri de Nabeul, sur une période de 3 années [Avril 2014-Avril 2017].

Le diagnostic de PR a été retenu selon les critères diagnostiques de l'American college of rheumatology (ACR) 1987 pour les PR établies et de l'ACR 2010 pour les PR non érosives. Les données cliniques, anthropométriques ont été relevées puis analysées.

Résultats

• Notre étude a inclus une population de 65 patients atteints de PR âgés en moyenne de $56 \pm 12,8$ ans [26-82].

• Il s'agissait de 13 hommes et 52 femmes.

• Trente patients (46,1%) n'avaient pas d'antécédents personnels à part la PR.

• Dix patients (27,6%) étaient tabagiques avec un nombre moyen de paquet/année de 23,5 PA [10-70]

- L'IMC moyen était de 27,3 Kg /m² [16,1-40 Kg /m²]. Trois pour cent des patients étaient maigres, 35% avaient un IMC normal, 33% étaient en surpoids et 28% étaient obèses. (**Figure 1**)

- Le poumon rhumatoïde était diagnostiqué chez 14 patients.

Les données anthropométriques des patients atteints de PR

	Maigre	Normal	Surpoids	Obèse
Sexe	70	160	273	
Hommes	49	143	181	
Femmes	115	187	460	

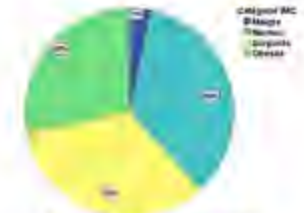


Figure1: Catégories IMC

L'étude analytique a montré que:

- ✓ les patients qui avaient un poumon rhumatoïde avaient un IMC plus élevé que les patients sans poumon rhumatoïde ($p=0,032$).
- ✓ L'obésité était statistiquement plus élevée en cas de poumon rhumatoïde ($p=0,042$).

Conclusion

Notre série montre qu'un IMC élevé et que l'obésité sont des facteurs prédictifs du poumon rhumatoïde.

Existe-il une association entre les caractéristiques sociodémographiques et le poumon rhumatoïde ?

Hana Sahli, Insaf Mejri, Rawdha Tekaya, Raja Amri, Wafa Garbouj, Haifa Tounsi, Ines Mahmoud
Service de Médecine Interne HMTM de Nabeul, Service de Rhumatologie EPS Charles Nicolle

Introduction

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques. Le diagnostic précoce de cette maladie permet une prise en charge rapide et limite ainsi la survenue des séquelles.

L'objectif de notre étude était de déterminer la relation entre les caractéristiques sociodémographiques et la manifestation extra articulaire la plus fréquente qui est l'atteinte pulmonaire.

Méthodes

Etude rétrospective portant sur les dossiers de patients suivis pour une PR colligés dans le service de Médecine Interne de l'hôpital Universitaire Mohamed Taher El Maamouri de Nabeul, sur une période de 3 années [Avril 2014-Avril 2017].

Le diagnostic de PR a été retenu selon les critères diagnostiques de l'American college of rheumatology (ACR) 1987 pour les PR érosives et de l'ACR 2010 pour les PR non érosives.

Résultats

- Soixante-cinq dossiers ont été colligés sur les données des registres du service.
- L'âge moyen des patients était de $56 \pm 12,8$ ans avec des extrêmes allant de 26 à 82 ans.
- Une nette prédominance féminine était notée: 52 femmes (80%) et un sex-ratio (F/H) égal à 4. (**Figure 1**)
- Cinquante-trois patients (80,9%) étaient mariés avec un nombre moyen d'enfants à charge de 2 [0-7]. (**Figure 2**)
- Cinquante et un patients (78,4%) habitaient en zone urbaine, alors que douze patients (18,4%) habitaient en zone rurale. L'origine géographique n'a pas été précisée dans 2 cas. (**Figure3**)
- Trente-sept patients atteints de PR étaient au foyer (57%).



Figure1: sexe



Figure2: statut marital

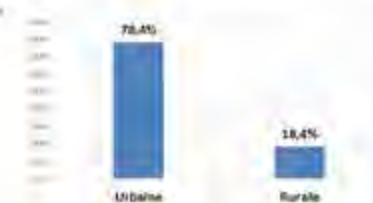


Figure3: origine géographique

- Les investigations avaient permis de retenir le diagnostic de poumon rhumatoïde chez 14 patients.
- L'étude analytique a montré que:
 - ✓ les patients avec poumon rhumatoïde avaient un âge moyen statistiquement plus avancé ($p=0,029$) que les patients sans poumon rhumatoïde.
 - ✓ Il n'y avait pas de différence en ce qui concerne les autres caractéristiques sociodémographiques entre les patients avec ou sans poumon rhumatoïde : sexe: $p=0,365$;
statut marital: $p=0,074$
milieu rural: $p=0,607$
profession: $p=0,851$

Conclusion

A la différence de la plupart des travaux de la littérature, notre étude n'avait pas objectivé d'association positive entre le sexe masculin et le poumon rhumatoïde. Par contre, l'âge était un facteur prédictif de l'atteinte pulmonaire.

Particularités de la polyarthrite rhumatoïde avec atteinte pulmonaire

Sahli M, Sahli H, Tekaya R, Amri R, Feres A, Garbouj W, Tounsi H, Bouzaidi K, Ghrairi H

Introduction

L'atteinte pulmonaire est la manifestation extra-articulaire la plus fréquente de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Cependant, son impact sur les caractéristiques de la maladie reste peu étudié. On se propose d'étudier les particularités cliniques, biologiques, radiologiques et évolutives de la PR avec atteinte pulmonaire.

Méthodes

Etude rétrospective portant sur 65 dossiers de patients suivis pour PR colligés dans un département de Rhumatologie au sein d'un service de Médecine Interne. Les données cliniques, immunologiques, biologiques et radiologiques ont été recueillies et comparées entre les patients avec et sans atteinte pulmonaire. La corrélation a été évaluée par le score de Pearson (seuil de significativité $p \leq 0,05$).

Résultats

Il s'agissait de **65** patients âgés en moyenne de **56±12,8** ans [**26-82**]. Le sex-ratio (F/H) était de 4. Quatorze patients (**21,5%**) avaient une atteinte pulmonaire de type poumon rhumatoïde. Les patients avec poumon rhumatoïde avaient un âge moyen de **62±12,4**, statistiquement plus avancé que les patients sans poumon rhumatoïde (**$p=0,029$**). Le sexe ratio était comparable dans les 2 groupes avec prédominance féminine. La présence d'antécédents personnels était significativement associée à l'existence de poumon rhumatoïde, en particulier la dyslipidémie (**28% vs 8% ; $p=0,037$**).

L'IMC était plus élevé de manière statistiquement significative chez les patients avec poumon rhumatoïde (**$p=0,032$**). Concernant les caractéristiques de la PR, seul le nombre d'articulations douloureuses (NAD) était significativement plus élevé chez les patients avec poumon rhumatoïde (**$p=0,034$**). La valeur moyenne de la VS était statistiquement plus élevée chez les patients avec atteinte pulmonaire (**$p=0,032$**). Sur le plan immunologique, la positivité et la valeur moyenne des AAN était statistiquement plus élevée en cas de poumon rhumatoïde (**$p=0,012$**). Il n'y avait pas de différence en matière de FR, anti CCP et atteinte structurale. L'existence de poumon rhumatoïde n'avait pas montré d'impact sur la réponse aux traitements.

Conclusion

Selon notre étude, les particularités de la PR avec atteinte pulmonaire étaient un âge plus avancé, un IMC plus élevé, une VS plus élevée, un NAD plus élevé et des AAN positifs à des taux élevés.



Etude du retentissement des troubles de la sexualité sur la qualité de vie des patients atteints de Polyarthrite rhumatoïde

Ben Saad R, Fazaa A, Miledi S, Ouenniche K, Kassab S, Chekili S, Ben Abdelghani K, Laatar A

Service de Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa

Introduction:

La qualité de vie est un concept très large pouvant être influencé par la santé physique du sujet, son état psychologique et ses relations sociales et intimes, notamment sexuelles. Cette dernière est pourtant rarement abordée dans les scores d'évaluation des rhumatismes inflammatoires chroniques et notamment au cours de la Polyarthrite rhumatoïde (PR). L'objectif de notre étude était d'évaluer le retentissement des troubles de la sexualité sur la qualité de vie des patients atteints de PR.

Méthodes :

Etude transversale portant sur 71 patientes atteintes de PR (critères de l'ACR/EULAR 2010). La qualité de vie a été évaluée par le questionnaire du SF36 (The 36-Item Short Form Health Survey). Il comporte 36 items regroupés en 8 domaines de la vie quotidienne. Chaque domaine est noté de 0 (altération maximale de l'état de santé) à 100 (absence d'altération de l'état de santé). Deux scores ont ainsi été calculés, reflétant l'état de santé globale physique (PCS) et psychologique (MCS).

L'auto-questionnaire FSFI (Female Sexual Function Index) a été utilisé pour évaluer les 6 dimensions de la fonction sexuelle féminine : le désir, l'excitation, la lubrification, l'orgasme, la douleur et la satisfaction. Une dysfonction sexuelle est définie pour un score inférieur ou égal à 26.

L'étude de liaison entre deux variables qualitatives a été effectuée par le test du χ^2 , et entre une variable qualitative et une variable quantitative par le test de Student. Le seuil de signification p a été fixé à 0,05

Résultats:

- Il s'agissait de 71 femmes âgées en moyenne de $47,6 \pm 8,2$ ans [29-65]
- La durée moyenne d'évolution de la PR était de $9,25 \pm 6,7$ ans [0,5-24].
- Le score moyen du FSFI était de $24 \pm 6,7$ [10-35].
- La dysfonction sexuelle était présente chez 49% des patientes.
- L'altération de la qualité de vie physique (PSC) était plus importante que la qualité de vie psychologique (MCS) (figure 1).
- L'étude de corrélation entre les scores des domaines de la fonction sexuelle et de la qualité de vie est représentée dans le tableau 1.
- Une corrélation positive entre tous les domaines de la fonction sexuelle et les scores de qualité de vie physique et psychologique excepté le domaine de la douleur sexuelle a été notée (tableau 1).

Références:

1. Khnaba D, et al. The Pan African medical journal 2016;24:16.
2. Helland Y, et al. Scandinavian journal of rheumatology 2009;37(3):194-9.

Figure 1: Scores composites des domaines de la qualité de vie du SF36



Tableau 1: Corrélation entre les scores des domaines de la fonction sexuelle et de la qualité de vie

		désir	excitation	orgasme	lubrification	satisfaction	douleur	Total FSFI
PCS	p	0,000	0,000	0,001	0,000	0,002	0,203	0,000
	r	0,484	0,494	0,396	0,448	0,369	0,153	0,533
MCS	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,376	0,000
	r	0,479	0,414	0,413	0,449	0,416	0,107	0,499

Discussion:

Dans la littérature, la fonction sexuelle était souvent corrélée à la qualité de vie physique et psychologique

❖ L'étude de Helland et al. [1] menée sur un large effectif de 830 patients, avait montré que les patients ayant une fonction sexuelle altérée avaient une qualité de vie physique et psychologique moins importante comparée à ceux ayant une fonction sexuelle conservée.

Il en était de même dans notre étude.

❖ L'étude de Khnaba et al. [2] avait montré une qualité de vie psychologique plus altérée chez les patientes ayant une dysfonction sexuelle. En revanche, la qualité de vie physique n'était pas affectée par l'altération de la fonction sexuelle.

Conclusions:

Dans notre étude la qualité de vie était influencée par la fonction sexuelle des patientes. Une meilleure connaissance et évaluation de ce domaine sont nécessaires afin d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de PR.



INTRODUCTION:

La qualité de vie est définie par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ».

Douleurs, raideurs et fatigue, souvent observés au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR), peuvent être à l'origine d'une détérioration de la qualité de vie. Notre objectif était de déterminer les facteurs pouvant influencer la qualité de vie des patients atteints de PR.

METHODES :

Etude transversale portant sur 71 patientes atteintes de PR (critères de l'ACR/EULAR 2010).

L'évaluation de l'activité de la maladie a reposé sur le nombre d'articulations douloureuses (NAD), le nombre d'articulations tuméfiées (NAT), la vitesse de sédimentation (VS) et le DAS28 (disease activity score 28) VS.

Le retentissement fonctionnel a été évalué par l'indice fonctionnel de qualité de vie (Health Assessment Questionnaire ou HAQ) et la fatigue et la douleur par l'échelle visuelle analogique (EVA) (0-10).

La qualité de vie a été évaluée par le questionnaire SF36 (The 36-Item Short Form Health Survey). Il comporte 36 items regroupés en 8 domaines de la vie quotidienne. Deux scores ont ainsi été calculés, reflétant l'état de santé globale physique (PCS) et psychologique (MCS). L'étude de liaison entre une variable qualitative et une variable quantitative a été effectuée par le test de Student.

Le seuil de signification p a été fixé à 0,05.

RESULTATS:

Il s'agissait de 71 femmes âgées en moyenne de 47,6±8,2 ans [29-65].

La durée moyenne d'évolution de la PR était de 9,25±6,7 ans [0,5-24].

Le NAD moyen et le NAT moyen étaient de 3,66±4,3 et 1,34±2,2 respectivement.

Le HAQ moyen était de 0,39±0,66.

Les scores composites moyens du SF36 étaient de 55,49±23,07 pour le PCS et de 61,59±25,19 pour le MCS.

Les scores de la PCS et MCS étaient corrélés négativement aux indices de la maladie (NAD, NAT, DAS28 VS, HAQ, EVA douleur et EVA fatigue), (tableau 1).

Tableau 1: Corrélation entre la qualité de vie physique (PCS), psychologique (MCS) et les indices de la PR

		NAD	NAT	DAS28 VS	HAQ	EVA douleur	EVA fatigue
MCS	p	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	r	-0,45	-0,41	-0,42	-0,61	-0,58	-0,48
PCS	p	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	r	-0,45	-0,39	-0,45	-0,42	-0,52	-0,51

DISCUSSION:

❖ Dans la littérature un retentissement de la PR sur la qualité de vie avait été décrit [1].

❖ La majorité des études avait montré une altération de tous les domaines physiques et psychologiques, plus importante pour le domaine physique [1].

❖ Dans l'étude d'Ibn Yaacoub et al [2], menée sur 250 patients, tous les domaines de la qualité de vie physique et psychologique avaient une corrélation négative avec les indices d'activité de la maladie (NAD, NAT, DAS28 VS) et le HAQ.

❖ Il en était de même dans notre étude.

CONCLUSIONS:

L'amélioration de la qualité de vie physique et psychologique des patients atteints de PR passe par un meilleur contrôle de l'activité de la maladie.

REFERENCES:

1. Matcham F, et al. Seminars in arthritis and rheumatism. 2014;44(2):123-30
2. Ibn Yacoub Y, et al. Clinical rheumatology. 2012;31(10):171-7.

Lien entre les auto-anticorps et la destruction articulaire au cours de la polyarthrite rhumatoïde

A. Fazaa ; S. Rahmouni; S. Miladi; K. Ouenniche; S. Kassab; S. Chekili; K. Ben Abdeighani; A. Laatar
Service de Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunisie

Introduction

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est caractérisée par une évolution imprévisible pouvant aboutir à une destruction articulaire parfois majeure. Certains facteurs prédictifs ont été rapportés. Le but de notre étude était de rechercher une relation entre les auto-anticorps et la destruction articulaire chez des patients atteints de PR.

Méthodes

Etude transversale incluant 69 patients atteints de PR (critères de l'ACR-EULAR 2010).

La recherche de facteur rhumatoïde (FR) et d'anticorps anti-peptides cycliques citrullinés (anti-CCP) a reposé sur la méthode ELISA.

Chaque patient a eu des Rx des mains-poignets et des avants-pieds de face. Chaque articulation a été notée 0 (pas de pincement ou pas d'érosion) ou 1 (présence de pincement ou d'érosion).

Le score SENS total correspondait à la somme du score SENS pincement et du score SENS érosion.

Le seuil de signification p a été fixé à 0,05.

Résultats

- 7 hommes et 62 femmes, âgés en moyenne de 45,4±11,3 ans.
- PR immunopositive dans 59 cas (85,5%).
- Taux moyen de l'anti-IgG humaine =222,4 UI/ml, celui de l'anti-IgG animale =169,4 UI/ml.
- Anti-CCP positifs dans 54 cas (79,4%) avec un taux moyen de 121,8 UI/ml.
- PR érosive dans 42 cas (60,8%).
- Valeur moyenne du score SENS pincement =9 [0-42], celle du score SENS érosion = 8 [0-41] et celle du score SENS total = 18 [0-79].
- L'étude de liaison entre la destruction articulaire et le profil immunologique est résumée dans le tableau 1.

Conclusions:

En accord avec les données de la littérature, le FR et les anti-CCP semblent représenter des facteurs prédictifs de progression structurale au cours de la PR.

Références

(1) Vencovsky J. Ann Rheum Dis 2003;62:427-30; (2) Meyer O. Ann Rheum Dis 2003;62:120-126

Tableau 1: liaison entre destruction articulaire et profil immunologique

	Présence de pincement	Présence d'érosion	Score SENS pincement	Score SENS érosion	Score SENS total
Positivité du FR	p=0,04	NS	p=0,003	p=0,000	p=0,001
Titre du FR					
• Anti-IgG animale	NS	p=0,035	p=0,038	p=0,026	p=0,01
• Anti-IgG humaine	NS	p=0,036	p=0,047	NS	p=0,012
Positivité des anti-CCP	NS	NS	NS	p=0,017	p=0,041
Titre des anti-CCP	NS	NS	NS	NS	NS

Discussion

- ◊ Les résultats des études évaluant la relation entre les auto-anticorps et la destruction articulaire sont discordants en raison notamment d'une différence dans le choix des scores et dans les techniques de recherche des auto-anticorps.
- ◊ Dans une étude prospective chez 104 PR (1), le titre des anti-CCP et des isotypes du FR montraient une différence significative entre les formes destructrices et non destructrices.
- ◊ Dans une autre étude prospective concernant 145 PR débutantes (2), le risque d'augmentation du score de Sharp était significativement plus élevé chez les patients avec des anti-CCP positifs et non FR positifs.
- ◊ Dans notre étude, aussi bien les anti-CCP que les FR étaient significativement associés à une progression radiologique importante.

Hépatopathie auto-immune et polyarthrite rhumatoïde : association fréquente ?

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

Rhumatologie Hopital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction :

Les étiologies de l'atteinte hépatique au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) sont diverses et souvent intriquées, devenant de plus en plus fréquente.

Le but de ce travail était de déterminer la prévalence de l'hépatopathie auto-immune au cours de la PR ainsi que le profil des patients porteurs de cette association.

Matériels et Méthodes :

Etude rétrospective transversale incluant 150 patients porteurs d'une PR suivis sur une période de 5 ans [2010-2015]. Les patients atteints d'un syndrome de chevauchement ont été exclus. L'activité de la PR était jugée par le score DAS28CRP.

Résultats :

La population étudiée était composée de 124 femmes et de 26 hommes (sex-ratio de 0,21), âgés en moyenne de $57,09 \pm 12,52$ ans. L'âge moyen de début de la PR était de $49,25 \pm 12,5$ ans, avec une durée d'évolution moyenne du rhumatisme de $7,52 \pm 9,2$ ans. Le score DAS28 CRP moyen était de $5,83 \pm 1,38$. Soixante-six malades (44%) ont présenté une atteinte hépatique dont plus que la moitié (58%) ont été découvertes au cours de l'évolution de la PR. Une hépatopathie auto-immune a été diagnostiquée chez 2 patients (3%). Il s'agissait d'une cirrhose biliaire primitive (CBP) avec des anticorps anti-LKM1 et anti-GP210 positifs dans le premier cas, découverte lors de l'exploration d'une cholestase asymptomatique ayant apparu 8 mois après le diagnostic de la PR. La deuxième malade présentait une hépatite auto-immune (HAI) de type 1 avec des AAN positifs, des anticorps anti muscle lisse (anti-ML) positifs et anti SLA positifs, Dans le deuxième cas, la PR a été diagnostiquée 14 mois après l'HAI devant un tableau de polyarthrite chronique et érosive avec des ACPA positifs.

Nous avons eu recours à la ponction biopsie du foie chez les 2 patientes. L'étude histologique a objectivé dans chaque cas des lésions hépatiques différentes essentiellement à type de : une cirrhose hépatique dans un cas et une discrète cholestase intrahépatique sans signes d'atteinte auto-immune dans l'autre cas. La découverte d'une hépatopathie auto-immune avait un impact thérapeutique sur la prise en charge de la PR, d'une part, en contre indiquant les traitements à pouvoir fibrosant (méthotrexate) et de l'hépatopathie d'une autre part avec mise de la CBP sous acide ursodésoxycholique et l'HAI sous azathioprine. La patiente porteuse de CBP a été mise sous sulfasalazine et celle avec une HAI a été mise sous azathioprine. L'évolution des hépatopathies était stationnaire sans apparition de cirrhose avec un bon contrôle de la PR attesté par un DAS28 (CRP) moyen de 2,22.

Conclusion :

Le faible pourcentage d'hépatopathie auto-immune associée à la PR dans notre travail (3%) rejoint les données de la littérature en confirmant la rareté de cette atteinte. Cette association, malgré que rare, nécessite une attention particulière vu les répercussions thérapeutiques.



Polyarthrite rhumatoïde et polyglobulie essentielle : Problème thérapeutique

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

Rhumatologie Hopital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Contexte:

L'association d'une polyarthrite rhumatoïde (PR) et d'une polyglobulie essentielle est rare et pose un double problème diagnostique et thérapeutique par manque de données relatives à la tolérance des traitements de fond de la PR en présence de polyglobulie essentielle. Nous rapportons à ce propos le cas d'un patient présentant une association d'une PR et d'une polyglobulie essentielle posant un problème de prise charge thérapeutique.

Observation Clinique

Un patient âgé de 34 ans était admis, en 2007, pour exploration d'une polyarthrite bilatérale et symétrique évoluant depuis 6 mois. Les antécédents médicaux comprenaient un diabète de type 1 sous insulinothérapie et une polyglobulie essentielle diagnostiquée à l'âge de 33 ans (soit un an avant l'apparition de la polyarthrite).

L'hémopathie a été diagnostiquée devant l'association d'une polyglobulie et d'une splénomégalie et confirmée par le myélogramme, en rémission sous hydroxyurée.

Le diagnostic de PR séropositive et érosive a été fortement suspecté puis retenu selon les critères de l'ACR(1987). Les critères diagnostiques de la PR ont été de plus appuyés par : la positivité des auto-anticorps anti-protéines citrullinées, la présence des synovites vascularisées à l'échographie des mains et des érosions sous chondrales à l'imagerie par résonance magnétique des mains. Le patient a été traité par: prednisone (5mg/jour) et indométacine (jusqu'à 150mg/jour) à la demande. La sulfasalazine à la dose de 2g/jour a été préférée devant la présence de polyglobulie essentielle. L'évolution était bonne sur le plan clinicobiologique : diminution nette de la polyarthrite avec une disparition du syndrome inflammatoire biologique.

Une rémission durable de la maladie a été obtenue au bout de 4 mois définie par un score d'activité DAS28 (VS) à 2,15.

Au bout de 5 ans d'évolution, le patient a présenté un échappement au traitement avec réapparition d'une polyarthrite intéressant les coudes et les poignets, une raideur matinale supérieure à 2 heures et des réveils nocturnes multiples. Le score d'activité DAS28 VS était à 6,74 témoignant d'une forte activité de la maladie amenant à une majoration des doses de la sulfasalazine à 3g/jour sans aucune amélioration. Après concertation des hématologues, le patient a été mis sous Méthotrexate à la dose de 10mg/semaine (parallèlement à un arrêt de la sulfasalazine), avec disparition des articulations douloureuses et tuméfiées, une VS à 20 mm, une CRP à 2 mg/dl et un DAS 28 VS à 2.45 témoignant d'une rémission de la PR au bout de 3mois. L'évolution a été marquée par la réapparition d'une nouvelle poussée articulaire en 2016 amenant à une augmentation de la dose de Méthotrexate à 15 mg/semaine, suivie au bout de 3 mois d'une rechute de la polyglobulie avec apparition de céphalées et augmentation du taux d'hémoglobine à 16,1g/dl. L'augmentation de la dose d'hydroxyurée (à 2 comprimés/ jour) a été suivie d'un nouveau contrôle de la polyglobulie (taux d'hémoglobine à 12,7g/dl).

Intérêt de l'observation

Notre observation révèle un premier cas d'association entre la PR et la polyglobulie essentielle posant à la fois un problème diagnostique mais surtout thérapeutique. L'utilisation de Méthotrexate ne semble pas anodine et pourrait même aggraver l'hémopathie.



Obésité et réponse aux biothérapies au cours de la PR

Hmila S, Zeglaoui H, el Amri N, Baccouche K, belghali S, Alaya Z, bouajina E

introduction :

Le tissu adipeux joue un rôle dans la physiologie de l'immunité de nombreux organes en sécrétant des adipocytokines susceptibles d'être impliquées dans la pathogénèse de plusieurs maladies inflammatoires telles que la polyarthrite rhumatoïde (PR). Plusieurs études ont suggéré que l'obésité pouvait avoir une influence négative sur la réponse aux anti-TNF. L'IMC pourrait donc être un facteur prédictif de réponse aux biothérapies dans la PR.

Patients et méthodes :

Nous avons analysé de façon rétrospective 17 cas de PR ayant reçu une biothérapie et nous avons corrélé la réponse thérapeutique aux indices de masse corporelle des patients.

Résultats :

Il s'agit de 17 patients : 14 femmes et 3 hommes, dont l'âge moyen est de 51,5 ans, porteurs d'une PR déformante et destructrice séropositive dans 94% des cas, ayant évolué en moyenne pendant 8 ans. Il n'y avait pas de différence significative entre les 3 groupes (IMC normal, obèse et surpoids) en ce qui concerne l'atteinte d'une rémission de la maladie (DAS28 < 3,2). La réponse ACR/Eular à 6 mois était aussi comparable entre les 3 groupes (bon, moyen et non répondeur). L'échec d'un traitement biologique de première ligne ainsi que le taux de switch était plus élevé chez les sujets en surpoids, mais sans différence significative avec les 2 autres groupes. La durée d'utilisation des DMARDs classiques (méthotrexate, salazopyrine) avant le passage à la biothérapie était 2 fois plus court chez les sujets à IMC normal (5,3 ans) par rapport à ceux en surpoids et obèses (respectivement 10 et 8 ans).

Discussion :

Les adipocytes sont capables de sécréter des cytokines pro-inflammatoires classiques comme le TNF α et l'IL-6 mais aussi des cytokines anti-inflammatoires ainsi que des molécules régulatrices de l'inflammation.

Nous n'avons pas trouvé de corrélation significative entre l'indice de masse corporelle et la réponse aux agents biologiques contrairement à ce qui a été décrit dans la littérature. La durée de maintiens des DMARDs classiques est 2 fois plus longue chez les sujets en surpoids ce qui suggère une maladie moins agressive. en effet, il a été rapporté un nombre moins important d'érosions osseuses chez les sujets en surpoids par rapports à ceux avec un IMC normal.

conclusion :

l'obésité ne semble pas influencer la réponse thérapeutique aux divers agents biologiques au cours de la polyarthrite rhumatoïde mais semble affecter la durée de maintien des DMARDs classiques mais des études avec un nombre plus grand de patients sont nécessaires.

Références:

1. Tantayakom, P., Koolvisoot, A., Arromdee, E., Chiowchanwisawakit, P., Muangchan, C, and Katchamart, W. (2018). Le syndrome métabolique est lié à l'activité de la maladie chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde.
2. Toussiro, É. (2018). Obésité et réponse aux agents thérapeutiques des rhumatismes inflammatoires chroniques.



Existe-t-il une influence du surpoids sur les marqueurs de l'inflammation au cours de la polyarthrite rhumatoïde ?

Souissi MA, Hamdi W, Kaffel D, Ben Ouhiba A, Maatallah K, Kchir MM.
Institut Mohamed Kassab d'Orthopédie, Ksar Said

Introduction

Les marqueurs biologiques de l'inflammation telle que la protéine C-réactive (CRP) sont d'un apport majeur pour l'évaluation de l'activité de la polyarthrite rhumatoïde (PR), influant la décision thérapeutique du rhumatologue. Dans la population générale, essentiellement féminine, des valeurs élevées de la CRP ont été associées à un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 Kg/m² [1].

Patients et Méthodes

Nous avons mené une étude transversale portant sur 191 patients suivis pour PR répondant aux critères de l'ACR 1987. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'influence de l'IMC sur la valeur de la CRP dans une population de malades traités pour PR. La valeur limite de la CRP était considérée à 6mg/L selon la technique utilisée dans le laboratoire d'analyse médicale de notre Centre Hospitalo-Universitaire.

Résultats

L'âge moyen des patients était de 55,5 ±11,6 ans, avec un genre ratio (F/H) de 4,3. Ils étaient suivis pour PR depuis 7,4 ±7,4 années en moyenne, avec une activité de la maladie évaluée par DAS28 à 5,58 ±1,28. Cinq pour cent (7) des patients étaient en rémission ou en faible activité (LDA) et 95% avaient une activité modérée ou élevée de leur maladie au moment de l'étude. La valeur moyenne de la CRP était de 18,6 ±26,7 mg/L et celle de l'IMC de 27 ±6,8 Kg/m². Une CRP élevée était notée chez 69,9% des patients et une obésité (IMC > 30 Kg/m²) était observée dans 37,6% des cas.

La corrélation entre la CRP et l'IMC était négative ($r = -0,15$) mais non significative ($p = 0,8$) (Tableau). Chez les cas de PR en rémission ou en LDA, cinq présentaient une CRP élevée : 3 étaient obèses et 2 avaient un IMC normal. Pour le reste de la cohorte, 70,3% des patients avaient une valeur élevée de la CRP.

Tableau: Corrélation entre la CRP et l'IMC chez les patients traités pour PR

Paramètres	Moyenne	Ecart-type	Corrélation
CRP	18,6	26,7	$r -0,15$
IMC	27	6,8	$p 0,8$

Discussion

L'étude menée sur la cohorte ESCAPE RA a montré une corrélation positive significative entre la valeur de la CRP et celle de l'IMC, mais seulement dans la population féminine [2]. A l'inverse, une corrélation négative significative entre ces deux paramètres a été observée dans la même étude chez les patients PR de sexe masculin avec des valeurs de CRP élevées chez les patients ayant un IMC bas ou normal. Ceci a également été noté plus récemment par George et al. [3].

Conclusion

Dans notre cohorte de patients PR, on ne trouve pas de corrélation significative entre les valeurs de la CRP et celle de l'IMC. Néanmoins, il semble qu'une étude comparative entre les populations féminine et masculine soit nécessaire, de même qu'un suivi longitudinal des patients permettant d'étudier la cinétique de la CRP en fonction de l'activité de la maladie dans les différentes catégories d'IMC.

Références

- 1-Visser M, Bouter LM, McQuillan GM, Wener MH, Harris TB. Elevated C-reactive protein levels in overweight and obese adults. JAMA 1999;282:2131-5.
- 2-Giles JT, Bartlett SJ, Andersen R, Thompson R, Fontaine KR, Bathon JM. Association of body fat with C-reactive protein in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2008;58:2632-41.
- 3-George MD, Giles JT, Katz PP, England BR, Mikuls TR, Michaud K, et al. Impact of obesity and adiposity on inflammatory markers in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res 2017;69(12):1789-98.



Évaluation de la qualité de vie par le MOS-SF 36 dans la polyarthrite rhumatoïde

Bettaieb H., Ben Jemaa S., Khalifa D., Bouenba MA., Akrouf R., Ezzeddine M., Kallel MH., Fourati H., Baklouti S
Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie

Introduction:

Le Medical Outcome Study Short Form 36 (SF-36) est le plus utilisé des scores génériques évaluant la qualité de vie liée à la santé. Ce questionnaire a été également adapté dans les maladies chroniques.

Le but de ce travail est d'évaluer le SF-36 dans la polyarthrite rhumatoïde (PR) et d'apprécier l'impact de cette maladie sur la qualité de vie.

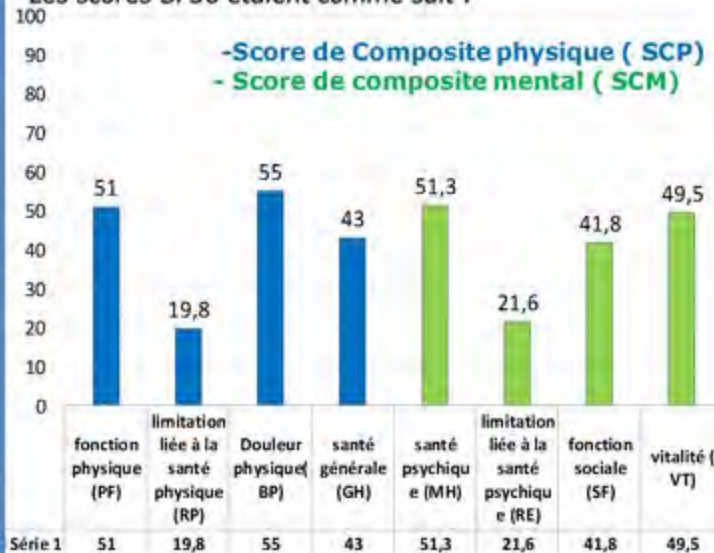
Patients et méthodes :

-Etude transversale de 24 patients suivis dans notre service pour PR.
-La qualité de vie a été évaluée par le score SF-36 qui est constitué de 2 sous-échelles : un score de composite physique (SCP) incluant la fonction physique (PF), la limitation liée à la santé physique (RP), la douleur physique (PB) et la santé générale (GH) et un score de composite mental (SCM) incluant la santé psychique (MH), la limitation liée à la santé psychique (RE), la fonction sociale (SF) et la vitalité (VT). Plus le score est à la baisse, plus la qualité de vie est médiocre.
-La sévérité de la maladie était appréciée par le DAS 28 VS et le score du retentissement fonctionnel (HAQ).

Résultats :

-21 femmes et 3 hommes.
-Age moyen : 55 ans [31-73]
-DAS28 moyen = 4,3
-HAQ moyen = 1,7

Les scores SF36 étaient comme suit :



Variation du SF36 selon l'activité de la maladie :

DAS 28	Score moyen du SCP	Score moyen du SCM	HAQ	Score moyen du SCP	Score moyen du SCM
<3,2	57,9	43,9	<1,5	37	43,4
> 3,2	31	31,7	>1,5	32	33,1

Discussion :

-Tous les domaines de la vie quotidienne étaient touchés par la PR . Dans la composite physique, le sous domaine le plus altéré est le (RP) .Il traduit la façon dont l'état de santé interfère avec le travail ou les autres activités quotidiennes. La fonction physique (PF) était également atteinte. Elle reflète l'impact de la maladie sur leur quotidien notamment la difficulté dans les tâches ménagères, les courses, les activités sportives.
-Dans la composite mentale, la façon avec laquelle la PR interfère avec les activités sociales normales était évaluée par le (RE).
-Une maladie active ainsi qu'un HAQ élevé étaient corrélés à un score plus bas de ces deux domaines.

Conclusion:

La santé physique et la santé mentale sont nettement altérées au cours de la PR. La qualité de vie des patients est corrélée à la sévérité de l'activité de la maladie. Le SF-36 est un outil utile pour l'évaluation de la qualité de vie des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde.



Fatigue et somnolence au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Bettaieb H., Ben Jemaa S., Khalifa D., Bouenba MA., Akrouf R., Ezzeddine M., Kallel MH., Fourati H., Baklouti S
Service de Rhumatologie CHU Hedi Chaker Sfax Tunisie

Introduction :

La fatigue et la somnolence sont fréquentes au cours des maladies inflammatoires chroniques y compris la polyarthrite rhumatoïde (PR). Le but de notre étude est d'évaluer la prévalence de ces deux paramètres au cours de la PR ainsi que leur corrélation avec l'activité de la maladie et le traitement du fond prescrit.

Patients et méthodes :

- Etude transversale descriptive menée auprès de 24 patients atteints de PR suivis au service entre août et Décembre 2017.
- La fatigue était évaluée par le score FACIT-Fatigue (FACIT)). Une fatigue sévère est définie par un score FACIT < 30.
- La somnolence était évaluée par l'Échelle de Somnolence d'Hepworth (EPS) . Si le score <8 : pas de dette de sommeil, score entre 9 et 14 : déficit de sommeil, score >15 : signes de somnolence diurne excessive.
- L'activité de la maladie était évaluée par le score DAS28 (VS).

Résultats :

- 21 femmes et 3 hommes
- Age moyen = 55 ans [31-73 ans].

❖ **LA Fatigue:**

71% des patients avaient une fatigue sévère avec un score moyen de FACIT à 25.

Corrélation entre la fatigue , l'activité de la maladie et le traitement du fond:

DAS 28 (VS)	Cas	SCORE MOYEN FACIT	Traitement du fond	Cas	Score Moyen FACIT	% fatigue
<3,2	3	35	DMARDs seul	16	25	72%
>3,2	16	27	DMARDs +Anti-TNF	5	33	60%
>5,1	5	13				

❖ **LA Somnolence :**

- 12,5% des patients souffraient d'un trouble du sommeil.
- 60% des cas :déficit de sommeil
- 40% des cas :somnolence diurne excessive.
- Ils avaient tous un score d'activité DAS 28 >3,2.

Discussion:

- Dans notre série , la fatigue était retrouvée chez la majorité des patients .Sa sévérité était corrélée à l'activité de la maladie : Le score moyen du FACIT était inversement proportionnelle au score du DAS28.
- L'association d'un anti TNFa semble diminuer la prévalence de la fatigue .
- Le déficit de sommeil ainsi que la somnolence diurne étaient retrouvés que chez les patients ayant une PR active .

Conclusion:

Les prévalences de la fatigue et de la somnolence sont plus fréquentes chez les patients souffrant d'une PR active. Le traitement de fond spécialement les antiTNF semblent diminuer la fatigue en même temps qu'ils contrôlent l'activité de la maladie.

L'effet des anticorps anti-peptides citrullinés sur la densité minérale osseuse au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Boussaa H, Rekik S, Boussaid S, Ajlanī H, Sahli H, Cheour E, Elleuch M
Service de rhumatologie, CHU La Rabta

Introduction:

L'ostéoporose est fréquente au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Le but de notre travail est de rechercher un effet osseux délétère des anticorps anti-peptides citrullinés (ACPA) au cours de la PR.

Patients et méthodes:

Etude rétrospective portant sur 102 cas de PR colligés entre janvier 2004 et juin 2017

Patients classés en deux groupes:

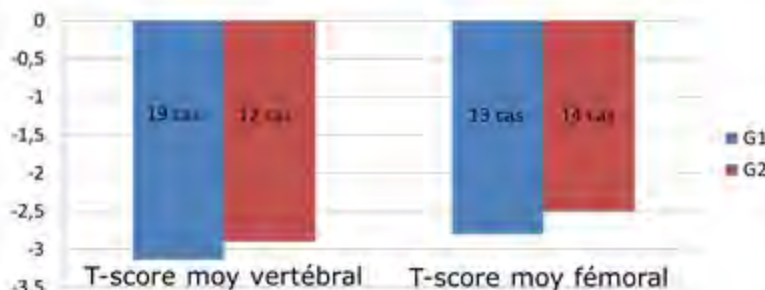
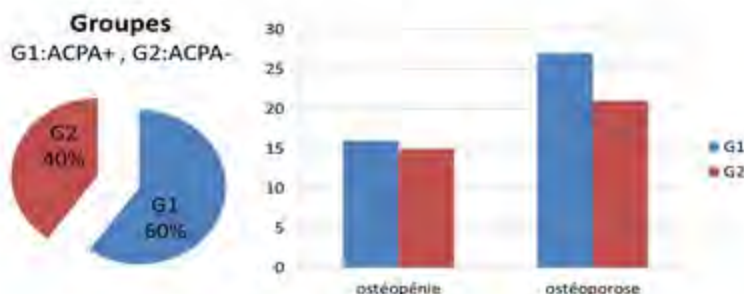
- G1: ACPA +
- G2: ACPA -

Puis appariés selon:

- Age
- Sexe
- Ménopause
- Tabagisme
- Corticothérapie orale

Résultats:

- 21 H et 81 F
- Age moyen : 55 ans [31-72]
- Tabagisme actif : 22 cas
- Durée moyenne d'évolution de la PR : 11 ans [1-25]
- Corticothérapie au long cours : 72 cas, dose moyenne : 10mg
- ACPA > 200 UI/ml : 13 cas



- Une patiente ménopausée du groupe 1 (ACPA+) avait une fracture ostéoporotique vertébrale
- La comparaison G1 versus G2 concernant l'avènement de l'ostéoporose a conclu à une différence statistiquement significative ($p < 0,05$) en faveur de G2

Discussion:

- Nos résultats sont conformes aux données de la littérature.
- Récemment, Bugatti et al. ont publié une étude réalisée sur une population de PR à un stade précoce non encore traitée démontrant que la présence d'ACPA et de niveaux élevés de facteur rhumatoïde était associée à une densité minérale osseuse systémique plus basse [1].
- Liorente et al ont aussi démontré que la variabilité de la DMO était significativement associée au sexe, à l'âge, à la ménopause et à l'IMC. Mais qu'après ajustement de ces variables, la positivité des ACPA est restée comme une variable indépendante associée à des valeurs plus faibles de DMO au niveau vertébral et du col du fémur [2].

Conclusion:

Certes les causes de l'ostéoporose chez les patients atteints de PR sont multiples, mais la positivité des ACPA semble aussi être un facteur de mauvais pronostic osseux chez ces patients. D'autres études seront nécessaires pour savoir s'il s'agit d'un effet spécifique de ces anticorps sur l'ostéoclastogenèse.



Le poumon rhumatoïde : Apport de la TDM thoracique

Bettaieb H.1, Feki W.2, Akrouf R.1, Khalifa D.1, Ben Jemaa S.1, Bouenba MA.1, Ezzeddine M.1, Hchicha I.1, Kallel.MH1, Fourati H1., Mnif Z.2, Baklouti S1

1Service de Rhumatologie CHU Hedi Chaker Sfax

2Service de radiologie et d'imagerie médicale CHU Hedi Chaker Sfax

Introduction La polyarthrite rhumatoïde (PR) est la plus fréquente des maladies inflammatoires rhumatismales chroniques. L'atteinte pulmonaire est l'une des principales manifestations extra-articulaires (50% des cas). L'amélioration des techniques d'imagerie a permis de mieux comprendre la multiplicité des atteintes du poumon rhumatoïde.

Matériels et Méthodes : C'est une étude transversale portant sur 44 patients atteints de PR selon la classification ACR-EULAR suivis dans un service de Rhumatologie sur une période de 5 mois (Aout 2017- Decembre 2017).

Résultats:

- Notre population se compose de 40 femmes et 4 hommes
- L'Age moyen était 56 ans [26-77ans].
- Tabagisme actif retrouvé chez 5 patients (11%) .
- Un seul patient avait un ATCD Pulmonaire :Pleurésie tuberculeuse.

❖ Cliniquement :

- 75% des patients étaient asymptomatiques.
- 25% des patients avaient des signes respiratoires (Dyspnée, toux sèche chronique).

❖ TDM Thoracique :

- Réalisées chez tous les patients .En inspiration et en expiration

❑ Dans les atteintes des VA :

- la bronchiolite constrictive (52%)
- Les bronchectasies (25%) .
- La bronchiolite cellulaire (4,5%) .

❑ L'atteinte du parenchyme pulmonaire:

- Fibrose pulmonaire idiopathique type: PIC /UIP (13,6%).
- Pneumopathie organisée PO (ancienne BOOP) (2,3%)

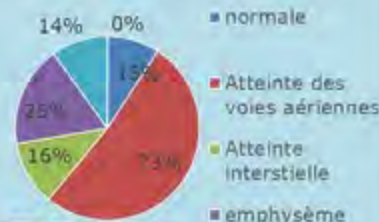
❑ Un cas d'hamartochondrome du segment ventral du culmen.

❖ Radiographie de thorax:

Normale	62%
Pathologique	38%

❖ L'exploration fonctionnelle respiratoire (EFR):

- faites chez 10 patients objectivant :



Fibrose Pulmonaire type PID Bronchiolite oblitérante constrictive bilatérale

❖ Traitement:

- Les corticoïdes par voie orale étaient instaurés chez tous les malades.
- Le méthotrexate était indiqué dans 38 cas (86%) et arrêté dans 4 cas devant l'atteinte respiratoire sévère.
- La biothérapie était optée chez 8 patients dont un cas à cause de la fibrose.

Discussion:

- L'atteinte pulmonaire au cours de la PR est fréquente et très polymorphe.
- Dans notre série ,les lésions dépistées par la TDM Thoracique étaient symptomatiques que dans 25% des cas.
- L'atteinte des VA distales, longtemps méconnue, est une authentique maladie du poumon rhumatoïde.
- La bronchiolite constrictive bilatérale constitue l'anomalie des VA la plus retrouvée.
- Le Méthotrexate est susceptible d'induire des complications pulmonaires.

Conclusion:

Le scanner thoracique est d'un grand apport dans le diagnostic des formes symptomatiques mais également des formes infra-cliniques et infra-radiologiques.



Relation entre l'indice de masse corporelle et l'activité de la Polyarthrite Rhumatoïde

Ben Nessib D, Fazaa A, Saffar F, Miladi S, Ouenniche K, Kassab S, Chekili S, Ben Abdelghani K, Laatar A

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

Introduction

- Au cours des dernières années, plusieurs études ont suggéré le rôle des adipocytes et par conséquent de l'obésité dans l'activation de l'inflammation.
- L'objectif de ce travail était d'étudier la relation entre l'excès pondéral et les paramètres d'activité de la polyarthrite rhumatoïde (PR).

Méthodes

- Etude rétrospective incluant des patients atteints de PR (critères ACR/EULAR 2010)
- Evaluation de l'activité de la maladie par:
 - l'échelle visuelle analogique (EVA) de la douleur
 - la durée de la raideur matinale
 - le nombre d'articulations douloureuses (NAD)
 - le nombre d'articulations tuméfiées (NAT)
 - la vitesse de sédimentation (VS)
 - la C-Réactive Protein (CRP)
 - le Disease Activity Score (DAS28)
- Les patients ont été classés en 3 groupes selon l'indice de masse corporelle (IMC) :
 - G1 : poids normal si $IMC \leq 25 \text{ Kg/m}^2$
 - G2 : surpoids si IMC entre 25 et 30 Kg/m^2
 - G3 : obésité si $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$
- Le seuil de signification statistique p a été fixé à 0,05

Résultats

- 50 patients : 8 hommes et 42 femmes
- Age moyen = 54,4 ans [25-73]
- Durée d'évolution moyenne : 160 mois [12-516]
- La répartition des patients en fonction du poids est illustrée dans la figure 1.

Figure 1: Répartition en fonction du poids



- La comparaison des paramètres d'activité entre les différents groupes est illustrée dans le tableau 1.

Tableau 1: Comparaison des paramètres d'activité de la maladie entre les 3 groupes

	Groupe1	Groupe2	Groupe3	p
EVA douleur	4,9	5,3	5,5	0,089
Raideur matinale (minutes)	57	42	36	0,820
DAS28	3,28	3,41	2,8	0,240

Discussion

- La plupart des données de la littérature plaident en faveur d'une association entre l'indice de masse corporelle et l'activité de la PR.
- D'autres soulignent plutôt que la surcharge pondérale risque de fausser l'objectivité de l'évaluation de l'activité de la maladie en la majorant.
- Cependant, notre étude n'a pas établi de lien entre ces 2 paramètres.

Conclusions

- La confirmation de l'association entre l'IMC et l'activité de la PR conduirait à une adaptation d'une part de la prise en charge des patients et d'autre part de l'évaluation de l'activité de la maladie.

Références

- Ibn Yacoub Y et al. Prevalence of overweight in Moroccan patients with rheumatoid arthritis and its relationships with disease features. Clin Rheumatol 2012; 31:479-482.
- Alvarez-Nemegyei J et al. Association between body composition and disease activity in rheumatoid arthritis. A systematic review. Reumatol Clin. 2016;12(4):190-5.

Etude analytique de l'atteinte des articulations temporo-mandibulaires au cours de la polyarthrite rhumatoïde

ZROUR S., MOUANAA H., HACHFI H., JGUIRIM M., BEJIA I., TOUZI M., YOUNES M., BERGAOUI N.
Service Rhumatologie EPS Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

Introduction

L'articulation temporo mandibulaire (ATM) peut être affectée dans la polyarthrite rhumatoïde (PR) et son expression clinique est souvent mineure.

Patients et Méthodes

Nous rapportons une étude transversale monocentrique analytique portant sur 90 PR successives, chaque patient a bénéficié d'un examen stomatologique, d'un bilan biologique. En cas de lésion grave, un scanner est demandé. Nous avons essayé de détailler la symptomatologie des ATM et de déterminer ses corrélations avec les paramètres de la PR.

Résultats

Soixante-trois malades soit 70% des cas avaient une atteinte des ATM



Figure N°1: Répartition des malades ayant un désordre de l'articulation temporo-mandibulaire

Les Corrélations PR – Désordre des ATM

- **Par comparaison au groupe témoin:** Palpation douloureuse des ATM ($p < 0,000$) est significativement associée à la PR.
- **Désordre temporo-mandibulaire:** Sujets adultes entre 40 et 60 ans, les patients gênés avec $HAQ > 0,5$ et devant un score radiologique total de Sharp modifié par Vander Heijde élevé.
- **Douleurs à la mobilisation des ATM:** Augmentation de l'IMC et à la PR ($p < 0,000$). La tuméfaction des ATM est significativement associée à l'âge (plus fréquentes chez les sujets âgés), à l'augmentation de l'IMC, au DAS 28 vs et/ou DAS 28 crp élevé, à l'activité forte de la PR, à l'indice $HAQ > 0,5$ et la VS accélérée.
- **Crépitation des ATM:** Activité très forte de la PR et une accélération de la VS.
- **Limitation de l'ouverture buccale:** Age (plus fréquente chez les sujets âgés), au surpoids, à la dose de méthotrexate élevée (20 mg/J), à la prise de Leflunomide et de la biothérapie.
- **Malocclusion dentaire:** Des doses de 5mg/J de corticoïdes témoignant de l'activité inflammatoire de la PR et de la nécessité des corticoïdes pour la maîtriser.
- **Difficultés masticatoires:** une ancienneté de 10 ans de la PR, à l'indice $HAQ > 0,5$ et la présence d'une atteinte radiologique. De plus, le rétrognatisme est significativement associé au surpoids, DAS 28 vs et DAS28crp élevés.

Conclusion

Le désordre temporo-mandibulaire est lié à une destruction ostéoarticulaire importante, responsable d'une gêne fonctionnelle importante. Le profil des PR avec une atteinte ATM avancée sont des PR particulièrement actives et sévères nécessitant une escalade thérapeutique.



Particularités épidémiologiques de la polyarthrite rhumatoïde de la région de Monastir

MOUANAA H., ZROUR S., HACHFI H., JGUIRIM M., BEJIA I., TOUZI M., YOLINES M., BERGAOUI N.
Service Rhumatologie EPS Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

Objectif

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

Patients et Méthodes

Etude transversale monocentrique descriptive des patients consécutifs, atteints de PR, retenue selon les critères de l'ACR1987 et/ou EULAR 2010, colligés au service de Rhumatologie sur une période de 06 mois (Novembre 2016-Avril 2017).

Résultats

- Quatre-vingt-dix patients
- **L'âge moyen** était de 52 ± 10 ans [27-78]:
 - Prédominance de la tranche d'âge 50 à 60 ans (45 % des cas).
- **Prédominance féminine:** 89 % des patients
 - 54 femmes (60 %) ménopausées
 - 25% sous pilules œstro-progestatives
- La majorité des patients était non tabagique 66% des cas.
 - 100% des hommes fumeurs
 - 17% des femmes fumeurs.
- Concernant la consommation d'alcool, 5% des patients exclusivement des hommes consommaient de l'alcool
- L'origine géographique: urbaine dans 72 % des cas essentiellement de la région du Sahel Tunisien.

Niveau d'étude:

- 78% des cas: niveau primaire.
 - 11% des cas : niveau secondaire
 - 11% des cas: niveau supérieur
- 52 % des cas étaient non travailleurs notamment 51% chez la population active (âge < 60 ans).
- La majorité de nos patients avait un niveau socio-économique moyen (salarié...) avec un pourcentage de 83%.

Conclusion

Les patients atteints de PR dans la région du sahel sont des femmes adultes non tabagique active (Ouvrière ++) avec un niveau socioéconomique moyen habitant essentiellement les zones urbaines.



Le pseudo polyarthrite rhizomélique révélant une polyarthrite rhumatoïde : à propos de deux observations

M. Snoussi, F. Frihka, S. Garbaa, H. Loukil, R. BenSalah, M. Jallouli, C. Damak, C. Turki, F. Rekik, Y. Bouattour, S. Marzouk, Z. Bahloul.
service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax

Introduction

- Le diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde (PR) chez le sujet âgé est d'une difficulté accrue en raison de la fréquence des associations pathologiques et l'aspect des rhumatismes à début tardif.
- Dans ce travail, nous rapportons les particularités de deux observations d'une PR à début rhizomélique (PPR).

Matériels et Méthodes

- Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 283 cas de PR menée dans le service de médecine interne du CHU Hédi Chaker de Sfax (Tunisie) durant la période allant de (1996-2010).
- Les patients diagnostiqués PR selon les critères de l'ACR 1990 et âgé de plus de 50 ans ont été inclus à l'étude.

Résultats

Caractéristiques épidémiologiques:

- 23 cas de PR du sujet âgé ont été retenus. La présentation rhizomélique était notée dans 2 cas soit 8.7% des cas.
- Il s'agissait de 2 patientes âgées respectivement de 76 et 59 ans.

Caractéristiques cliniques:

- 23 cas de PR du sujet âgé ont été retenus.
- La présentation rhizomélique était notée dans 2 cas soit 8.7% des cas.
- Il s'agissait de 2 patientes âgées respectivement de 76 et 59 ans.

Caractéristiques paracliniques:

- Le syndrome inflammatoire biologique était constant avec une VS à 90 mmH1 et 62 mmH1 et une CRP à 64 et 129mg/l.
- Le facteur rhumatoïde ainsi que les anti-CCP étaient positifs chez les deux patientes.
- Le bilan radiologique objectivait des géodes du carpe et de la 5^{ème} MTP chez une patiente.

Traitement

- Le traitement consistait en des minibolus de solumédrol relayé par une corticothérapie à faible dose et les anti inflammatoires non stéroïdiens chez les patientes
- Un traitement de fond à base de méthotrexate était introduit chez une patiente devant la chronicité de l'atteinte articulaire.

Discussion

- La polyarthrite rhumatoïde (PR) du sujet âgé se définit habituellement par un début au-delà de 60 ans. Sa prévalence est approximativement de 2 % . Elle représente 10 à 33 % de l'ensemble des PR
- La distribution rhizomélique des manifestations articulaires plus particulièrement aux épaules, est retrouvée dans la plupart des séries [Un tableau de RS3PE est le mode de présentation initial chez 11 % des patients]. La polyarthrite est habituellement plus active avec un plus grand nombre d'articulations gonflées et douloureuses, un dérouillage matinal plus long et un indice de qualité de vie plus altéré
- La forme à début rhizomélique qui représente 25 % des cas. Elle a habituellement un début aigu et est séronégative. Son évolution est habituellement favorable sans érosion.
- La forme à début rhizomélique qui représente 25 % des cas. Elle a habituellement un début aigu et est séronégative. Son évolution est habituellement favorable sans érosion.
- La présence d'anti-CCP pourrait permettre d'apporter des éléments au diagnostic de PR à début rhizomélique puisque leur spécificité a été évaluée entre 92 et 100 % selon les séries

Conclusion

- La PPR est une manifestation rare au cours de la PR à début tardif. La distinction entre une PR à début tardif dans sa forme rhizomélique d'une PPR reste difficile.
- L'existence d'une atteinte articulaire périphérique et des anticorps anti CCP permettent de redresser le diagnostic.

Les particularités de l'atteinte articulaire initiale des PR dans la région de Monastir

MOUANAA H., ZROUR S., HACHFI H., JGUIRIM M., BEJIA T., TOUZI M., YOUNES M., BERGAOUI N.
Service Rhumatologie EPS Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

Introduction

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent. Elle touche tout âge surtout la femme adulte. Sa présentation clinique initiale demeure polymorphe.

Objectifs

Déterminer les manifestations inaugurales des PR dans les régions de Monastir et préciser son délai diagnostique à l'aire des biothérapies

Patients et Méthodes

Nous rapportons une étude prospective, transversale, de cas de PR successifs, suivis au service de Rhumatologie de Monastir sur une durée de 6 mois (novembre 2016-avril 2017), retenus selon les critères de l'ACR 1987 et/ou EULAR 2010. La PR est considérée précoce si l'évolution date de moins de 1an. Elle est ancienne si évolue depuis plus de 10 ans.

Résultats

- Quatre-vingt-dix cas ont été colligés.
- L'âge moyen de nos patients était de 52ans \pm 10 [27 - 78ans].
- Sex-ratio était de 0,1.
- Durée moyenne d'évolution de la maladie au moment de l'étude était de 10 ans \pm 86 mois [1 mois, 333 mois].
- Délai moyen entre le début de la symptomatologie et le diagnostic de la PR était de 42,7 mois \pm 40 [1-230 (19 ans)].
- Age moyen des patients au moment du diagnostic de la PR était 42ans \pm 12[11,19 - 71,58].
- Délai diagnostique était <1an dans 27% des cas, entre 1 et 5ans dans 57% des cas, entre 5 et 10 ans dans 12% des cas et supérieur à 10 ans dans 4% des cas.

•Facteurs déterminants d'un diagnostic précoce de la PR sont : Origine urbaine, un niveau intellectuel secondaire et universitaire, un niveau économique moyen.

•DAS28vs moyen de nos PR était de 4,57 \pm 1,44 [0,97-7,26].

•Atteinte articulaire inaugurale de la PR était à type de polyarthrite chez 59 malades (65,6 %), oligoarthrite chez 17 malades (18,9%), monoarthrite chez 7 malades (7,8%), début rhizomélique chez 7 patients (7,8%).

•Déformations articulaires étaient présentes chez 65 malades, soit 72,22 % des cas.

•Répartition des déformations articulaires était comme suit : des pouces en Z dans 53 cas soit 80% des déformations articulaires de nos patients, une flexion des MCP dans 37 cas (56 ,1%), une déformation des poignets dans 27 cas (40,9 %), un avant pied triangulaire dans 27 cas (27 ,3 %) et un coup de vent cubital irréductible dans 19 cas (28 ,8 %).

•Presque tiers des PR avec un délai diagnostique < 5ans et 3/4 des PR avec un délai diagnostique >10 ans avaient des déformations articulaires.

Conclusion

Le tableau de polyarthrite reste l'atteinte articulaire initiale la plus fréquente amenant les patients à consulter et aboutissant au diagnostic de PR mais au prix d'un retard diagnostique important. Le délai diagnostique moyen de notre série de 3ans et demi laisse poser de nombreuses questions quant à l'organisation de notre système de soin pour repérer les patients dans la fenêtre d'opportunité de l'action thérapeutique afin d'un meilleur contrôle de leur maladie. Des campagnes de sensibilisation aux près du ministère de tutelle et du grand public contre la PR paraissent nécessaires à l'aire des biothérapies pour préserver le pronostic fonctionnel et vital de nos patients.



L'amylose au cours des spondyloarthrites

Essafi F, Saidane O, Mahmoud I, Ben Tekaya A, Tekaya R, Abdelmoula L
Service de rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle

Introduction : L'amylose secondaire de type AA représente une complication classique des spondylarthrites (SpA) anciennes, ayant débuté précocement, très inflammatoires avec des arthrites périphériques

Objectif : déterminer la prévalence de l'amylose au cours des SpA, ainsi que les moyens diagnostiques et thérapeutiques.

Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective descriptive incluant 49 patients, ayant une SpA répondant aux critères d'Amor 1990 et/ou ASAS 2009 et/ou CASPAR sur une période de 12 ans [2004-2015]. Nous avons relevé les données socio-démographiques, les complications extra-articulaires, les explorations anatomopathologiques et le type de traitement prescrit.

Résultats :

Nombre de patients	49
Age moyen (ans)	42,81±11,77
Age au moment du diagnostic (ans)	29,41±11,29
Durée moyenne d'évolution de la maladie (ans)	10,16±10,7
Manifestations extra articulaires	syndrome restrictif pulmonaire (43%) ostéoporose (31%) uvéite antérieure (14%)

Parmi nos patients, deux (4%) ont présenté une amylose rénale qui s'est manifestée par un syndrome néphrotique intense avec une protéinurie entre 6 et 11 g/l.

Un patient avait un rhumatisme des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) et un patient avait une spondylarthrite ankylosante (SA). La durée d'évolution de la maladie avant la découverte de l'amylose était de 23 ans chez le patient atteint de SA. Dans le 2^{ème} cas, l'amylose était concomitante avec la découverte du rhumatisme des MICI, soit 4 ans après l'installation de la maladie de Crohn. La biopsie labiale a été contributive au diagnostic de l'amylose chez un patient. Le recours à la biopsie rénale a été utile chez le 2^{ème} patient en montrant une atteinte glomérulaire avec dépôts vasculaires amyloïdes.

Les 2 patients ont reçu les anti-TNF alpha avec une amélioration progressive du syndrome néphrotique.

Conclusion : La manifestation clinique la plus fréquente de l'amylose AA au cours des SpA est l'atteinte rénale. Une surveillance de ces malades, à l'aide des bandelettes urinaires, s'avère impérative.



La coxite au cours des arthrites juvéniles idiopathiques et le recours à la chirurgie

Brahem M., EL Amri N., Alaya Z., Belghali S., Baccouche K., Zeglaoui H., Bouajina E.

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse.

Introduction:

•L'arthrite juvénile idiopathique (AJI) est une maladie inflammatoire rare mais parfois handicapante par son risque d'atteinte articulaire surtout des hanches.

➤ **Nous allons évaluer la fréquence des coxites au cours des AJI et le recours au traitement chirurgical.**

Patients et méthodes:

Nous avons étudié les dossiers de tous les patients suivis pour AJI diagnostiqués selon les critères ILARR (International League of Associations of Rheumatologists) établis en 1997 colligés au service de Rhumatologie Farhat Hached Sousse, sur une période de 24 ans (1993 à 2017).

Résultats:

• 68 patients ;

•**Age moyen** au moment du diagnostic : **13,54 ±7,5 ans** [13-48].

•**Formes d'AJI au moment du diagnostic:**

- 54 patients avaient une AJI poly-articulaire,
- 7 patients avaient une AJI oligo-articulaire,
- 3 patients avaient une forme systémique,
- 3 patients avaient une SpA juvénile.

- **Déformations articulaires:** 38 patients (55,9%) ,
- **Destructions radiologiques:** 50 patients (73,5%).

• **Traitement:**

- 31 malades étaient traités par Méthotrexate (soit 45,6% des cas) et 13 (19,1%) avaient nécessité le recours aux anti-TNF alpha.

Atteinte de la hanche:

•17 patients (soit 25% des cas) ont développé une coxite dont 10 avaient une atteinte bilatérale.

•Parmi eux:

- 4 patients étaient traités par anti-TNF alpha,
- 6 patients ont eu une synoviorthèse à l'acide osmique,
- 6 patients étaient opérés avec pose de prothèses totales des hanches avec bonne évolution clinique.

Discussion:

❖L'atteinte de la hanche au cours des AJI est généralement tardive, et constitue un tournant dans le cours évolutif de la maladie.

❖Elle pose un problème thérapeutique du fait de l'handicap important sur un terrain juvénile.

❖Le traitement est essentiellement chirurgical.

Conclusion:

•Le quart de nos patients avaient développé une coxite au cours de l'évolution dont la majorité étaient au stade chirurgical.

•Cette atteinte conditionne le pronostic fonctionnel et nécessite une prise en charge multidisciplinaire.



PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU RHUMATISME PSORIASIQUE

Ben Jeddou K., El Amri N., Braham M., Baccouche K., Belghall S., Alaya Z., Zeglaoui H., Bouajina E.

Introduction :

À l'heure actuelle, le rhumatisme psoriasique est incurable. Les traitements de fond ont un effet suspensif. Toutefois, des traitements peuvent soulager la douleur et l'inflammation et réduire les symptômes cutanés.

Objectif :

L'objectif de notre travail est de décrire les modalités de prise en charge thérapeutique chez les patients suivis pour rhumatisme psoriasique au service de rhumatologie du CHU Farhat Hached de Sousse.

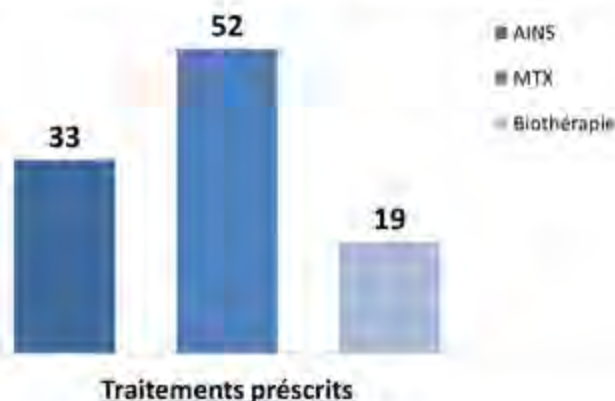
Matériels et méthodes :

Notre étude est rétrospective s'étendant sur une période de 18 ans concernant des patients pris en charge au Service de rhumatologie du CHU Farhat Hached pour rhumatisme psoriasique. Nous avons établi une fiche de saisie de données à partir des dossiers médicaux.

Résultats :

Durant cette période, 57 patients ont été pris en charge au service de rhumatologie pour rhumatisme psoriasique avec un âge moyen de 44,7 ans.

Parmi ces patients, 12 présentaient une forme axiale, 27 présentaient une forme périphérique, 18 présentaient une forme axiale et périphérique.



Références :

- 1- Pertuiset É. Méthotrexate et rhumatisme psoriasique. Revue du rhumatisme. 2014;2(81):117-20.
- 2- Schemoul J, Poulain C, Claudepierre P. Stratégies thérapeutiques dans le rhumatisme psoriasique. Revue du Rhumatisme. 2017 Nov 14.

Un traitement par anti-inflammatoires non stéroïdiens avait été prescrit chez 33 patients.

Un traitement de fond par Méthotrexate a été instauré chez 52 patients dont 10 qui ont développé une intolérance digestive. Une rémission a été obtenue chez 25 patients (soit 48% des cas), une réponse partielle a été obtenue chez 20 patients (soit 38,5% des cas) et une inefficacité dans 7 cas.

Efficacité du MTX



Un traitement biologique était nécessaire dans 36,8% des cas. Les anti-TNF α utilisés étaient l'Etanercept, l'Adalimumab et l'Infliximab dans respectivement douze, sept et deux cas. La rémission clinique était observée dans onze cas et une réponse partielle était notée dans deux cas. Une rotation entre les anti-TNF α était nécessaire chez 3 patients.

Discussion :

Dans notre étude, on a retrouvé une amélioration clinique sous traitement de fond par MTX. En effet, l'analyse réalisée par les experts de l'EULAR souligne le faible nombre d'études concernant le MTX dans le RPS, mais conclut en faveur de l'efficacité clinique du MTX (1). La rotation entre les anti-TNF α était nécessaire chez 3 patients. En effet, Malgré leur efficacité importante, les anti-TNF connaissent des échecs d'emblée chez environ 1/4 à 1/3 des patients, mais également des échecs secondaires ou échappements (2).

Conclusion :

Notre étude a permis de montrer que dans près de la moitié des cas, le traitement de fond permettait d'obtenir une rémission dans le rhumatisme psoriasique. En cas d'échec ou de réponse partielle, l'alternative par un traitement biologique permet d'avoir une amélioration clinique et biologique, cependant, un échantillon de plus grande taille permettrait de confirmer cette amélioration.

ATTEINTE RADIOLOGIQUE DES MAINS ET DES PIEDS AU COURS DU RHUMATISME PSORIASIQUE

Ben Jeddou K., El Amri N., Braham M., Baccouche K., Belghali S., Alaya Z., Zeglaoui H., Bouajina E.

Introduction :

L'atteinte radiologique des mains et des pieds constitue indéniablement la partie la plus originale du rhumatisme psoriasique. Elle prédomine en distal et réalise des aspects peu banals d'ostéolyse, d'ostéopériostite et d'ankylose articulaire qui évoquent un processus extrasynovial de nature enthésitique (1).

Objectif :

L'objectif de notre travail est d'analyser les atteintes retrouvées sur les radiographies des mains et des pieds chez les patients suivis pour rhumatisme psoriasique au service de rhumatologie du CHU Farhat Hached de Sousse.

Matériels et méthodes :

Notre étude est rétrospective s'étendant sur une période de 18 ans concernant des patients pris en charge au Service de rhumatologie du CHU Farhat Hached pour rhumatisme psoriasique. Nous avons utilisé la classification CRDO (critères radiologiques doigts-orteils)

- CRDO 1 : ostéolyse proximale d'une articulation interphalangeenne distale.
- CRDO 2 : ostéolyse interphalangeenne distale ou interphalangeenne proximale d'un doigt et des surfaces adjacentes traitées normalement délimitées.
- CRDO 3 : ankylose d'une articulation interphalangeenne.
- CRDO 4 : périostite juxta-articulaire ou périostite en bande d'un doigt ou d'un orteil.
- CRDO 5 : resorption de la base phalangeenne ou ostéopériostite de la phalange.

Résultats :

Durant cette période, 57 patients ont été pris en charge au service de rhumatologie pour rhumatisme psoriasique avec un âge moyen de 44,7 ans. Parmi ces patients, 12 présentaient une forme axiale, 27 présentaient une forme périphérique, 18 présentaient une forme axiale et périphérique.

Références :

1. Avila R., Pugh D.G., Slocumb C.H., Winkelmann R.K. Psoriasis arthritis : a roentgenologic study. Radiology 1960 ; 75 : 691-702.
2. Fournié B., Crognier L., Arnaud C. et coll. Proposition de critères de classification du rhumatisme psoriasique. Étude préliminaire de 260 patients. Rev Rhum Mal Osteoartic (in press).
3. Fournié A., Ayrrolles Ch., Sellami S., Guyard C., Fournié B. Histoire naturelle du rhumatisme psoriasique. Étude prospective de 82 cas. Rev Rhum Mal Osteoartic 1980 ; 47 : 309-16.
4. Fournié B., Granel J., Bonnet M. et coll. Fréquence des signes évocateurs d'un rhumatisme psoriasique dans l'atteinte radiologique des doigts et des orteils. À propos de 193 cas. Rev Rhum Mal Osteoartic 1992 ; 59 : 117-80.

Sur les radiographies des mains et des pieds, des érosions ont été retrouvées chez 25 patients soit 44% des cas, des ostéolyses interphalangiennes ont été retrouvées chez 6 patients, une ankylose a été retrouvée chez un patient et une résorption des houppes phalangiennes chez un autre patient. Pour la classification CRDO, les patients sont répartis comme suit : CRDO1 = 13 patients, CRDO2 = 6 patients, CRDO3 = 1 patient, CRDO4 = 2 patients, CRDO5 = 1 patient. La présence de ces érosions est corrélée à l'atteinte des interphalangiennes distales ($p=.001$) et à la durée d'évolution de la maladie ($p=.02$).

Répartition des patients selon la classification CRDO



Discussion :

Dans notre étude, des signes radiologiques d'atteinte des mains ou des pieds ont été retrouvés chez près de la moitié des patients. Les signes concernant cette atteinte ont été regroupés en cinq critères radiologiques (2).

La coexistence sur un même segment ou la succession dans le temps sur une même articulation des CRDO 2 et 3 sont quasi pathognomoniques du RP (3,4).

Conclusion :

Près de la moitié des patients admis dans notre service pour rhumatisme psoriasique avait des atteintes radiologiques des mains et/ou des pieds. Ces atteintes étaient dominées par le premier stade de la classification CRDO.



Que craindre face à une spondylodiscite infectieuse ?

Chammakhi M, Dhahri R, Metoui L, Slouma M, Gharsallah I

Introduction:

De nos jours, porter le diagnostic d'une spondylodiscite infectieuse (SDI) et initier un traitement curatif sont devenus de plus en plus aisés grâce à l'évolution des outils diagnostiques tant biologiques que radiologiques. Ceci dit, le clinicien doit toujours guetter la survenue de complications et de séquelles de la maladie pouvant empêcher la guérison complète.

L'objectif de ce travail était de décrire les différentes complications et séquelles rencontrées chez les malades suivis pour SDI.

Méthode:

L'objectif de ce travail était de décrire les différentes complications et séquelles rencontrées chez les malades suivis pour SDI. Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive portant sur 44 dossiers de patients hospitalisés pour SDI d'origine communautaire dans le service de médecine interne de l'hôpital militaire principal d'instruction de Tunis (HMPIT) sur une période de 20 ans entre 1er Janvier 1993 et 31 Décembre 2013.

Le diagnostic a été retenu en se basant sur des données cliniques, biologiques, radiologiques et bactériologiques.

Résultats:

Notre population d'étude se composait de 24 hommes et 20 femmes, soit un sexe ratio : H/F=1,2.

Les complications recensées sont résumées au Tableau 1:

	SDI (à pyogène)	
SDI (tuberculeuse)		
Nbre de cas	22	22
Durée moyenne de suivi	9 mois	24 mois
Patients perdus de vue	3	1
Complications orthopédiques	4 cas	-
Troubles sensitivo-moteurs	8 cas	2cas
syndrome de queue de cheval	1 cas	-
syndrome pyramidal	1 cas	-
Complications infectieuses	un cas d'endocardite	tuberculose cérébrale
Décès	2	

Concernant les spondylodiscites à pyogènes, nous avons noté des séquelles à type de douleur ou de raideur rachidienne après la fin du traitement chez quatre patients, une paraplégie avec incontinence urinaire et fécale chez un patient et une déformation rachidienne à type de scoliose chez trois patients.

Deux patients avaient décédés en cours de traitement à cause d'un arrêt du traitement contre avis médical dans un cas et d'un sepsis non contrôlé à staphylocoque chez un autre cas.

Concernant les séquelles des spondylodiscites tuberculeuses, une douleur et/ou une raideur rachidienne était notée chez 13 patients.

Quatre patients avaient gardé des séquelles à type de déformation rachidienne dans trois cas et de paresthésie du membre inférieur dans un cas.

Un patient avait décédé suite à une embolie pulmonaire massive.

Conclusion:

Une évaluation clinique, biologique et radiologique au besoin des patients suivis pour une SDI doit être régulière et exhaustive afin de détecter à temps une complication potentiellement traitable avant l'installation d'une séquelle irrémédiable.



Tabac et Spondyloarthrite chez le militaire Tunisien: toujours un facteur de sévérité?

Chammakhi M, Slouma M, Metoui L, Dhahri R, Gharsallah I

Introduction:

La spondyloarthrite est un rhumatisme inflammatoire chronique qui touche fréquemment le sujet jeune. Etant donné que l'intoxication tabagique est majoritaire chez cette tranche d'âge, nous nous sommes intéressés dans cette étude à évaluer l'effet du tabac sur les différents paramètres de la maladie.

Méthode:

Etude rétrospective incluant 49 dossiers de malades suivis pour spondyloarthrite au service de médecine interne de l'Hôpital Militaire Principal d'instruction de Tunis de 2007 à 2017.

Tous nos patients répondaient aux critères de l'ESSG pour les spondyloarthrites axiales (SpA) et de CASPAR, pour le rhumatisme psoriasique (RP).

Résultats:

L'étude a inclut 49 sujets, tous de sexe masculin. L'âge de début de la maladie était de $31,9 \pm 10,4$ ans. L'indice de masse corporelle était de $24,7 \pm 3,9$ kg/m². La répartition des différentes formes de spondyloarthrite était comme suit : une spondyloarthrite axiale radiographique primitive (n= 39), un rhumatisme psoriasique (n= 4), un rhumatisme des entérocolopathies (n= 5) et une arthrite réactionnelle (n= 1).

Une intoxication tabagique était notée chez 25 patients (51%) à une moyenne de 17,4 PA. Chez les patients fumeurs, le BASDAI était >4 chez 12 malades (48%) et une coxite était présente chez neuf patients sans différence significative avec le groupe des non fumeurs.

Nous n'avons pas noté de corrélation entre le tabac et le taux de CRP ni avec celui de la VS. Il en est de même pour le score d'activité BASDAI et le score BASFI.

Discussion:

Le tabagisme a un effet dose-dépendant sur la progression des dommages structuraux au cours des spondyloarthrites axiales (SA). Le HAQ est plus élevé chez les fumeurs SA que chez les non-fumeurs. L'activité de la maladie, la mobilité physique et qualité de vie sont plus altérées chez les patients fumeurs.

Conclusion:

Dans notre groupe d'étude, contrairement aux données de la littérature, le tabac n'était pas un facteur de sévérité des spondyloarthrites.

Villaverde-García V. Semin Arthritis Rheum 2017



Maintien thérapeutique d'un premier anti TNF-alpha au cours des spondyloarthrites : une série de 68 patients?

Chammakhi M, Dhahri R, Metoui L, Slouma M, Gharsallah J

Introduction:

L'avènement des biothérapies a permis d'enrichir l'arsenal thérapeutique des spondyloarthrites.

On se propose dans cette étude d'évaluer le taux de maintien d'un premier anti-TNF chez des patients naïfs de biothérapie.

Méthode:

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 68 dossiers de patients atteints de spondyloarthrites et suivis au service de médecine interne de l'hôpital Militaire Principal d'instruction de Tunis de 2007 à 2017. Les données cliniques et thérapeutiques ont été relevées.

Résultats:

Notre population comportait 49 hommes et 19 femmes soit un sexe ratio H/F= 2,6. La répartition des différentes formes de spondyloarthrite était comme suit : une spondylarthrite ankylosante spondyloarthrite axiale radiographique primitive (n= 46), un rhumatisme psoriasique (précise la forme) (n= 9), un rhumatisme des entérocolopathies (précise la forme) (n= 11), un syndrome SAPHO (précise la forme) (n= 1) et une arthrite réactionnelle (n= 1).

L'âge moyen de début de la maladie était de $33,8 \pm 11,1$ ans. L'indice de masse corporelle moyen était de $25,7 \pm 5$ kg/m². La durée moyenne de suivi était de 68,7 mois [5 - 168]. La mise sous la première biothérapie était après un délai moyen de 37,5 mois après le diagnostic.

Chez nos malades, une première biothérapie était prescrite dans 23 cas (34%). Les molécules prescrites étaient comme suit : Infliximab (n= 13), adalimumab (n= 4) et etanercept (n= 6). Au cours du suivi, le traitement par un premier anti-TNF était maintenu dans 17 cas (74%). Les causes d'arrêt étaient comme suit : • réaction allergique (n=2) • une hyperleucocytose > 25000 el/ml, faisant suspecter une transformation lymphomateuse (n=1) • une miliaire tuberculeuse (n=1) • Un échec primaire (n=1). Un patient était perdu de vue.

Un switch vers une deuxième molécule d'anti-TNF était réalisée chez trois patients (1er cas : adalimumab → infliximab après 3 mois de traitement/ 2ème cas : infliximab → etanercept après 52 mois de traitement/3ème cas : infliximab → adalimumab après un mois de traitement). La deuxième biothérapie était maintenue pendant : un an pour le 1er cas puis échappement secondaire, encore maintenue pour le 2ème cas (>21 mois) et maintenue pendant 2 mois pour le 3ème cas arrêté pour inefficacité.

Discussion:

Chez 53 patients suivis pour une spondyloarthrite axiale traités infliximab, le taux de maintien de cette molécule était de 89% alors que chez 39 patients traités par etanercept le taux de maintien de cet anti-TNF était de 74%. Les causes d'arrêt du traitement étaient essentiellement un échappement thérapeutique, un cas de tuberculose gastrique et trois cas de lymphomes.

Conclusion:

En présence d'une inefficacité ou d'une intolérance des traitements classiques des spondyloarthrites (AINS et DMARDs) le recours aux anti-TNF est une option thérapeutique de choix vu son efficacité et sa bonne tolérance avec un taux de maintien d'une première biothérapie de 74% dans notre étude.

Brocq O. Rev de Rhum 2007

Etude des facteurs influençant le retentissement fonctionnel de la Spondyloarthrite en fonction de la durée d'évolution de la maladie

Hamdi W, Ben Ouhiba A, Kaffel D, Souissi MA, Maatallah K, Kchir MM.
Service de Rhumatologie-Institut Kassab

Introduction

- ❖ La capacité fonctionnelle est une composante majeure de la qualité de vie des patients atteints de Spondyloarthrite (SA).
- ❖ L'objectif de notre étude était d'évaluer le retentissement fonctionnel au cours des SA selon la durée d'évolution de la maladie et de déterminer les facteurs associés à un impact fonctionnel plus important.

Méthodes

- ❖ Etude transversale prospective portant sur 165 patients atteints de SA (Critères de l'ASAS 2009).
- ❖ Les caractéristiques socio-démographiques, cliniques, biologiques et radiologiques de la maladie ont été relevées. Le retentissement fonctionnel a été évalué par le score BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index). Le retentissement sur la qualité de vie a été évalué par le score ASQOL (Ankylosing Spondylitis Quality of Life Questionnaire).
- ❖ Trois groupes-sujets ont été individualisés : Groupe 1 (G1) : Durée d'évolution de la maladie <10 ans, Groupe 2 (G2) : Durée d'évolution de la maladie était entre 11 et 20 ans et Groupe 3 (G3) : Durée d'évolution de la maladie >20ans.
- ❖ L'étude de corrélation a été faite par le test de Pearson. La comparaison des moyennes sur série indépendantes a été effectuée par ANOVA. Les tests ont été considérés statistiquement significatifs si le $p < 0,05$.

Résultats

- ❖ Notre étude portait sur 136 hommes et 29 femmes.
- ❖ L'âge moyen était de $36,4 \pm 12,2$ ans.
- ❖ La durée moyenne d'évolution de la maladie était de $10,9 \pm 9,2$ ans. Les patients étaient actifs dans 59,4% des cas, sans emploi dans 37% des cas et retraités dans 3,6 % des cas.
- ❖ Chez les patients actifs, le travail manuel, le travail de bureau représentaient respectivement 69,4% et 30,6% des cas. 32,1% des patients pratiquaient une activité sportive.
- ❖ La SA était dans sa forme axiale chez 43,7% des patients, périphérique chez 12,7% et axiale et périphérique chez 43,6% des patients.
- ❖ Elle était compliquée d'une coxite chez 60,6% des patients. La coxite était bilatérale dans 46,1% des cas.
- ❖ La SA était compliquée d'une atteinte oculaire (11,5%), pulmonaire (4,8%), cutanée (1,8%), digestive (1,2%) et cardiaque (0,6%).

- ❖ La maladie était plus active et associée à un retentissement fonctionnel plus important dans les groupes G2 et G3.
- ❖ Les paramètres d'activité de la maladie, de retentissement fonctionnel et d'évaluation structurale dans les 3 groupes sont résumés dans le **Tableau (1)**.

Tableau (1) : Paramètres d'activité, de retentissement fonctionnel et d'évolution structurale dans les 3 groupes

	Moyennes des sous-groupes			Corrélation globale Avec le BASFI	
	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	R	p
BASDAI	4,9±2,1	5,1±2,6	6,2±2,2	0,5	<0,0001
BASFI	48±23	58±28	59±21		
MASES	3,1±3,2	2,24±3,1	1,7±3,1	0,2	0,01
EVA douleur rachis (mm)	45,8±26,9	61,5±27,6	67,6±26,7	0,4	<0,0001
EVA douleur articulations périphériques (mm)	25,1±29,3	41,15±33,7	29,5±26,7	0,2	0,04
BASRI total	9,4±2,6	13,6±2,1	12,1±2,4	0,4	<0,0001
BASMI	3,4±2,1	4,1±2,4	3,8±1,6	0,4	<0,0001
mSASSS	11,8±13,9	37,4±19,7	23,8±22,7	0,2	0,006
VS (mm)	44,1±27,4	49,08±28,6	38,6±26,1	0,07	0,4
CRP (mg/l)	27,48±32,7	36,3±40,2	19,4±17,7	-0,1	0,2
ASQOL	11,2±11,1	8,5±5,1	7,8±5,3	0,3	0,02

Discussion

- ❖ Dans notre étude, comme dans la littérature, le retentissement fonctionnel est associé à une atteinte structurale et une activité de la maladie plus importantes (1).
- ❖ Dans la littérature, les SA évoluées avaient un retentissement fonctionnel plus important chez les patients tabagiques, aux antécédents familiaux de SA, et ayant des comorbidités (1).

Conclusion

- ❖ Notre étude a montré que le retentissement fonctionnel de la SA était aussi important au début qu'à un stade évolué de la maladie.
- ❖ Il est plus souvent associé à une atteinte enthésitique (MASES), à une activité de la maladie plus importante au début de la maladie (VS et CRP plus élevée) et à une atteinte structurale plus importante à un stade plus évolué de la maladie (> 10 ans).

Retentissement fonctionnel au cours des Spondyloarthrites compliquées de coxite

Ben Ouhiba A, Hamdi W, Maatallah K, Souissi MA, Kaffel D, Kchir MM.

Service de Rhumatologie-Institut Kassab-Tunis

Introduction

- ❖ La survenue coxite constitue un tournant évolutif majeur au cours des spondyloarthrites (SpA) engageant le pronostic fonctionnel des patients et altérant leur qualité de vie.
- ❖ L'objectif de notre étude était de déterminer les facteurs associés à un mauvais pronostic fonctionnel lié à l'atteinte de la hanche.

Méthodes

- ❖ Etude transversale intéressant 100 patients atteints de SpA selon les critères de New York modifiés et ayant une coxite.
- ❖ Les données cliniques et paracliniques nécessaires à l'évaluation des indices spécifiques de la SA (BASDAI, BASFI, BASGI, BASMI, BASRI et mSASSS) ainsi que celles concernant la coxite ont été recueillies. L'évaluation du retentissement fonctionnel de la hanche a été évaluée par l'indice algo-fonctionnel de LESQUESNE (IAF).
- ❖ L'étude de corrélation entre ses différents indices a été effectuée par le test de Pearson. Une corrélation a été considérée comme statistiquement significative si $p < 0,05$.

Résultats

- ❖ Notre étude portait sur 81 hommes et 19 femmes.
- ❖ L'âge moyen des patients était de $31,7 \pm 11,3$ ans.
- ❖ La durée moyenne d'évolution de la maladie était de $12,5 \pm 9,7$ ans.
- ❖ L'IAF moyen était à $9,8 \pm 5,1$.
- ❖ La coxite avait un retentissement fonctionnel plus important chez les patients ayant une maladie active, une atteinte structurale et une plus longue durée d'évolution de la maladie.
- ❖ Les paramètres cliniques d'activité de la maladie, de retentissement fonctionnel et d'évaluation structurale sont résumés dans le **tableau (1)**.

Tableau (1) : Paramètres cliniques d'activité de la maladie, de retentissement fonctionnel et d'évaluation structurale.

	Moyenne	Corrélation avec l'IAF	
		r	p
Age (ans)	$31,7 \pm 11,3$	0,03	0,6
Age de début de la maladie (ans)	$18,1 \pm 6,9$	0,1	0,08
Durée d'évolution de la maladie (ans)	$12,5 \pm 9,7$	0,2	0,002
EVA douleur rachis (mm)	$34,9 \pm 27,3$	0,2	0,001
EVA douleurs aux articulations périphériques (mm)	$17 \pm 22,3$	0,2	0,001
Raideur matinale au rachis (minutes)	$19,1 \pm 29,9$	0,1	0,03
BASDAI	$4,4 \pm 1,6$	0,2	0,002
BASFI	$43,7 \pm 19,7$	0,4	<0,0001
MASES	$2,2 \pm 3,2$	-0,002	0,9
BASMI	$3,9 \pm 1,8$	0,6	<0,0001
BASG-s	$57,2 \pm 23$	0,3	<0,001
BASRI	$11,1 \pm 3,2$	0,6	<0,0001
mSASSS	$14,3 \pm 18,3$	0,2	0,01
ASQOL	$9,1 \pm 4,7$	0,1	0,09
VS	$36,6 \pm 20,6$	0,1	0,1
CRP	$20,3 \pm 20,2$	0,1	0,2

Discussion

- ❖ Dans notre étude comme dans la littérature l'atteinte de la hanche est associée à un retentissement fonctionnel important (1).
- ❖ Elle est associée à une maladie plus active et plus évoluée.
 - ✓ Dans la littérature l'atteinte de la hanche est également associée à un âge plus élevé et au tabagisme.

Conclusion

- ❖ L'atteinte de la hanche constitue un marqueur de sévérité des SpA.
- ❖ Dans notre étude une atteinte plus sévère de la hanche était associée à une maladie plus active et plus évoluée sur le plan structural ainsi qu'à une plus longue durée d'évolution.

Références:

(1) M. WARD et al. J Rheumatol 2001;28:315-321.

Incidence des effets paradoxaux survenant chez les patients atteints de spondyloarthrites (SpA) traités par anti TNF alpha

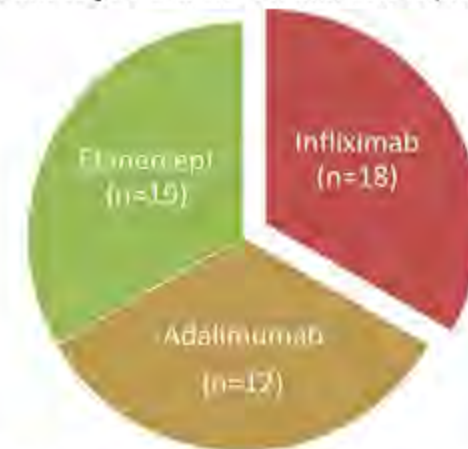
Essafi F, Saidane O, Mahmoud I, Ben Tekaya A, Tekaya R, Abdelmoula L
Service de rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle

Introduction : Les effets paradoxaux constituent une complication rare et inattendue des anti-TNF alpha. Ils sont définis par l'apparition ou l'exacerbation de psoriasis, un développement d'une maladie granulomateuse aseptique, l'apparition d'uvéïte ou de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) de novo.

Objectif : déterminer l'incidence et les caractéristiques des effets paradoxaux apparus chez les patients ayant une SpA traités par anti-TNF alpha.

Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective descriptive incluant 49 patients, ayant une SpA répondant aux critères d'Amor 1990 et/ou ASAS 2009 et/ou CASPAR, suivis au service sur une période de 12 ans [2004-2015]. Ces patients ont reçu au moins un anti TNF-alpha pendant au moins 6 mois.

Résultats :



Quatre patients avaient présenté au moins une réaction paradoxale sous ETN : psoriasis récent (2 cas), uvéïte antérieure (2 cas), une poussée inflammatoire intestinale chez un patient présentant une SA (1 cas). Le délai moyen entre l'initiation du traitement par anti-TNF alpha et l'apparition de la première manifestation de l'effet paradoxal était de 23,2 mois [6-67]. Le traitement a été arrêté définitivement dans 3 cas. Un patient a nécessité une hospitalisation urgente.

Discussion : Dans une étude rétrospective, incluant 296 patients (198 SA, 21 Rhumatisme des MICI, 77 RP), l'incidence de survenue d'uvéïte était de 1/100 patients-années (PA). Tous ces patients étaient sous ETN [1]. l'atteinte inflammatoire intestinale de novo a été enregistrée dans 5 cas (4 sous ETN et 1 cas sous IFX). Ceci correspondait à une incidence de 1 et 0,3/100 PA respectivement [1]. Une manifestation paradoxale à type de psoriasis a été colligée chez 1,5% à 5% des patients ayant une SpA et traités par un anti-TNF alpha [2-3].

Conclusion : Dans notre étude, les effets paradoxaux sont observés sous ETN. Ces résultats rejoignent ceux observés dans la littérature. Néanmoins, des essais cliniques ont révélé également la possibilité d'apparition de réactions paradoxales sous IFX et ADA .

1-Fouache D, Goëb V, Massy-Guillemant N, Avenel G, Bacquet-Deschryver H, Kozyreff-Meurice M, et al. Paradoxical adverse events of anti-tumour necrosis factor therapy for spondyloarthropathies: a retrospective study. *Rheumatology*. 2009;48(7):761-4.
2-Kary S, Worm M, Audring H, Huscher D, Renelt M, Sörensen H, et al. New onset or exacerbation of psoriatic skin lesions in patients with definite rheumatoid arthritis receiving tumour necrosis factor-alpha antagonists. *Ann Rheum Dis*. 2006;65(3):405-7.
3-Baeten D, Kruithof E, Van den Bosch F, Van den Bossche N, Herseens A, Mielants H, et al. Systematic safety follow up in a cohort of 107 patients with spondyloarthropathy treated with infliximab: a new perspective on the role of host defence in the pathogenesis of the disease ?. *Ann Rheum Dis*. 2003;62(9):829-34.

Les troubles du sommeil au cours de la spondyloarthrite axiale

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

Rhumatologie Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunis, Tunisie

Introduction:

Les troubles du sommeil sont fréquents au cours des spondyloarthrites (SpA), rencontrés chez plus de la moitié des patients.

Les objectifs de notre étude étaient d'évaluer la fréquence des troubles du sommeil chez les patients atteints de SpA axiale et de déterminer leurs liens avec les paramètres d'activité de la maladie.

Matériels et Méthodes:

Etude transversale incluant 30 patients suivis pour une SpA axiale (critères ASAS). L'évaluation de l'activité de la maladie a reposé sur le BASDAI (index Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) et l'insomnie sur l'index de gravité de l'insomnie (ISI). L'étude de corrélation entre deux variables quantitatives a été effectuée en utilisant le test de corrélation de Pearson. Le seuil de signification p a été fixé à 0,05.

Résultats:

Trente patients ont été interrogés, 12 hommes et 18 femmes, âgés en moyenne de 49,1 ans [33-62]. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de $6,7 \pm 4,2$ ans.

Quarante pourcent des patients étaient sous anti-TNF alpha. La moyenne de l'indice d'activité BASDAI était de $3,3 \pm 2,1$.

La présence d'insomnie était notée chez 45% des patients. La moyenne du score ISI était de $10,5 \pm 6,2$. Une insomnie cliniquement insignifiante était retrouvée dans plus de la moitié des cas (Figure 1).

Une corrélation positive statistiquement significative a été retrouvée entre l'indice d'activité BASDAI et le score ISI ($p=0,015$; $r=0,41$).

Insomnie

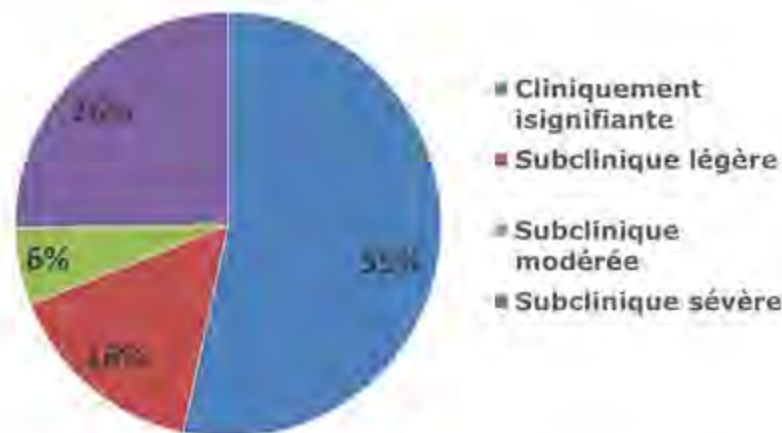


Figure 1: Fréquence du type d'insomnie au cours de la SpA axiale

Discussion:

Nos résultats concordent avec l'étude menée par Mengat et al [1] suggérant que les troubles du sommeil sévères sont plus fréquents au cours de la SpA par rapport aux témoins sains avec une influence directe de l'état psychologique et de l'activité de la maladie sur la qualité du sommeil.

Conclusions:

En accord avec les données de la littérature, notre étude a montré que les troubles du sommeil sont fréquents, notamment au cours de la SpA active. Un diagnostic précoce de ces troubles devrait être systématique afin d'assurer une prise en charge thérapeutique appropriée et d'améliorer ainsi la qualité de vie du patient.

Référence :

[1] M Mengat, S Rostom, N Mawani, J Hakkou, R Bahiri, N Hajjaj-Hassouni. Rabat-Salé-Maroc. 2011. 24ème Congrès français de Rhumatologie.

Influence de l'indice de masse corporelle sur la C-réactive protéine au cours de la spondyloarthrite

Hamdi W, Souissi MA, Maatallah K, Ben Ouhiba A, Kaffel D, Kchir MM.
Institut Mohamed Kassab d'Orthopédie, Ksar Said

Introduction

Les marqueurs biologiques de l'inflammation telle que la protéine C-réactive (CRP) font partie des paramètres évalués lors du suivi des patients traités pour spondyloarthrite (SA). Par ailleurs, l'association de valeurs élevées de la CRP à l'obésité a été observée dans plusieurs études [1].

L'objectif de notre étude est d'évaluer l'influence de l'IMC sur la CRP indépendamment de l'activité de la maladie.

Patients et Méthodes

Etude transversale portant sur 165 patients suivis pour SA répondant aux critères d'Amor. L'objectif de cette étude était d'évaluer la valeur de la CRP selon l'indice de masse corporelle (IMC) dans une population de malades traités pour SA. La valeur limite de la CRP était considérée à 6mg/L selon la technique utilisée dans le laboratoire d'analyse médicale de notre Centre Hospitalo-Universitaire.

Résultats

L'âge moyen des patients était de 36,4 ±12,2 ans, avec un genre ratio (H/F) de 4,6. Ils étaient suivis pour SA depuis 10,9 ±9,2 années en moyenne, avec une activité de la maladie évaluée par BASDAI à 48,8 ±21,2. La SA était en faible activité dans 34,5% des cas au moment de l'étude. La valeur moyenne de la CRP était de 25,7 ±29,5 mg/L et celle de l'IMC de 23,8 ±4,2 Kg/m². Une CRP élevée était notée chez 66,3% des patients et une obésité (IMC > 30 Kg/m²) était observée dans 7,6% des cas.

Une corrélation négative significative entre la CRP et l'IMC a été retrouvée dans notre série (r = -0,283 ; p = 0,04). Chez les patients en forte activité de leur maladie, 75,6% de ceux ayant une CRP élevée se présentaient avec un IMC normal ou bas alors qu'un état d'obésité était retrouvé chez 60% de ceux ayant une CRP normale.

Tableau: Corrélation entre la CRP et l'IMC chez les patients traités pour SA

Paramètres	Moyenne	Ecart-type	Corrélation
CRP	25,7	29,5	r -0,283
IMC	23,8	4,2	p 0,04

Discussion

Les données de la littérature ne sont pas unanimes quant à l'existence ou non d'une influence de l'IMC sur la CRP chez les patients suivis pour SA. Ainsi une corrélation positive de ces deux paramètres a été notée dans une étude portant sur les patients du registre PRESPOND [3]. Dans la cohorte ESCAPE RA étudiant des malades traités pour polyarthrite rhumatoïde, une corrélation négative entre CRP et IMC a été retrouvée dans la population masculine [4], semblable à notre série regroupant en majorité des patients de sexe masculin.

Conclusion

Dans notre étude, l'IMC était corrélée négativement à la CRP. Ceci pourrait être en rapport avec la composition majoritairement masculine de la série.

Références

- 1-Choi J, Joseph L, Pilote L. Obesity and C-reactive protein in various populations: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2013;14(3):232-44.
- 2-Rubio Vargas R1, van den Berg R1, van Lunteren M1, Ez-Zaitouni Z, Bakker PA, Dagfinrud H. Does body mass index (BMI) influence the Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score in axial spondyloarthritis?: Data from the SPACE cohort. *RMD Open.* 2016;2(1):e000283.
- 3-Lee YX, Kwan YH, Png WY, Lim KK, Tan CS, Lui NL, et al. Association of obesity with patient-reported outcomes in patients with axial spondyloarthritis: a cross-sectional study in an urban Asian population. *Clin Rheumatol.* 2017;36(10):2365-70.
- 4-Giles JT, Bartlett SJ, Andersen R, Thompson R, Fontaine KR, Bathon JM. Association of body fat with C-reactive protein in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2008;58:2632-41.



Le rhumatisme psoriasique : A propos de 63 cas

Bouenba MA., Ben Jemaa S., Bettaieb H., Khalifa D., Akrouf R., Ezzeddine M., Fourati H., Kallel MH., Baklouti S.
Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax - Tunisie

Introduction: Le rhumatisme psoriasique (RP) est un rhumatisme inflammatoire chronique faisant partie du groupe des spondylarthropathies, pouvant se manifester par une atteinte axiale, des manifestations articulaires périphériques, ainsi que par une atteinte enthésitique.

Le RP présente des caractéristiques originales qui lui sont propres.

Patients et Méthodes: La série contient 63 cas colligés sur 28 ans de 1989 à 2017, dans le service de Rhumatologie de Sfax (Tunisie).
Le but de cette étude est d'analyser les particularités épidémiocliniques et radiologiques du RP.

Résultats:

27 femmes et 36 hommes.
Le sex-ratio H/F = 1.33
Age moyen = 45 ans (12-73 ans).
3 cas de RP sans psoriasis cutané.
Atteinte purement axiale : 12.7%
Atteinte périphérique : 36.5%
Atteinte mixte : 50.7% des cas.

Les manifestations cutanées précèdent l'atteinte articulaire dans 46% des cas, elles sont concomitantes dans 27% des cas et elles ont apparu après l'atteinte articulaire dans 22.2% des cas. Le délai entre le psoriasis et l'arthropathie est de 8,81 ans.

Atteinte axiale:

	Nombre de cas	Pourcentage
Cervicalgies inflammatoires	17	27%
Cervico-dorsalgies	9	14,2%
Lombalgies Inflammatoires isolées	10	15,8%
Cervico-dorso-lombalgies	12	19%
Douleur des sacro-iliaques	20	31,7%

Atteinte périphérique:

	Nombre de cas	Pourcentage
Atteinte polyarticulaire	43	68%
Atteinte oligoarticulaire	10	15,9%
Atteinte monoarticulaire	4	6,35%
Talalgies	22	34,9%
Doigts ou orteils en saucisse	9	14,3%
Arthrite de l'IPD	15	23,8%
Onychose psoriasique	11	17,5%

Radiologie :

	Nombre de cas	Pourcentage
Sacro-iliite	15	23,8%
Mise en carré des vertèbres	9	14,3%
Syndesmophytes	11	17,4%
Calcaneite	23	36,5%
Arthrite de l'IPD	15	23,8%
Entésite (Grand trochanter, crête iliaque)	5	7,9%
Symphysite pubienne	8	12,7%
Entésite ischion	7	11,1%
Resorption des houpes phalangiennes	9	14,3%

Typage HLA

HLA B27	10 cas
HLA B17	8 cas
HLA B16	1 cas

Traitement: Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ont constitué le traitement le plus fréquemment prescrit chez nos patients (92% des cas) en dehors des CI (ulcère ou prise d'AVK) en association avec les antalgiques. Un traitement de fond à base de méthotrexate a été institué dans 50 cas avec 4 cas ayant nécessité le recours à la biothérapie.

Discussion: La prévalence du RP est estimée à 0,1-1% dans la population générale et jusqu'à 40% chez les patients souffrant d'un psoriasis cutané. Il touche de manière égale les hommes et les femmes entre 30 et 50 ans. L'atteinte articulaire se développe en général dans les 5 à 10 ans après l'apparition des lésions cutanées. Les manifestations sont typiquement hétérogènes et le patient peut souffrir de rachialgies inflammatoires dans le contexte d'enthésites, de spondylites ou de sacro-iliites. L'atteinte peut également être périphérique, sous la forme de tendinites, d'enthésites, de dactylites et de synovites. Les synovites ou arthrites sont typiquement oligoarticulaires et asymétriques. Il existe également une forme où l'atteinte périphérique est symétrique et peut alors ressembler à la PR.

Conclusion: les manifestations cliniques et radiologiques du RP sont polymorphes, avec une plus grande fréquence des manifestations articulaires périphériques qui est relativement hétérogène. La prise en charge dépend du type d'atteinte. De nouvelles options thérapeutiques sont disponibles et d'autres cibles sont en cours d'évaluation.



Etude des facteurs prédictifs d'atteinte rachidienne à l'IRM au cours de la spondyloarthrite

Hachfi H. 1, Zeglaoui H. 2, Zaghouani H. 3, Younes M. 1, Bouajina E. 2

Service de Rhumatologie du CHU Tahar Sfar de Mahdia 1

Service de Rhumatologie du CHU Farhat Hached de Sousse 2

Service de radiologie du CHU Farhat Hached de Sousse 3

Introduction :

L'IRM permet d'améliorer la prise en charge de la spondyloarthrite. Certains patients peuvent avoir des lésions inflammatoires rachidiennes sans atteinte des sacro-iliaques (SI). Il nous semble donc utile de coupler les 2 explorations (rachis et SI). L'objectif de notre travail est de dégager les facteurs déterminants de l'atteinte rachidienne.

Matériel et méthodes :

Etude prospective ayant intéressée des patients suivis pour une spondyloarthrite (répondant aux critères d'Amor et/ou de l'ESSG), inclus de façon consécutive avec radiographie du rachis normale. Chaque patient a bénéficié d'une IRM rachidienne à la recherche des signes infra-radiologiques avec des coupes sagittales du rachis entier comprenant des séquences T1, STIR et/ou T1Gd.

Résultats :

Il s'agit de 17 hommes et 10 femmes avec un âge moyen de 37 ± 10 ans. L'âge moyen de début de la maladie était de 32 ± 10 ans avec une durée d'évolution de la maladie de 4 ans. Chez 8 patients, la maladie évoluait depuis moins de deux ans. Nos patients présentaient des douleurs fessières dans 81,4% des cas, des rachialgies dans 70,3% et une atteinte articulaire périphérique dans 29,6% des cas. La moyenne du BASDAI était de 4 ± 2 [3,4-6,1] et celle du BASFI était de $3,35 \pm 2,14$ [2,25-5,75]. La moyenne de la VS était de 31 mm à H1 [15-59] et celle de la CRP était de 14 mg/l [5-47]. Des manifestations extra-articulaires ont été notées dans 40,7% des cas. L'atteinte radiologique des SI a été observée dans 81,4% des cas. L'IRM a été réalisée chez 21 patients montrant une atteinte des SI dans 80,9% des cas. Douze patients avaient une sacro-iliite avec œdème inflammatoire et cinq avaient des lésions structurales isolées. L'IRM rachidienne a mis en évidence des lésions inflammatoires infra-radiologiques dans 66,6% des cas dont 5 cas étaient asymptomatiques. La spondylite de Romanus a été observée dans 62,9% des cas, la spondylodiscite inflammatoire d'Andersson (11,1%) et l'atteinte inflammatoire des articulaires postérieures (11,1%). Trois, parmi les patients ayant des lésions inflammatoires rachidiennes, n'avaient pas de sacro-iliite à l'IRM (14,2%). La recherche de facteurs associés à l'atteinte inflammatoire rachidienne a permis de retenir une CRP élevée ($p = 0,006$) et la présence simultanée d'une sacro-iliite à l'IRM ($p = 0,032$). L'analyse statistique n'a pas permis de dégager d'autres facteurs prédictifs d'atteinte rachidienne.



Fig 1 : Homme, 27 ans, SPA



Fig 2 : Homme, 30 ans, rhumatisme psoriasique. IRM STIR. Spondylodiscite inflammatoire d'Andersson (D8-D9)



Fig 3 : Homme, 30 ans Atteinte inflammatoire articulaires postérieures D9-D10.

Conclusion :

L'IRM est un moyen d'imagerie ayant un grand intérêt au cours de la spondylarthrite. Elle est utile pour visualiser et quantifier les lésions rachidiennes.



Comparaison entre l'ASDAS et le BASDAI dans l'évaluation de l'activité de la spondylarthrite ankylosante

Feki.A¹, Ghorbel.A², Fourati.H¹, Akrouf.R¹, Ben Jmeaa.S¹, Khalifa.D¹, Ezzeddine.M¹, Baklouti.S¹, Ayadi.F²

1 Service de rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax

2 Service de biochimie CHU Habib Bourguiba Sfax

Introduction

La spondylarthrite ankylosante (SA) est rhumatisme inflammatoire chronique qui nécessite un suivi régulier et une appréciation objective, harmonieuse et standardisée de son activité pour mieux améliorer sa prise en charge et son pronostic. Le BASDAI était pour un long temps le seul score d'évaluation d'activité de SA. L'ASDAS est un nouvel indice composite d'évaluation de l'activité de SA. L'objectif de notre travail est d'étudier la corrélation entre le l'ASDAS et le BASDAI et de déterminer les différences dans l'estimation de l'activité de SA entre les 2 scores.

Patients et Méthodes

Etude transversale portant sur 47 patients, atteints de SA répondant aux critères de New York modifiés. Les patients avaient rempli les questionnaires relatifs au BASDAI et aux paramètres permettant le calcul de l'ASDAS. La CRP a été utilisée comme paramètre biologique pour le calcul de l'ASDAS.

Résultats

Epidémiologie

L'âge moyen : 43,81 ± 13,47 ans.

Le sex-ratio H/F : il était de 2,91.

L'ancienneté moyenne de la maladie: elle était de 15,07 ± 10,99 ans.

Résultats de l'analyse analytique de BASDAI et de ASDAS

Le score moyen de l'ASDAS était de 2,36 ± 0,96 avec des extrêmes de 0,7 à 4,51.

Le score moyen du BASDAI était de 3,4 ± 1,69 avec des extrêmes de 0,5 et 6,2.

L'étude analytique avait montré une forte corrélation entre le BASDAI et l'ASDAS ($r : 0,704$, $p : 0,000$).

Selon le score BASDAI, 20 patients soit 40,6% avaient une forme active (score ≥ 4) au moment du recrutement. Selon le score ASDAS, 41 patients soit 87,2% avaient une forme active (score ≥ 2,1).

En comparant l'activité selon les 2 scores, la différence d'estimation de l'activité de la SA était significative entre les 2 scores avec une p à 0,000.

Ainsi, 6 patients avaient une maladie inactive selon les 2 scores, 12 patients avaient une activité modérée selon ASDAS avaient une maladie inactive selon BASDAI, 23 patients avaient une forte activité ASDAS dont 14 seulement avaient une forme active selon BASDAI et 6 patients ayant une forte activité selon ASDAS avait aussi une forme active selon BASDAI.

Conclusion

Notre étude confirme que l'ASDAS est un bon paramètre d'évaluation de l'activité de la SA permettant une meilleure détermination des formes actives par rapport au score d'activité BASDAI et donc une meilleure sélection de malades appropriés pour recevoir un traitement anti-TNF.



Thymome et lupus érythémateux systémique A propos de deux nouvelles observations

C Turki, R Ben Salah, F Rekik, F Frikha, M Snoussi, H Loukil, M Jallouli, S Marzouk, Z Bahloul
Service de médecine interne - CHU Hédi Chaker- Sfax- Tunisie

Introduction :

Le thymome est une tumeur développée à partir des cellules épithéliales thymiques fréquemment associée à des désordres auto-immuns.
L'association thymome-lupus est rare (2 %).
Nous rapportons deux nouvelles observations

Observation n°1:

Une patiente âgée de 40 ans a été admise en novembre 2001 pour une fièvre prolongée évoluant depuis six mois associée à un amaigrissement non chiffré .
L'examen montre des polyadénopathies superficielles et une pointe de rate. A la biologie ,on découvre une VS accélérée à 120 mm à la 1^h , une CRP négative , une pancytopenie et une protéinurie à 1 ,19g/24h .
Le myélogramme ainsi que la biopsie ostéoméduillaire sont normales .la biopsie ganglionnaire conclut à une lymphadénite non spécifique . La RX du thorax est sans anomalies. L'échographie abdominopelvienne est normale. Le scanner thoracique objective une masse thymique isolée. Le bilan immunologique montre des AAN positifs à 1/1280 des anti DNA positifs, des anti sm et anti SSA positifs. La PBR met en évidence une néphropathie lupique stade II. Devant ce tableau le diagnostic d'un LES associé à un thymome est retenu. Sous corticothérapie à forte dose, l'évolution est favorable aussi bien sur le plan clinique que biologique. Les scanners de contrôle (en 2002 et 2004) ont montré une régression totale de la masse thymique.

Observation n°2:

Une jeune fille âgée de 20 ans a présenté en juin 2009 une dyspnée .La Rx du thorax a objectivé une pleurésie. Le liquide pleural est de type exsudatif à prédominance lymphocytaire et la biopsie pleurale est normale . Le scanner thoracique a mis en évidence en plus une masse thymique ,des adénopathies médiastinales et une thrombose de la veine jugulaire droite. Une thymectomie complète a été réalisée en octobre 2009 . l'histologie conclut à une hyperplasie bénigne. A la biologie on découvre une thrombopénie, des AAN positifs à 1/1280 avec des anti DNA ,des antiSSA , des antiSSB et des anticardiolipines. Le diagnostic d'un LES avec un SAPL secondaire associé au thymome a été retenu . L'évolution est favorable sous corticothérapie à forte dose .Le recul actuel est de 2mois.

Conclusion:

L'association thymome – LES est rare .45 cas ont été rapportés dans la littérature .Cette association n'est pas fortuite. Le lien pathogénique qui unit ces deux maladies reste à définir. Le thymome peut précéder le lupus de plusieurs années, être découvert simultanément ou plusieurs années après le diagnostic du lupus. La sémiologie du lupus associé au thymome ne présente pas de caractéristiques cliniques spécifiques. Les effets de la thymectomie sur l'évolution du lupus sont variables.



Aortite inflammatoire au cours de la maladie de Horton : A propos de 4 cas

Frikha F , Snoussi M , Ben Salah R , Rekik F, Garbaa S, Turki C, Bouattour Y, Loukil H ,
Jallouli M, Marzouk S, Bahloul Z

Service de Médecine interne CHU Hédi Chaker Sfax

INTRODUCTION

L'artérite à cellule géante (ACG), ou maladie de Horton, est caractérisée par une atteinte inflammatoire segmentaire et plurifocale des artères de gros et de moyen calibre du sujet de plus de 50 ans avec un tropisme préférentiel pour les branches issues de la carotide externe. L'atteinte aortique au cours de l'ACG est plus rarement décrite.

PATIENTS ET METHODES

Dans le cadre d'une étude rétrospective descriptive à propos d'une quatre-vingt-dizaine de cas de maladie de Horton répondant aux critères diagnostiques établis par le collège américain de rhumatologie, colligés dans le service de Médecine interne de Sfax (entre 1996 et 2016), nous avons étudié les observations des patients présentant une aortite inflammatoire.

OBSERVATIONS

Observation n°1: Patient âgé de 57 ans, coronarien, était hospitalisé pour fièvre avec altération de l'état général. Il avait un syndrome inflammatoire (VS>100 mm H1 ; CRP=135 mg/l). L'échographie cardiaque objectivait une insuffisance aortique minime sans signe d'endocardite infectieuse. Un angioscanner thoraco-abdomino-pelvien révélait un épaississement pariétal et régulier d'allure inflammatoire de l'ensemble de l'aorte plus marqué au niveau de sa portion sous rénale et intéressant les troncs supra-aortiques, le tronc coeliaque, les artères mésentériques et rénales. Une biopsie de l'artère temporale objectivait une artérite granulomateuse compatible avec une maladie de Horton active. Le patient bénéficiait d'une corticothérapie à forte dose maintenue six semaines avec une dégression progressive associée aux antiagrégants plaquettaire. L'évolution était marquée par l'obtention de l'apyrexie, régression du syndrome inflammatoire. Un contrôle radiologique trouvait une régression partielle de l'aortite thoracoabdominale.

Observation n°2: Patiente âgée de 60 ans était hospitalisée pour fièvre prolongée avec altération de l'état général. L'examen clinique objectivait une pseudopolyarthrite rhizomélique, des poulx présents et symétriques avec une symétrie tensionnelle des membres supérieurs et inférieurs. A la biologie, on notait un SIB (VS=135 mmH1 ; CRP=92 mg/l, fibrinémie à 11.5 g/l Hyper2globulinémie=14.7g/l). Un angioscanner thoraco-abdomino-pelvien révélait un épaississement régulier et circonferentiel péri-aortique depuis son origine jusqu'aux artères iliaques, intéressant les troncs supra aortiques. La biopsie de l'artère temporale était normale. Le traitement comportait une corticothérapie à forte dose maintenue quatre semaines avec une dégression progressive associée aux antiagrégants plaquettaire. L'évolution à un mois de traitement était marquée par l'obtention de l'apyrexie et la régression du syndrome inflammatoire biologique. Le recul évolutif est de 14 mois.

Observation n°3: Patient âgé de 54 ans, était hospitalisé pour céphalées hémicraniales avec fièvre prolongée. Il avait un SIB manifeste (VS=132 mmH1 ; CRP=113mg/l, fibrinémie à 8.2 g/l Hyper2globulinémie= 15.8 g/l). Un angioscanner thoraco-abdomino-pelvien révélait un épaississement régulier et circonferentiel de l'aorte abdominale s'étendant aux artères iliaques. L'enquête infectieuse, néoplasique et immunologique était négative. Une biopsie de l'artère temporale objectivait une artérite granulomateuse compatible avec une maladie de Horton active. Le patient bénéficiait d'une corticothérapie à forte dose maintenue six semaines avec une dégression progressive associée aux antiagrégants plaquettaire. L'évolution immédiate était marquée par l'apyrexie, régression du SIB. Le patient est perdu de vue.

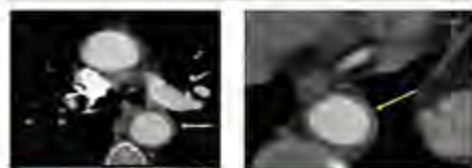
Observation n°4: Patient âgé de 64 ans admis pour fièvre prolongée et polyadénopathies généralisées. Il avait à la biologie un syndrome inflammatoire manifeste, une cholestase et une hyperéosinophilie modérée. L'enquête infectieuse, néoplasique et immunologique était négative. Un angioscanner thoraco-abdomino-pelvien révélait un épaississement pariétal régulier et circonferentiel, non calcifié de 3 mm épargnant l'aorte ascendante. Cette infiltration s'étendait aux axes iliaques et fémoraux. Une biopsie de l'artère temporale objectivait une artérite géante compatible avec une maladie de Horton active. Le patient bénéficiait d'une corticothérapie à forte dose maintenue pendant six semaines avec une dégression progressive associée aux antiagrégants plaquettaire. L'évolution était marquée par l'apyrexie, la disparition des adénopathies, la régression du SIB, de la cholestase et de l'hyperéosinophilie.

COMMENTAIRES

La maladie de Horton est une vascularite qui peut toucher les gros vaisseaux extra-crâniens: ainsi la localisation aortique est évaluée de 3 à 13% mais probablement sous-estimée, et représente la complication la plus sévère de la maladie. L'aortite est peu décrite au cours de l'ACG et le plus souvent peu symptomatique au diagnostic tel est le cas de nos observations. Elle est parfois la principale expression de la maladie. L'atteinte de l'aorte thoracique est la plus fréquente. L'aortite peut poser un problème clinique chez 15 à 20 % des patients environ, essentiellement du fait de ses complications fatales notamment la dissection et l'anévrisme aortique. Le risque évolutif justifie un dépistage des anévrismes au diagnostic par une méthode d'imagerie adaptée. Le scanner objective un épaississement pariétal aortique circonferentiel, régulier, supérieur ou égal à 3 mm, se rehaussant après injection sur les temps tardifs (Figures 1 et 2). Le diagnostic différentiel se pose essentiellement avec l'athérosclérose. Le traitement repose en premier lieu sur la corticothérapie.

CONCLUSION

La prévalence de l'atteinte inflammatoire aortique infraclinique au cours de l'ACG est très difficile à évaluer. Elle peut être la manifestation exclusive de cette vascularite. Le risque évolutif semble indépendant de l'activité de la maladie et des facteurs de risque cardiovasculaires.



Figures 1 et 2: scanney avec injection: épaississement pariétal aortique régulier et circonferentiel en faveur d'une aortite inflammatoire.



Figure 3: H&E: aspect anatomopathologique d'une artère à cellules géantes multinucléées.

RÉFÉRENCES

- [1] Josselin-Mahr L, El Hessen TA, Toledano C, Fardet L, Kettaneh A, Tiev K, Cabane J. Aortite inflammatoire au cours de la maladie de Horton. Prasse Med. 2013;42(2):151-9.
- [2] Agard C, Barrier JH, Dupas B, Ponge T, Mahr A, Fradet G et al. Aortic involvement in recent-onset giant cell (temporal) arteritis: a case-control prospective study using helical aortic computed tomodensitometric scan. Arthritis Rheum 2008;50(5):670-6.
- [3] Prieto-González S, Arguis P, Garcia-Martinez A, Espigol-Frigole G, Tavera-Bahilo I, Butjosa M et al. Large-vessel involvement in biopsy-proven giant cell arteritis: prospective study in 40 newly diagnosed patients using CT angiography. Ann Rheum Dis 2011;74(6): 1708-14.

Polyarthrite rhumatoïde associée à la sarcoïdose : à propos d'un cas

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

Introduction

La sarcoïdose est une maladie granulomateuse d'étiologie inconnue. Son association à un rhumatisme inflammatoire chronique est rare. Nous rapportons le cas d'une polyarthrite rhumatoïde associée à une sarcoïdose.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de **64ans**, suivie depuis une année dans un service de pneumologie pour une pneumopathie infiltrante diffuse(**PID**) symptomatique de toux sèche et de dyspnée d'effort stade II. La patiente a été admise au service pour exploration de polyarthralgie inflammatoire évoluant depuis **4 mois**.

L'examen clinique a objectivé une polyarthrite bilatérale et symétrique touchant les petites articulations des mains et épargnant les **IPD**. Il n'y avait pas d'arthrite des chevilles ni d'atteinte cutanée. Devant ce tableau, le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde a été suspecté. Le facteur rhumatoïde et les **Ac anti CCP** étaient positifs. Le bilan radiologique et l'échographie articulaire ont mis en évidence une polyarthrite érosive et active. Le diagnostic de PR a été ainsi confirmé. Concernant les antécédents de **PID**, un scanner thoracique de contrôle a été demandé. Il a objectivé une pneumopathie infiltrante diffuse avec des adénomégalies médiastinales et des adénomégalies axillaires bilatérales. L'IDR était négative. Le lavage broncho-alvéolaire a montré une polynucléose et une lymphocytose avec un rapport **CD4/CD8** normal. La fibroscopie et la biopsie bronchiques ont éliminé une atteinte néoplasique. Le diagnostic de sarcoïdose a été fortement évoqué. La calcémie était normale. La biopsie des glandes salivaires a montré de discrets remaniements inflammatoires non spécifiques. La biopsie d'une adénopathie axillaire droite était en faveur d'un granulome épithélio-giganto-cellulaire sans nécrose caséeuse. La symptomatologie respiratoire clinique et radiologique, et le bilan anatomopathologique, étaient les arguments qui nous ont fait retenir le diagnostic de PR associée à la sarcoïdose.

La patiente a été alors mise sous prednisolne à la dose de **30 mg/j** et azathioprine à la dose initiale de **100 mg/j** puis ascension à **150 mg/j**. L'évolution clinique articulaire et respiratoire était favorable sous ce traitement.

Conclusion

Cette observation illustre le cas d'une association d'une polyarthrite rhumatoïde et d'une sarcoïdose. Cette association est rarement retrouvée dans la littérature. Il existe de nombreux symptômes en commun entre ces 2 pathologies, ce qui rend parfois leur diagnostic difficile.



L'hypertension artérielle pulmonaire au cours des connectivites : à propos de 15 cas.

Lataoui S, Zeglaoui H, El Amri N, Baccouche K, Belghali S, Alaya Z, Bouajina E
Service de rhumatologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction:

Une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) peut compliquer l'évolution de certaines **connectivites**, et engager le **pronostic vital**. Le but de notre étude était d'analyser les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de l'HTAP au cours des connectivites, en milieu rhumatologique.

Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude **rétrospective** portant sur tous les dossiers de patients suivis pour une connectivite au service de rhumatologie Farhat Hached Sousse, et diagnostiqués ayant une HTAP, objectivée par une échographie cardiaque trans-thoracique, sur une période de 16 ans (2001 à 2017).

Résultats:

15 patients dont 12 (80%) de sexe féminin ont été inclus. L'âge moyen des patients était de **53,73±15,46 ans** [19-74 ans]. Les circonstances de découverte étaient une **dyspnée** dans 9 cas (60%), et une **échographie** réalisée dans le cadre du bilan de manifestations extra-articulaires dans les cas restants. La **sclérodémie systémique** était la connectivite prédominante (6 cas, 40%). Les autres connectivites associées étaient un **lupus**, une **polyarthrite rhumatoïde** dans 4 cas chacune et une **connectivite mixte** dans un seul cas. La durée moyenne d'évolution de la maladie, allant du diagnostic de connectivite au diagnostic de HTAP, était de **26,4±30,72 mois** [2-107 mois]. La mesure de la capacité de diffusion du monoxyde de carbone (**DLCO**), réalisée dans 6 cas, était **basse** dans 2 cas seulement. La pression artérielle pulmonaire moyenne, mesurée à l'échographie, était de **49,54±10,83 mmHg** [35-75 mmHg]. Le traitement spécifique était basé dans 8 cas sur des **inhibiteurs calciques** à forte dose. Un traitement par oxygénothérapie, diurétiques et un traitement anticoagulant ont été utilisés dans trois cas avec insuffisance cardiaque.

Discussion:

La survenue d'une HTAP est décrite au cours des connectivites. Celle-ci est fréquemment rapportée au cours de la sclérodémie systémique, des connectivites mixtes et du lupus, avec une prévalence moyenne de 16% au cours de la sclérodémie (**1**). Les principaux symptômes révélateurs sont la survenue d'une dyspnée d'aggravation progressive, une toux sèche, une fatigue et des palpitations (**2**). L'échocardiographie transthoracique représente un bon outil de dépistage de l'HTAP pour les patients suivis pour connectivite malgré sa faible sensibilité par rapport aux méthodes invasives (**3**). Une baisse de la DLCO avec des débits et volumes pulmonaires conservés peut être observée au cours de l'HTAP (**4**).

En l'absence de recommandations spécifiques pour la prise en charge de l'HTAP associée aux connectivites, le traitement est identique à celui de l'HTAP idiopathique. Outre les mesures générales et un traitement symptomatique, différentes molécules notamment les inhibiteurs calciques, le bosentan, l'iloprost, le trépostinil ou le sildénafil ont été essayées avec des résultats variables (**5**).

Conclusion:

L'HTAP est surtout fréquente au cours de la SS et engage le pronostic vital. Des traitements efficaces mais peu accessibles, notamment l'iloprost ou le bosentan, et un suivi régulier restent de mise afin d'améliorer le pronostic de ces patients.

(1) Simmoneau G et al. Clinical classification of pulmonary hypertension. J Am Coll Cardiol 2004;43 Suppl 12:5S-12S

(2) Medsger TA et al. The clinical management of systemic lupus erythematosus. 2nd ed. New York: Lippincott-Raven; 1996. p. 89.

(3) McGoon M et al. Screening, early detection, and diagnosis of pulmonary arterial hypertension. Chest 2004;126 Suppl:14S-34S

(4) R. Gupta et al. Pulmonary function test as screening test for pulmonary artery hypertension in scleroderma patients, Rheumatology, Volume 43, Issue 10, 1 October 2004, Pages 1315

(5) V. Cottin, Hypertension artérielle pulmonaire associée aux connectivites, In Revue des Maladies Respiratoires, Volume 23, Issue 4, Supplement 1, 2006, Pages 61-72, ISSN 0761-8425



Les manifestations extra-glandulaires au cours du syndrome de Gougerot-Sjögren primitif: à propos de 25 cas?

Chammakhi M, Ben Abdelghani K, Faaza A, Kassab S, Chekili S, Laatar A

Introduction:

Le syndrome de Gougerot- Sjögren primitif (SGJp) est une épithélite auto-immune caractérisée par une atteinte glandulaire à type de xérostomie et xérophtalmie. Des manifestations extra-glandulaires sont fréquemment observées soulignant le caractère systémique de cette maladie. L'objectif de cette étude était de décrire les manifestations extra-glandulaires chez une cohorte de malades suivis pour SGJp.

Méthode:

Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 25 dossiers de femmes suivis pour SGJp répondant aux critères du consensus américano-européen (AECG 2002). Les caractéristiques cliniques, immunologiques et histologiques ont été relevées. Le Sjögren Syndrome Damage Disease Index (SSDDI) a été calculé.

Résultats:

L'âge moyen était de 53,2 ± 11,3 ans. La durée d'évolution moyenne de la maladie était de 4,6 ± 4 ans. Une xérophtalmie était notée (n=23) soit 92% et une xérostomie (n=24) soit 96%. Le focus score était ≥ 1 (n=17) soit 81%. Les AAN étaient homogènes (n=10) et mouchetés (n=13). Les antiSSA et/ou les antiSSB étaient positifs (n=17). Les manifestations extra-glandulaires étaient comme suit :

articulaires: Toutes les patientes rapportaient la notion d'arthralgies à un moment ou à un autre de l'évolution de la maladie ; grosses articulations (n=23) soit 92% et petites articulations (n=17) soit 68%. Les arthralgies précédaient le syndrome sec (n=10) soit 40%.

respiratoires: Des symptômes pulmonaires étaient présents (n=11) soit 44% : une toux chronique (n=5) et une dyspnée d'effort (n=8). La radiographie de thorax était pathologique (n=6) montrant un syndrome interstitiel (n=4), un syndrome bronchique (n=1) et un épanchement pleural (n=1). Le scanner thoracique a conclu à une bronchiolite constrictive, un emphysème centro-lobulaire diffus, un épanchement pleural enkysté, une hyperdensité en verre dépoli, des images d'atélectasies, des micronodules d'aspect non spécifique et à un aspect de pneumopathie interstitielle diffuse chacun dans un cas.

neurologiques: Des céphalées chroniques étaient présentes (n=5) soit 20% explorées par un scanner cérébral (n=2) et une IRM cérébrale (n=3) sans anomalie objectivée ; une névralgie du trijumeau (n=1); une hémiparésie avec polyneuropathie sensitive en rapport avec une leucopathie vasculaire à l'IRM cérébrale (n=1).

rénales: Une patiente avait un syndrome polyuro-polydipsique. Une hypokaliémie et une protéinurie non sélective étaient notées (n=2). Une biopsie rénale demandée devant une protéinurie massive a conclu à une atteinte glomérulaire.

hématologiques: Des adénopathies cervicales, axillaires et inguinales étaient retrouvées (n=2), une leucopénie (n=5) et une anémie avec un test de Coombs direct positif (n=3).

Discussion:

Les manifestations extra-glandulaires sont décrites chez environ 71% des patients atteints de SGJp. Environ 10 à 20% des patients atteints de SGJp développent une atteinte interstitielle pulmonaire. L'atteinte neurologique se voit chez 20% des malades. Elle est très polymorphe et largement dominée par les neuropathies périphériques sensitives et sensitivo-motrices. L'atteinte rénale est fréquente, elle se voit dans 20 à 50% des cas. La néphrite interstitielle est l'atteinte la plus répandue. De même pour l'atteinte hématologique, elle peut se voir chez 40% des patients. Elle est à type de leucopénie, d'anémie, d'agranulocytose et de thrombocytopénie.

Conclusion:

Le Sjögren Syndrome Damage Disease Index (SSDDI) moyen était de 1,8 ± 1,6 [1-7]. Les manifestations articulaires représentent l'atteinte extra-glandulaire la plus fréquente au cours du SGJp. Un bilan exhaustif de toutes les autres atteintes est nécessaire afin d'évaluer le pouvoir endommageant de cette pathologie et initier le traitement adéquat.

Maripuri S. Clin J Am Soc Nephrol 2009

Ramakrishna R. Q J Med 1992

L'atteinte articulaire au cours du syndrome de Gougerot-Sjögren primitif: un facteur de sévérité?

Chammakhi M, Ben Abdelghani K, Faaza A, Kassab S, Chekili S, Laatar A

Introduction:

Les manifestations musculo-squelettiques sont fréquentes au cours du syndrome de Gougerot-Sjögren primitif (SGJp). L'EULAR Sjogren Syndrome Patient Reported Index (ESSPRI) est un indice spécifique élaboré afin d'évaluer les symptômes bénins mais invalidants à type de sécheresse, douleur et fatigue chez les patients suivis pour un SGJp. Le Sjögren Syndrome Damage Disease Index (SSDDI) est un autre instrument adéquat qui mesure les séquelles tissulaires provoquées par les poussées itératives de cette maladie.

L'objectif de notre étude était de décrire l'atteinte articulaire chez une cohorte de patients suivis pour SGJp et de rechercher une association entre cette atteinte et les indices sus-cités.

Méthode:

Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 25 dossiers de femmes suivis pour SGJp répondant aux critères du consensus américano-européen (AECG 2002). Les données cliniques ont été relevées. L'évaluation globale du patient (EGP), l'évaluation visuelle analogique (EVA) de la douleur, de la fatigue et de la sécheresse ont été précisées ainsi que le nombre d'articulations douloureuses et tuméfiées. L'ESSPRI et le SSDDI ont été calculés.

Résultats:

L'âge moyen était de $53,2 \pm 11,3$ ans [31 ; 70]. L'IMC moyen était de $29,9 \pm 6,4$ kg/m² [20,2 ; 46]. La durée d'évolution moyenne de la maladie était de $4,6 \pm 4$ ans [1 - 15]. L'EGP moyenne était de $4,76 \pm 3,19$ mm sur une échelle allant de 0 à 10. L'EGP était à zéro chez trois patientes. L'EVA douleur moyenne était de $4,68 \pm 3,94$ mm. L'EVA douleur était à zéro chez huit patientes. L'évaluation de la fatigue était faite sur une échelle numérique de 0 à 10. La valeur moyenne était de $6,84 \pm 2,23$. Elle était ≥ 5 chez 23 patientes. L'évaluation de la sécheresse était faite sur une échelle numérique de 0 à 10. La valeur moyenne était de $7,80 \pm 2,12$. Elle était ≥ 5 chez 24 patientes. L'ESSPRI moyen était de $19,32 \pm 5,60$ [9- 29]. Le SSDDI moyen était de $1,8 \pm 1,6$ [1-7]. Le NAD moyen était de $1,44 \pm 3,13$. Le NAD était à zéro chez 16 patientes. Sur un total de 550 articulations examinées, huit articulations présentaient une synovite clinique (1,4%). Il s'agissait des poignets chez une patiente et du poignet, 2ème, 3ème, 4ème, 5ème MCP et 3ème IPP droits chez une autre patiente. Il n'existe aucune de corrélation entre ESSPRI et le NAD ($r= 0,2$; $p=0,26$) ni avec le NAT ($r=0$; $p=1$); de même pour SSDDI avec ($r= 0,4$; $p=-0,15$) et ($r=0,4$; $p=-0,16$) respectivement.

Discussion:

A côté des manifestations glandulaires et extra-glandulaires, des signes généraux sont souvent rapportés par les patients suivis pour SGJp. La fatigue en est un des plus communs, décrite par 70 à 80% des patients. Associée à la douleur chronique et à la sécheresse, elles sont des symptômes bénins par leur nature mais très invalidants pour le patient. Afin de les évaluer, le clinicien peut avoir recourt à ESSPRI, un outil simple d'utilisation et valide. Il a une corrélation positive avec l'EGP.

Conclusion:

L'atteinte articulaire ne semble pas être une cause principale de l'inconfort ressenti par les patients suivis pour SGJp, de même en sa présence la maladie ne semble pas être plus endommageante.

Kotsis K. Rheumatol Int 2014
Seror R. Ann Rheum Dis 2015



Atteinte ostéoarticulaire au cours de la sclérodermie systémique

I Chabchoub, R Ben Salah, D Chebbi, F Rekik, C Turki, F Frikha, M Snoussi, H Loukil, M Jallouli, S Marzouk, Z Bahloul
Service de médecine interne - CHU Hédi Chaker- Sfax- Tunisie

Introduction:

La sclérodermie systémique (ScS) est une connectivite rare mais potentiellement grave et invalidante caractérisée par de la fibrose (derme, poumon notamment), une atteinte microcirculatoire (Phénomène de Raynaud quasi-constant) mais pouvant toucher tous les viscères. L'atteinte ostéoarticulaire est fréquente. Elle peut être la première manifestation de la maladie et elle est responsable d'un handicap fonctionnel.

Patients et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique incluant 77 dossiers des patients atteints de sclérodermie systémique et suivis au service durant une période de 20 ans allant de janvier 1996 à décembre 2016.

Résultats:

L'atteinte articulaire était présente chez 55 patients (70,5%). Il s'agissait de 48 femmes et 7 hommes d'âge moyen 42,9 ans \pm 15. Son délai moyen d'apparition était de 12,7 mois avec des extrêmes entre 0 et 196 mois avec un écart type de 31 mois.

Les arthralgies étaient constantes chez tous les patients de type inflammatoire dans tous les cas. Les arthrites étaient relevées chez 12 patients seulement (15,4%).

La radio des mains était réalisée chez 37 patients (47,7%). Elle a mis en évidence une résorption des houppes phalangiennes chez 24 patients (30,8% des cas de notre série) soit 64,8% des patients ayant eu une radio des mains.

Elle a mis en évidence la présence de calcifications sous cutanées dans 7 cas, des géodes avec un pincement des inter-phalangiennes dans 1 cas. Elle était normale chez 9 patients. Une authentique polyarthrite rhumatoïde était associée chez 2 patients.

L'étude analytique a montré certaines particularités pour les patients ayant une atteinte articulaire. Il y avait plus de manifestations viscérales dans ce groupe en particuliers pulmonaires (78,2% versus 22 %), gastrique (85 % versus 39%). Les Anti SCL 70 étaient aussi plus fréquemment positifs dans ce groupe (48,1 versus 28%).

Discussion:

Plus des 2/ 3 de nos patients (70,5%) ont développé une atteinte articulaire au cours de la ScS, avec nette prédominance féminine (SR: 6,8) comparativement à d'autres séries tuniso-maghrébines (79 à 96% avec un SR de 5,7 à 7,6). Les arthralgies inflammatoires étaient la manifestation articulaire la plus fréquente (100% dans notre série, 72% à 96% dans d'autres séries tunisiennes). Les arthrites étaient notées chez 15,4% de nos patients siégeant essentiellement au niveau des poignets et des doigts. Nos résultats concordent avec les données de la littérature. Une résorption des houppes phalangiennes survient chez 22 à 37% des cas. Elle était documenté chez 30,8% de nos patients. La calcinose sous cutanée était présente entre 7 et 20% des cas des séries tunisiennes, objectivée chez 9% de nos patients. Par ailleurs, les patients ayant une atteinte articulaire avaient plus de manifestations pulmonaires et digestives (gastriques) appuyant ainsi les données de la littérature. Ceci suggère que l'atteinte articulaire au cours de la ScS peut identifier des patients de mauvais pronostic.



Fig 1: Radio des mains:
Résorption des houppes phalangiennes



Fig 2: Radio des mains:
Calcinose sous cutanée

Conclusion:

Notre étude confirme les données de la littérature. En effet, l'atteinte ostéoarticulaire est fréquente, dotée d'un grand polymorphisme. Même si elle ne conditionne pas directement le pronostic vital, elle constitue néanmoins une atteinte handicapante sur le plan fonctionnel.

Atteinte pulmonaire au cours de la polymyosite à propos d'un cas

SAADAoui Khaled, SAHLI Héla, REKIK Sonia, AJLANI Houda*, BOUSSAID Somaya, CHEOUR Elhem, ELLEUCH Mohamed

Service Rhumatologie – CHU La RABTA Tunis

(*) Consultation Externe de Rhumatologie Hôpital Régional de Ben Arous

Introduction:

L'atteinte pulmonaire au cours de la polymyosite est un événement grave nécessitant une recherche étiologique approfondie ainsi qu'une prise en charge rapide et adéquate.

Résumé :

Il s'agit de Mme B.M âgée de 46 ans sans antécédents, chez qui le diagnostic de polymyosite était retenu sur des critères cliniques, biologiques ainsi que anatomo-pathologique. Les explorations à visée étiologique étaient sans anomalies.

La patiente a été mise initialement sous corticothérapie à la dose de 1mg/kg/j avec une dégression progressive mais devant la corticodépendance constatée, le méthotrexate a été associé à la dose de 15mg/semaine.

En Avril 2017 et suite à un arrêt brusque du traitement, la patiente a consulté en urgence pour une poussée de sa maladie avec, en plus des myalgies, apparition d'une dyspnée de décubitus avec à l'auscultation des sibilants diffus sans signes droits. A la biologie une importante lyse musculaire avec des CPK à 32xN et des LDH à 3xN. Les explorations cardiaques étaient normales. La radio thorax a montré un syndrome interstitiel diffus avec à la TDM présence un épaississement septal régulier bilatéral et diffus avec absence de plage en verre dépoli. Le bilan immunologique à la recherche de syndrome des anti-synthétases était négatif (anti-JO1 négatif). Une escalade thérapeutique a été mise en place (corticoïdes 1mg/kg/j et MTX 40 mg/sem). L'évolution était marquée par l'amélioration de la biologie avec chute des CPK 15xN et les LDH 2xN mais installation d'une insuffisance respiratoire aiguë. Le contrôle TDM a montré des plages diffuses bilatérales en verre dépoli et avec gradient apico-basal associées à des réticulations sous pleurales évoquant une pneumopathie interstitielle non spécifique. La patiente a alors reçu des bolus de corticoïdes avec arrêt du MTX d'où une amélioration respiratoire et un nettoyage radiologique quasi-total des plages en verre dépoli sur un contrôle scanographique réalisé 20 jours après. L'atteinte musculaire a été marquée par la persistance de la gêne fonctionnelle et de l'élévation des enzymes musculaires, d'où le recours à des perfusions d'immunoglobulines polyvalentes.

Discussion :

Les complications pulmonaires ont un rôle prépondérant dans la morbidité et mortalité des myosites, la prévalence de la PID ne varie pas selon le type de myosite.[1]

L'association PM/DPM et PID est encore plus fréquente avec la présence des anticorps anti-synthétases dont le plus fréquent est l'anti-JO-1.[2,3]

Bien que les glucocorticoïdes demeurent le traitement de première intention chez les patients atteints de PM ou de DM compliquée de PID, la plupart des patients ne répondent pas complètement à ce traitement et nécessitent des immunosuppresseurs. Des associations de glucocorticoïdes et d'agents immunosuppresseurs (le méthotrexate, la cyclophosphamide, l'azathioprine ou la ciclosporine A) ont été rapportés comme réussis dans des case report.[4,5]

Dans un case report récent concernant une femme ayant une DM compliquée d'une PID progressive, un traitement combinant immunoglobulines (IgIV), prednisolone et ciclosporine A a entraîné une rémission complète sans effets secondaires notables. [6]

Par ailleurs, chez une autre patiente présentant un syndrome des anti-synthétase le Rituximab a permis une disparition totale des lésions pulmonaire sur TDM.[7]

Conclusion:

La pneumopathie interstitielle diffuse (PID) est une complication redoutable rarement rapportée au cours de la polymyosite. Elle représente l'une des premières causes de mortalité chez ces patients. La prise en charge thérapeutique est loin d'être codifiée. Les résultats de certaines séries où un traitement par Immunoglobulines humaines ou biothérapie anti-CD20 semblent encourageants.

1 Brouwer R, Hengstman GJ, Vree Egberts W, Ehrfeld H, Bozic B, Ghirardello A, Grondal G, Hietarinta M, Isenberg D, Kalder JR: Autoantibody profiles in the sera of European patients with myositis. *Ann Rheum Dis*. 2001 ; 60 : 116-23.

2 Fathi M, Dastmalchi M, Rasmussen E, Lundberg JE, Tornling G: Interstitial lung disease, a common manifestation of newly diagnosed polymyositis and dermatomyositis. *Ann. Rheum. Dis.* 63, 297-301 (2004).

3 Marie I, Hachulla E, Cherin P et al.: Interstitial lung disease in polymyositis and dermatomyositis. *Arthritis Rheum.* 47, 614-622 (2002).

4 Ideura G, Hanaoka M, Koizumi T et al.: Interstitial lung disease associated with amyopathic dermatomyositis: review of 18 cases. *Respir. Med.* 101, 1406-1411 (2007).

5 Jankowska M, Butto B, Debska-Slizien A, Rutkowski B: Beneficial effect of treatment with cyclosporine A in a case of refractory antisynthetase syndrome. *Rheumatol. Int.* 27, 775-780 (2007).

6 Murota H, Muroi E, Yamaoka T, Hamasaki Y, Katayama I: Successful treatment with regimen of intravenous γ globulin and cyclophosphamide for dermatomyositis accompanied by interstitial pneumonia, opportunistic infection and steroid psychosis. *Allergol. Int.* 55, 199-202 (2006).

7 Brulhart L, Waldburger JM, Gabay C: Rituximab in the treatment of antisynthetase syndrome. *Ann. Rheum. Dis.* 65(7), 974-975 (2006).



Le lupus érythémateux systémique : à propos de 75 cas

Khalifa.D, Akrouit R, Bettaieb.H, Feki.A, Bouenba MA, Ben Jemaa.S, Ezzeddine.M, Kallel.MH, Fourati.H, Baklouti.S
Service de Rhumatologie CHU Hedi Chaker Sfax, Tunisie

Introduction :

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une connectivite fréquente non spécifique d'organe caractérisée par une symptomatologie clinique polymorphe et une évolution imprévisible.

Le but de cette étude est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques du LES en rhumatologie.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective incluant 75 cas de LES dont le diagnostic a été posé en se basant sur les critères de l'ACR 1982 sur 29 ans (1989-2017).

Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de 39.33 ans. Le sexe ratio= 11.5 (69 femmes pour 6 hommes).

Atteinte d'organe:

Atteinte articulaire 95%	arthralgies	33cas (44%)
	Arthrite non érosive	33cas (44%)
myalgies	6 cas(8%)	
Atteinte cutanée 55 cas	photosensibilité	44.7%
	Érythème en vespertilio	46.66%
	Syndrome de Raynaud	10.88%
	Ulcération bucco-pharyngée	3.62%
	Lupus discoïde	4.48%
	alopécie	0.9%
Atteinte respiratoire 21.28%	pleurésie	84.62%
	PID	2 cas
Atteinte cardiaque	Péricardite lupique	7 cas (9.33%)
	Thromboses vasculaires	1 cas
	Thrombose veineuse profonde	1 cas
	Embolie pulmonaire	1 cas
Atteinte rénale	Néphropathie glomérulaire	14 cas

Anomalies biologiques:

VS accélérée	51.98 cas(69.3%)
CRP élevée	40 cas(53.33%)
anémie	53.68cas(71.57%)
lymphopénie	37cas(49.33%)
thrombopénie	10.88cas(14.5%)
Anticorps anti DNA natifs positifs	38 cas(50.66%)
Anticorps anti Sm positifs	13.99 cas(18.66%)

Traitement:

Tous les patients présentant une atteinte articulaire étaient sous anti paludéens de synthèse (plaquenil 400mg/j), une corticothérapie par voie générale a été prescrite dans 89.33% des cas et le cyclophosphamide chez 7 patients uniquement.

Conclusion :

L'atteinte articulaire au cours du LES n'est pas spécifique.

Les manifestations viscérales font toute la gravité de la maladie et exigent un traitement ciblé visant la rémission de la maladie.



La maladie de still de l'adulte : étude d'une série de 16 cas

Khalifa.D, Ezzeddine.M, Bettaieb.H, Feki.A, Bouenba.MA, Ben Jemaa.S, Akrou.R, Kallel.MH, Fourati.H, Baklouti.S
Service de Rhumatologie CHU Hedi Chaker Sfax, Tunisie

Introduction ■

La Maladie de Still de l'Adulte (MSA) est une maladie systémique rare caractérisée par une expression clinique polymorphe qui rend son diagnostic parfois difficile. Le but de ce travail est de décrire les aspects épidémiocliniques, biologiques, radiologiques et thérapeutiques de la MSA.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective, descriptive de 16 cas de MSA colligés au service de rhumatologie de Sfax sur une période de 19 ans (1999-2017).

Tous les patients inclus répondaient aux critères diagnostics de Yamaguchi.

Résultats :

Parmi 16 cas de MSA, 11 étaient de sexe féminin (sex ratio F/H=2.2). L'âge moyen de nos patients était 34.12 ans.

Clinique:

Atteinte articulaire	arthralgies	7 cas (43.75%)
	arthrites	9cas(56.25%)
Signes généraux	fièvre	16cas(100%)
	Maux de gorge	4cas(25%)
	adénopathies	3cas(18.75%)
	hépatomégalies splénomégalie	3cas(18.75%)
	Éruption cutanée	13cas(81.25%)

Anomalies biologiques:

hyperleucocytose	13 cas	Moyenne=14781 elms/mm ³
Augmentation des LDH	7 cas	779.25 UI/L
VS accélérée	14 cas	96 mmH1
CRP élevée	13 cas	164.6mg/L
Ferritinémie élevée	10 cas	1851 ng/mL

Radiographies:

Sur les radiographies des mains, une déminéralisation en bande était notée dans 25% des cas et des érosions dans 31.25% des cas.



Fig 1. Radiographie des mains montrant une déminéralisation en bande.



Fig 2. Atteinte érosive des mains dans la maladie de Still de l'adulte.

Traitement:

Une corticothérapie par voie générale à la dose de 1mg/Kg/j de Prednisone était prescrite dans 93.75% des cas. Le Méthotrexate était associé dans 31.25% à la dose de 10-15mg/semaine et les antipaludéens de synthèse dans 6.25% des cas.

Conclusion :

La MSA est une maladie complexe. Son origine reste inconnue et son expression clinique est extrêmement polymorphe. Une arthrite destructrice est un mode évolutif possible. Le traitement est basé sur les corticoïdes, le MTX ou les traitements biologiques ciblant l'IL1 et l'IL6 dans les formes réfractaires.

La granulomatose avec polyangéite (granulomatose de Wegener)

Etude de 13 observations

Turki C , Ben Salah R, Chebbi D, Marzouk S, Garbaa S, Bouattour Y, Rekik F, Frikha F, Dammak C, Loukil H, Snoussi M, Jallouli M, Bahloul Z

Service de médecine interne CHU Hédi Chaker Sfax

Introduction

La granulomatose avec polyangéite (GPA), anciennement appelée granulomatose de Wegener est une vascularite nécrosante des vaisseaux de petits calibre caractérisée par la fréquence des atteintes ORL et pulmonaires. Le but de ce travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives de la GPA dans un service de médecine interne.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive incluant 13 patients atteints de GPA colligés dans un service de médecine interne en Tunisie sur une période de 20 ans allant de janvier 1996 à décembre 2016.

Résultats :

Il s'agissait de 13 patients dont 8 hommes et 5 femmes (sex ratio H/F=1.6). L'âge moyen était de 49 ans avec des extrêmes allant de 27 à 77 ans. Il s'agissait d'une GPA dans sa forme systémique dans 10 cas (76%) et dans sa forme localisée dans 3 cas (24%). L'atteinte ORL était inaugurale dans 9 cas (69%). Les atteintes ORL et pulmonaires étaient les plus fréquentes, retrouvées dans respectivement 12 cas (92%) et 11 cas (84%). Une atteinte rénale était retrouvée dans 5 cas (38%) à type de glomérulonéphrite extra capillaire dans 3 cas (23%). Une atteinte oculaire était présente chez 4 patients (30%) à type de sclérite, conjonctivite, ulcère cornéen, dacryoadénite et névrite optique rétrobulbaire. Une neuropathie périphérique était notée dans 3 cas (23%). L'atteinte centrale était rare à type de pachyméningite chez un seul patient. Une atteinte cutanée était observée dans 3 cas (23%) et une atteinte digestive à type d'ischémie intestinale dans un cas.

Un syndrome inflammatoire biologique était présent dans 9 cas (69%). Les ANCA (anticorps anti-cytoplasmes des polynucléaires neutrophiles) étaient présents dans 9 cas (69%) à type de p-ANCA et c-ANCA dans 5 et 4 cas respectivement. Tous les patients avaient reçu une corticothérapie par voie générale seule. Dans les GPA localisées, la corticothérapie était prescrite seule dans 2 cas ou en association avec le traitement immunosuppresseur de type méthotrexate dans 1 cas. L'évolution était favorable dans les 3 cas mais émaillée d'une ou plusieurs rechutes. La corticothérapie était associée au traitement immunosuppresseur de type cyclophosphamide dans les formes systémiques soit dans 10 cas (76%). L'évolution était favorable dans 9 cas émaillée de rechutes dans 3 cas. Les anti CD20 étaient utilisés dans 1 cas de GPA dans sa forme réfractaire avec une bonne réponse. Une évolution vers l'insuffisance rénale chronique avec recours à l'hémodialyse chronique était observée chez un patient. Un patient était décédé par une complication infectieuse.

Discussion :

La GPA est une vascularite systémique rare. Notre série est caractérisée par la fréquence de l'atteinte pulmonaire et oculaire comparée aux autres séries de la littérature. La présence d'un syndrome inflammatoire biologique semble être en corrélation à l'atteinte systémique. Le traitement repose sur la corticothérapie en association au cyclophosphamide dans les formes systémiques ou en association au méthotrexate dans les formes localisées. Les anti CD20 constituent une alternative thérapeutique dans les GPA en absence de réponse au cyclophosphamide. La réponse thérapeutique était bonne dans la majorité des cas mais avec de nombreuses rechutes (46%) ce qui concorde avec les données de la littérature. Le taux de mortalité était faible estimé à 7%.

Conclusion:

La GPA reste une maladie grave. Les thérapeutiques actuelles permettent de contrôler l'évolution de la maladie néanmoins les rechutes sont toujours fréquentes.



LA CIRRHOSE BILIAIRE PRIMITIVE : A PROPOS DE 19 CAS

Turki C , Ben Salah R, Frikha F, Loukil H, Garbaa S, Bouattour Y, Rekik F, Chebbi D, Dammak C, Snoussi M, Marzouk S, Bahloul.Z

Service de médecine interne-CHU Hédi Chaker-Sfax

Introduction :

La cirrhose biliaire primitive (CBP) est une maladie auto-immune spécifique d'organe affectant les petites voies biliaires intra-hépatique. Le but de notre étude est de ressortir les principales caractéristiques épidémiocliniques, diagnostiques, thérapeutiques, et évolutives des CBP ainsi que les différentes maladies auto-immunes associées.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective incluant 19 cas de CBP colligés au service de médecine interne à CHU HédiChaker Sfax sur une période de 20 ans (1996-2015).

Résultats :

Il s'agissait de 19 femmes. L'âge moyen était de 53.7 ans avec des extrêmes de 28 à 79 ans. Les signes révélateurs étaient cliniques (35.3%) dominées par les signes généraux et le prurit et biologiques (64.7%) marqués par la découverte fortuite d'anomalies du bilan hépatique ou d'une accélération de la vitesse de sédimentation

Les signes généraux, le prurit, l'ictère et l'hépatosplénomégalie étaient les signes les plus fréquemment observés. La cholestase était constante. Les anti AMA2 étaient $\geq 1/40$ dans tous les cas. Les IgMs étaient élevées dans 80% des cas.

La ponction biopsie du foie réalisée dans 16 cas avait montré une cholangite destructrice lymphocytaire dans 31.25% des cas et une cirrhose dans 18.75% des cas.

16 patients ont reçu un traitement par acide ursodésoxycholique.

La réponse évaluée à une année de traitement (critère de Paris) était complète (58.33%), partielle (16.66%) et absente (25%). 63.15% des patients avaient au moins une maladie auto-immune associée.

Le syndrome de Sjogren était la maladie auto-immune la plus souvent associée (42.1%).

Conclusion :

La CBP est une pathologie à nette prédominance féminine. Le diagnostic est souvent porté à la 5^{ème} et la 6^{ème} décennie. Il s'agit d'une pathologie paucisymptomatique. La particularité de notre série réside dans l'association fréquente à d'autres maladies auto-immunes par le biais de recrutement dans un service de médecine interne. Le traitement par acide ursodésoxycholique est souvent efficace.



Le pseudo polyarthrite rhizomélique isolée : étude de 12 observations

M. Snoussi, F. Frihka, S. Garbaa, H. Loukil, R. BenSalah, C. Damak, M. Jallouli, C. Turki, F. Rekik, Y. Bouattour, S. Marzouk, Z. Bahloul.
service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax

Introduction

- La pseudo polyarthrite rhizomélique (PPR) est une pathologie inflammatoire touchant exclusivement les ceintures chez le sujet âgé posant souvent un problème de diagnostic étiologique et thérapeutique.
- Dans ce travail nous préciserons les caractéristiques cliniques, étiologiques, thérapeutiques et évolutives de la PPR isolée dans le sud tunisien

Matériels et Méthodes

- Il s'agit d'une étude rétrospective menée dans le service de médecine interne du CHU Hédi Chaker de Sfax (Tunisie) durant la période allant de (1996-2016).
- Les patients diagnostiqués PPR avec une enquête étiologique négative ont été inclus à l'étude.

Résultats

Caractéristiques épidémiologiques:

- 12 cas de PPR isolée ou maladie ont été colligés durant la période de l'étude soit une incidence annuelle de 0.6 un cas par an.
- Nos patients étaient répartis en 11 femmes et un homme soit un sex ratio de 0.1 avec un âge moyen de nos de 66ans (extrêmes : 50-80ans).

Caractéristiques cliniques:

- Le mode de début de la PPR était le plus souvent chronique dans 7 cas (60%), subaigu dans 3cas (25%) et aigu dans 2cas (1.6%).
- Le délai diagnostique moyen était de 3.1mois (extrêmes : 1-7mois).
- La PPR intéressait la ceinture scapulaire dans 11 cas (92%) et la ceinture pelvienne dans 10cas (83%), les autres manifestations articulaires étaient surtout des arthralgies ou arthrites dans 10 cas (83%),
- Les manifestations extra articulaires étaient des signes généraux (asthénie et/ou amaigrissement) dans 10 cas (83%).

Caractéristiques paracliniques:

- un syndrome inflammatoire était noté dans 10cas (83%), une anémie inflammatoire dans 9 cas (75%), une thrombocytose dans un cas (8.3%)

Résultats

Caractéristiques paracliniques

- Des phosphatases alcalines élevés dans 2 cas (16.6%).
- Une BAT était réalisée dans 9 cas, elle était normale dans 6 cas, elle objectivait une calcinose dans 3 cas,

Traitement :

- Au plan thérapeutique, les anti-inflammatoires non stéroïdiens étaient prescrits dans 6 cas (50%) et une corticothérapie à dose moyenne pendant 3 semaines dans 8cas (66.6%) en première intention dans 6 cas (50%) et en deuxième intension après échec des AINS dans 2 cas (16.6%).
- La durée totale moyenne de la corticothérapie était de 64 mois (7-156mois) avec un arrêt définitif de la corticothérapie dans 4 cas (33%).

Evolution:

- L'évolution sous traitement était favorable dans tous les cas et une rechute de la PPR était constatée dans un cas (8.3%).
- Les complications de la corticothérapie étaient notées dans 5 cas (42%) à type d'une ostéoporose fracturaire et une HTA dans 2 cas (16.6%) et une ostéopénie dans un cas (8.3%).

Conclusion

- Selon notre étude, la PPR isolée est un rhumatisme inflammatoire rare chez le sujet âgé. Un bilan étiologique orienté est indispensable pour une certitude diagnostique,
- Les rechutes sont rares et l'évolution est le plus souvent favorable sous corticothérapie qui doit être prescrite à bon escient pour éviter au maximum ses complications

Un lymphome sternal au cours d'une maladie de Behçet

M. Snoussi, F. Frihka, S. Garbaa, H. Loukil, R. BenSalah, C. Damak, M. Jallouli, C. Turki, F. Rekik, Y. Bouattour, S. Marzouk, Z. Bahloul.
service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax

Introduction

- L'association maladie de Behçet et lymphome a été rarement rapportée. Seulement une dizaine de cas ont été rapportés.
- La localisation lymphomateuse sternale est aussi rare. Dans ce cadre, nous en rapportons une observation.

observation

- Un patient âgé de 53 ans suivi pour une maladie de Behçet depuis l'âge de 30ans retenue devant une aphtose bipolaire récidivante et des pseudo-folliculites nécrosantes.
- Sa maladie était dans sa forme grave compliquée d'une embolie pulmonaire et d'une thrombose portale traitée par des corticoïdes, l'anti coagulation curative et la colchicine.
- En 2010, il avait présenté une tuméfaction sternale douloureuse de 8 cm et indurée. L'échographie objectivait un épaississement hypoéchogène hétérogène des parties molles pré sternales de 4cm de diamètre associé à un aspect irrégulier et fragmenté du sternum.
- Le scanner thoracique montrait une ostéolyse des 2/3 inférieur du sternum avec une rupture de la corticale et une réaction périostée de type lamellaire avec une collection présternale.
- La scintigraphie osseuse notait une hyperfixation du tiers inférieur du sternum et de la hanche.
- La biopsie osseuse confirmait la présence d'une infiltration lymphomateuse de type B à grande cellule.
- Le bilan d'extension concluait à une deuxième localisation au niveau du bassin.
- Sur le plan thérapeutique, il a reçu une chimiothérapie de type R-CHOP suivi d'une radiothérapie avec une bonne évolution.

figure n°1: ostéolyse du sternum avec une collection pré-sternale sur une coupe scannographique



Conclusion

- La maladie de Behçet est rarement associée à des pathologies malignes. Selon notre observation et les données de la littérature elle semble fortuite. L'implication des traitements immunosuppresseurs dans la genèse des lymphomes semble peut probable puisque la plupart des patients n'ont pas reçu de tels traitements.

Profil de tolérance clinique et biologique des anti-IL6 : expérience d'un service de rhumatologie en Tunisie

Lataoui S, Belghali S, Zeglaoui H, El Amri N, Alaya Z, Baccouche K, Bouajina E
Service de rhumatologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction: Le suivi d'un traitement par les Anti-IL6 comporte, outre l'évaluation de l'efficacité, un suivi régulier de la tolérance clinique et biologique du traitement. L'objectif de cette étude était d'évaluer le profil de tolérance du traitement par Tocilizumab (TCZ), en pratique courante chez des patients suivis pour un rhumatisme inflammatoire chronique.

Matériels et méthodes: Etude rétrospective menée au service de rhumatologie du CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie. Tous les patients ayant reçu un traitement par TCZ depuis son initiation à notre service en 2011 jusqu'à 2017 ont été étudiés. Les données cliniques et biologiques ont été recueillies à l'aide des dossiers médicaux. Les paramètres biologiques ont été recueillis à 3, 6 et 12 mois.

Résultats: Il s'agit de 31 (88,6%) femmes et 4 hommes. L'âge moyen des patients était de **46,77±12,11 ans**. La dose moyenne de TCZ reçue était de **553,14mg** et le nombre moyen de perfusions était de **10,97**. Deux patients ont présenté un effet indésirable grave : un cas de **tuberculose** cervicale découverte suite à la première perfusion de TCZ et un cas de **réaction allergique** à type d'urticaire diffus et œdème du visage suite à la 3ème perfusion, imposant l'arrêt du traitement. Trois patients sont en arrêt prolongé de traitement : deux patientes pour préparation d'une **chirurgie de coxite** et d'une chirurgie de **cataracte**, et une patiente pour **désir de grossesse**. Des complications infectieuses **broncho-pulmonaires** (9 cas), **urinaires** (2 cas) ou **cutanées** dans 4 cas ont été observées.

Trente et un patients ont reçu au moins 3 perfusions de TCZ. Parmi ces patients, la plupart des **anomalies biologiques étaient mineures**. La moyenne de PNN était de 5098,73/mm³ [1584 – 11900] à 6 mois et de 4761,33/mm³ [2668 – 7980] à un an de traitement. **Aucune neutropénie** inférieure à 1500/mm³ n'a été notée. Une **élévation des transaminases** a été observée chez cinq patients (16,13%), mais n'excédant pas deux fois la normale. Une **perturbation du bilan lipidique** a été notée pour 17 patients (54,83%) au cours du suivi. Des règles hygiéno-diététiques ont été préconisées dans tous ces cas et un traitement hypolipémiant a été instauré dans 6 cas seulement. L'élévation concernait particulièrement les triglycérides (TG) et LDL dans les 3 à 6 premiers mois de traitement. Les TG et LDL étaient respectivement de 1,4±0,56 mmol/l et 2,93±0,6 mmol/l au début du traitement par TCZ et de 1,62±0,64 mmol/l et 3,17±0,9 mmol/l à 6 mois.

Discussion : Le suivi thérapeutique des patients traités par TCZ est clinique et biologique, et concerne l'efficacité et la tolérance. La majorité des effets secondaires survient le plus souvent dans les 12 premiers mois d'utilisation (1). La fréquence de réactions à la perfusion est d'environ 7% (2). Les événements infectieux les plus fréquemment rapportés au cours de ce traitement sont les pneumonies et les cellulites (1). Le TCZ impose aussi une surveillance biologique spécifique, en plus du suivi du syndrome biologique inflammatoire, particulièrement par un dosage des transaminases et un bilan lipidique. Au cours des études cliniques, l'augmentation transitoire ou intermittente, légère à modérée, des transaminases hépatiques a été rapportée fréquemment lors de ce traitement dès la deuxième semaine, sans atteinte hépatique clinique. Des neutropénies et thrombopénies sous TCZ sont décrits, avec des PNN inférieurs à 500/mm³ chez moins de 1% des patients exposés (1). Un bilan lipidique est effectué avant la 3ème perfusion, incluant le cholestérol total, le LDL, le HDL et les TG. Des augmentations de ces paramètres lipidiques ont été observées chez les patients traités par TCZ, sans augmentation des indices d'athérogénicité dans la plupart des études. Après six semaines de TCZ, le cholestérol total était augmenté de 22%, le LDL de 22% et le HDL de 17% (3).

Conclusion: Le suivi de tolérance thérapeutique des patients sous TCZ impose une surveillance des complications principalement infectieuses, allergiques, digestives et hépatiques, hématologiques et du bilan lipidique. Ces complications peuvent être de gravité variable et nécessitent donc un suivi régulier clinico-biologique.

(1) Genovese MC et al. Longterm safety and efficacy of tocilizumab in patients with rheumatoid arthritis: a cumulative analysis of up to 4.6 years of exposure. J Rheumatol 2013;40:768-80.

(2) Smolen JS et al. Consensus statement on blocking the effects of interleukin-6 and in particular by interleukin-6 receptor inhibition in rheumatoid arthritis and other inflammatory conditions. Ann Rheum Dis 2013;72:482-92.

(3) Strang AC et al. Pro-atherogenic lipid changes and decreased hepatic LDL receptor expression by tocilizumab in rheumatoid arthritis. Atherosclerosis 2013;229:174-81.



Efficacité des anti-IL6 au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) : expérience d'un service de rhumatologie en Tunisie

Lataoui S, Belghali S, El Amri N, Baccouche K, Alaya Z, Zeglaoui H, Bouajina E
Service de rhumatologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction: L'interleukine 6 (IL6) est une cytokine pro-inflammatoire clé au cours de la PR. Les essais cliniques ont montré que le **Tocilizumab (TCZ)**, inhibiteur spécifique de l'activité biologique de l'IL-6, améliore les signes cliniques et biologiques de la PR. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'efficacité de cette molécule au cours du traitement de la PR dans la pratique courante d'un service de rhumatologie.

Matériels et méthodes: Etude **rétrospective** menée au service de rhumatologie du CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie. Les dossiers des patients **PR** ayant reçu un traitement par TCZ sur 7 ans (2011, date d'initiation de ce traitement à notre service, à 2017) ont été étudiés. Seuls les patients ayant reçu au moins trois mois de traitement ont été inclus. Les données cliniques et biologiques ont été recueillies à l'aide des dossiers médicaux. La réponse a été évaluée selon les critères de réponse EULAR à 3, à 6 et à 12 mois.

Résultats: Il s'agit de 29 (**93,5%**) **femmes** et 2 (6,5%) hommes. L'âge moyen des patients était de **48,42±10,63 ans** [24 - 69ans]. La durée moyenne de l'évolution de la PR était de **123,29 mois** [3 - 37ans]. Huit patients ont reçu TCZ en **1ère intention** dans le cadre d'une étude. Parmi les 23 patients restants, le TCZ a été prescrit de **1ère intention** pour 11 patients (47,82%). Six patients (26,09%) ont déjà eu un traitement par un seul **anti-TNF** et 4 patients (17,39%) par deux anti-TNF. Le **Rituximab** a antérieurement été prescrit pour 8 patients (34,78%). Douze patients (38,7%) ont reçu TCZ en **monothérapie** et 19 patients (61,3%) en **association** avec un traitement de fond conventionnel. La dose moyenne de TCZ reçue était de 569,03mg [480-780mg] et le nombre moyen de perfusions était de 12,29 [3 - 29]. La moyenne initiale de nombre d'articulations douloureuses, gonflées, de vitesse de sédimentation, d'évaluation globale de la maladie et de DAS28 étaient respectivement de 6,84±4,88 ; 11,90±6,93 ; 69,35±13,4% ; 39,16±31,25 mm à h1 et 5,93±1,11. A 12 mois, ces moyennes étaient respectivement de 1,41±3,24 ; 3,41±4,44 ; 29,41±19,51% ; 9,28±7,59mm à h1 et 2,79±1,01. A **3 mois** de traitement, 12/31 patients (38,7%) avaient une **bonne réponse**, 18/31 (58,1%) une réponse **modérée** et 1/31 patient (3,2%) une **mauvaise** réponse. A **6 mois** 19/29 patients (65,5%) avaient une **bonne** réponse et 10/29 (34,5%) une réponse **modérée**. A **12 mois**, 10/17 (58,8%) avaient une **bonne** réponse et 7/17 (41,2%) une réponse **modérée**.

Discussion: Le TCZ est un anticorps monoclonal humanisé dirigé contre le récepteur de l'IL-6 et représente un traitement prometteur pour la prise en charge de la PR. Les résultats d'essais cliniques montrent que la monothérapie par TCZ 8 mg/kg IV a une efficacité supérieure à la monothérapie par MTX. En association avec le MTX, le TCZ est comparable à l'efficacité clinique observée avec le traitement MTX + anti-TNF (**1**). Outre l'efficacité clinique, une réduction significative du syndrome inflammatoire biologique et de l'évolution structurale sont décrits (**2**). La réponse au TCZ serait précoce, à 2 semaines seulement, aux doses de 4 mg / kg et de 8 mg / kg. Les essais contrôlés randomisés ont aussi rapporté un DAS28 <2,6 à 24 semaines chez 30% à 47% des patients résistants aux DMARD conventionnels sous TCZ (AMBITION, LITHE, TOWARD) et chez 30% des patients résistants aux anti-TNF recevant le TCZ à 8 mg / kg (RADIATE) (**3**).

Conclusion:

Le TCZ constitue une alternative thérapeutique efficace au cours de la PR réfractaire aux traitements conventionnels. Notre série confirme l'efficacité clinique et biologique de cette molécule dans notre pratique quotidienne.

(1) Kaneko A. Tocilizumab in rheumatoid arthritis: efficacy, safety and its place in therapy. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*. 2013;4(1):15-21.

(2) Kremer JM et al. Tocilizumab inhibits structural joint damage in rheumatoid arthritis patients with inadequate responses to methotrexate: results from the double-blind treatment phase of a randomized placebo-controlled trial of tocilizumab safety and prevention of structural joint damage at one year. *Arthritis Rheum*. 2011 Mar;63(3):609-21.

(3) Mohammed Hammoudeh, et al. Safety, Tolerability, and Efficacy of Tocilizumab in Rheumatoid Arthritis: An Open-Label Phase 4 Study in Patients from the Middle East. *International Journal of Rheumatology*, vol. 2015, Article ID 975028, 7 pages, 2015.



Motifs d'arrêt des traitements biologiques au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Sellami M.1, Tekaya R.1, Saidane O.1, Ben Tekaya A.1, Sahli H.2, Mahmoud I.1, Abdelmoula L1.

1: Rhumatologie Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

2: Médecine interne Hôpital MTM, Nabeul, Tunisie

Introduction :

L'avènement des biothérapies a permis d'étoffer l'arsenal thérapeutique de la polyarthrite rhumatoïde. L'objectif de notre travail était d'étudier les différentes causes d'arrêt des biothérapies.

Matériels et Méthodes :

Etude rétrospective incluant des patients suivis pour une PR, colligés en milieu rhumatologique entre 2010 et 2016 et traités par biothérapie. Les prescriptions ont respecté les recommandations internationales et l'AMM tunisienne. Nous avons relevés les différentes causes d'arrêt.

Résultats :

Quarante-six patients ont été retenus : 36 femmes et 9 hommes, âgés en moyenne de 49,72ans [22-68], présentant une PR évoluant depuis 7,2 ans en moyenne. L'instauration d'une biothérapie a été initiée après un suivi moyen de 6,11 ans [1-16ans]. Les anti TNF α étaient prescrits pour 30 patients (65%) répartis comme suit: infliximab dans 15 cas, adalimumab dans 9 cas, etanercept dans 5 cas et certolizumab dans 1 cas. Le tocilizumab était prescrit dans 5 cas et le rituximab dans 11 cas. L'arrêt de la biothérapie a été indiqué pour l'infliximab chez 9 patients, l'adalimumab chez 4 patients et l'etanercept chez 2 patients. Le tocilizumab a été arrêté dans 2 cas et le rituximab dans 3 cas.

Les causes d'arrêt étaient dominées par l'inefficacité dans 6 cas (pour infliximab, adalimumab et etanercept), l'échappement thérapeutique secondaire dans 11 cas (pour infliximab, adalimumab, tocilizumab et rituximab) et la survenue d'un effet indésirable dans 3 cas à type de réaction d'hypersensibilité systémique (tocilizumab), la découverte d'une tuberculose pulmonaire évolutive (infliximab) et d'une hépatotoxicité médicamenteuse (rituximab) dans un cas chacun. Un Switch de classe de biothérapie était indiqué dans tous les cas d'inefficacité primaire du traitement ou d'apparition d'effets indésirables : passage au tocilizumab dans 3 cas et au rituximab dans 8 autres cas. Devant un échappement secondaire, le Switch de molécules de même classe de biothérapie (anti TNF α) était noté dans 10 cas.

Conclusion :

Les différentes biothérapies ont amélioré le pronostic des formes réfractaires et sévères de la PR. Cependant, un suivi régulier et continu est indispensable compte tenu d'éventuels effets indésirables d'apparition précoce ou tardive.



Facteurs prédictifs de bonne réponse des anti-TNF alpha au cours des spondylarthrites ankylosantes

Essafi F, Saidane O, Mahmoud I, Ben Tekaya A, Tekaya R, Abdelmoula L
Service de rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle

Objectif : Evaluer l'efficacité de 3 anti-TNF alpha au cours des spondylarthrites ankylosantes à 6 mois et préciser les facteurs prédictifs de bonne réponse.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique incluant 23 patients suivis au service de rhumatologie sur une période allant de 2004 à 2015 traités par un anti TNF alpha pendant au moins 6 mois. Ces patients étaient suivis pour une SA répondant aux critères d'ASAS 2009 ou d'Amor 1990. Nous avons recueilli les données socio-démographiques, cliniques et biologiques. Les indices d'activité ont été évalués par le BASDAI et l'ASDAS CRP. Nous avons cherché les facteurs prédictifs de bonne réponse aux anti-TNF alpha à 6 mois. Les paramètres étudiés étaient : Le sexe, le niveau d'instruction, le tabagisme, le délai diagnostic, la présence de HLA B 27, la présence de coxite, La présence d'atteinte périphérique associée, la présence de manifestations extra articulaires, le BASDAI initial élevé, l'ASDAS initial élevé, le type de traitement biologique utilisé, et l'utilisation antérieure de csDMARDs classiques.

Résultats :

Sexe ratio	19/4
âge moyen (ans)	40,7±9,6
âge au moment du diagnostic (ans)	28,52±11,36
L'âge moyen au moment de l'introduction de la biothérapie (ans)	37,52±11,72
Biothérapie utilisée	ETN (12 cas), IFX (6cas), ADA (5cas)

A 6 mois, il y avait une amélioration significative de tous les indices d'activité clinique et des paramètres biologiques. Soixante-dix pour cent des patients ont atteint le BASDAI 50 à 6 mois.

	T0	6 mois	p
BASDAI	6,13±2,2	2,36± 2,2	<0,0001
ASDAS CRP	4,03±0,97	2,06±1,18	<0,0001
CRP (mg/l)	29,7±24,14	9,1±10,09	0,001
VS (mm)	53,5±34,8	23,15±15,36	0,002

Les facteurs prédictifs de bonne réponse BASDAI à 6 mois étaient le court délai diagnostic ($p=0,041$) ainsi qu'un BASDAI initial élevé ($p=0,041$).

Discussion : Notre étude était similaire aux séries de la littérature. Selon l'étude Rudwaleit et al, les principaux facteurs prédictifs de bonne réponse étaient : la courte durée d'évolution, le BASFI initial élevé, le BASDAI initial élevé et la CRP initiale élevée.

Conclusion : Les anti-TNF alpha ont prouvé leur efficacité dans le traitement des SA à 6 mois. Une maladie initialement active, et un délai diagnostic court, étaient des facteurs prédictifs de bonne réponse aux anti-TNF alpha.



Tuberculose active chez les patients ayant une spondyloarthrite (Spa) traités par anti-TNF alpha

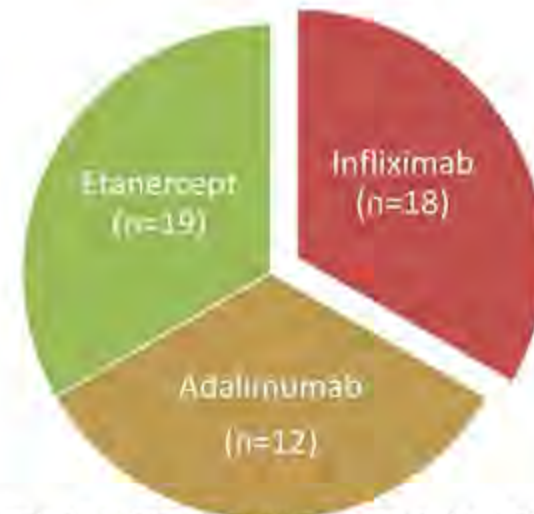
Essafi F, Saidane O, Mahmoud I, Ben Tekaya A, Tekaya R, Abdelmoula L
Service de rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle

Introduction : Les anti-TNF alpha constituent une révolution dans le traitement des Spa. Néanmoins, il existe un sur risque infectieux, notamment tuberculeux.

Objectif : Evaluer l'incidence de tuberculose active survenue sous anti-TNF alpha.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique colligeant 49 patients suivis pour Spa, et traités par anti-TNF alpha sur une période de 12 ans allant de janvier 2004 à décembre 2015. Nous avons précisé le traitement biologique utilisé, la durée du traitement, le bilan pré biothérapie, les moyens d'exploration bactériologique et/ou anatomopathologique de tuberculose active.

Résultats :



Un seul cas (2%) de tuberculose a été observé dans notre population d'étude. Il s'agissait de tuberculose pulmonaire active objectivée après 5 ans de traitement par ETN. Ce patient avait un bilan tuberculeux initial négatif. La tuberculose active a été évoquée sur les signes cliniques et radiographiques et confirmée par les preuves microbiologiques (cultures de bacille de koch positives). L'anti-TNF alpha a été arrêté de façon transitoire avec initiation du traitement antituberculeux pendant 6 mois avec bonne évolution ultérieure. L'ETN a été par la suite réintroduit. Le recul est à 3 ans.

Discussion : Le registre de recherche français de tolérance des biothérapies (RATIO) avait recueilli 69 cas de tuberculose dans un groupe de 57711 patients ayant une maladie inflammatoire auto-immune. La tuberculose a été recensée chez 36 patients sous IFX, 28 sous ADA et 5 sous ETN. L'incidence de la tuberculose sous anti-TNF alpha (ajusté selon le sexe et l'âge) était de 116,7/100000 patients-années. Ce taux était significativement plus élevé que celui observé dans la population générale française. L'incidence de la tuberculose était significativement plus élevée sous anticorps monoclonaux que sous le récepteur soluble

Conclusion : La manifestation clinique la plus fréquente de l'amylose AA au cours des SpA est l'atteinte rénale. Une surveillance de ces malades, à l'aide des bandelettes urinaires, s'avère impérative.



Profil des AJI sous biothérapies

Hmila S, Zeglaoui H, el Amri N, Baccouche K, belghali S, Alaya Z, bouajina E

introduction :

le terme d'AJI compte 7 formes différentes selon la classification criteria de l'International League of Associations for Rheumatology (ILAR), c'est le rhumatisme inflammatoire le plus fréquent chez l'enfant, son traitement qui repose de plus en plus sur les biothérapies vise à obtenir la rémission, à contenir l'inflammation, réduire les dégâts articulaires et l'handicap fonctionnel à long terme.

Patients et méthodes :

Ce travail s'intéresse à 9 cas d'Arthrites Juvéniles Idiopathiques (AJI) ayant bénéficié d'un traitement par biothérapie, ayant été hospitalisés sein du service de rhumatologie Farhat Hached, sousse, de 2003 à 2017

Résultats :

Nous nous sommes intéressés à 09 cas d'AJI hospitalisés au service de rhumatologie : 5 filles et 4 garçons dont l'âge moyen était de 12,7 ans (3ans à 16 ans). La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 3,4 ans.

Deux patients avaient une forme systémique, quatre patients une forme polyarticulaire dont trois avec FR positif, les trois autres patients avaient une arthrite avec enthésopathies. 66% des patients avaient une coxite et aucun n'a présenté d'uvéïte. Un seul patient avait un retard staturo-pondéral 67% avaient un syndrome inflammatoire biologique : La moyenne des marqueurs de l'inflammation : la vitesse de sédimentation et la CRP étaient respectivement à 26 mm/h [5,67] et 24.5 mg/L.

77% des enfants ont été mis sous methotrexate et 66% ont bénéficié d'une corticothérapie générale au long cours, la Salazopyrine a été utilisée pour un seul cas et tous ont été mis sous AINS.

Le délai moyen de mise sous biothérapie était de 5 ans: 8 patients ont été mis sous anti-TNF-alpha (2 patients sous Remicade, 3 patients sous Enbrel, 2 sous cimzia, un patient sous humira) combiné au methotrexate ;le dernier patient a été mis sous anti-IL6 (ACTEMRA) arrêté pour réaction allergique imposant le switch vers REMICADE. Des infections sous biothérapies ont été notées dans un cas sur 9 (infection broncho-pulmonaire).

L'évolution sous biothérapie était favorable pour la quasi majorité des patients (8 parmi 9) avec amélioration des scores d'activité, le dernier patient a présenté un échappement thérapeutique, malgré le switch vers un 2ème agent biologique, avec un retentissement fonctionnel important (déformations articulaires) et une perte d'autonomie.

Discussion :

L'AJI est le rhumatisme inflammatoire le plus fréquent chez l'enfant. L'introduction des biothérapies a révolutionné la prise en charge de cette maladie. Parmi les traitements approuvés chez l'enfant nous disposons en Tunisie des anti-TNF alpha, de l'Etanercept, et du tocilizumab. Parmi les DMARDS, le methotrexate est le plus largement utilisé vu son efficacité et sa sécurité d'emploi chez l'enfant. la Sulfasalazine et le Leflunomide peuvent être utilisés de deuxième ligne. Tous nos patients ont été mis sous methotrexate en association à la biothérapie avec une évolution favorable pour 8 des 9 patients. Malgré l'efficacité des traitements biologiques, ces enfants sous biothérapies doivent être bien suivis vu les risques minimes mais graves de survenue de complications (réactivation tuberculeuse, induction de maladies auto-immunes, survenue de néoplasies...) Un cas d'infection sévère sous anti TNF-alpha a été noté.

conclusion :

les Biothérapie ont révolutionné le traitement des AJI en prévenant la destruction articulaire par l'obtention d'une rémission prolongée de la maladie, en préservant une croissance normale pour l'enfant ainsi que de prévenir l'handicap.

Références:

- 1, Stoll, M. and Cron, R. (2014). Treatment of juvenile idiopathic arthritis: a revolution in care. *Pediatric Rheumatology*, 12(1), p.13.
2. TR, S. (2018). *Paediatric rheumatic disease: Treatment of JIA in the biologic era: what are we waiting for?* - PubMed - NCBI.



Intérêt de la biothérapie au cours de la maladie de Castleman: à propos de deux observations

Turki C, Frikha F, Snoussi M, Ben Salah R, Loukil H, Chebbi D, Bouattour.Y, Garbaa S, Rekik F, Dammak C, Jallouli M, Marzouk S, Bahloul Z
Service de médecine interne CHU Hédi Chaker Sfax

Introduction

La maladie de Castleman (MC) constitue une entité clinico-pathologique rare, caractérisée par une hypertrophie ganglionnaire uni ou multicentrique correspondant histologiquement à une hyperplasie lymphoïde angio-folliculaire. Le traitement classique repose sur la chirurgie ou la radiothérapie en cas de forme focale, sur la corticothérapie, des antimitotiques et les biothérapies (Rituximab ou Tocilizumab) dans les formes multifocales

Patients et méthodes :

Nous rapportons deux cas de maladie de Castleman de type multicentrique colligés dans le service de médecine interne (Sfax) et ayant bénéficié d'un traitement par biothérapie de type anti CD 20 (Rituximab).

Discussion :

Observation n°1:

Patient âgé de 53 ans admis pour exploration d'une polyadénopathie fébrile. A l'examen, on objectivait des adénopathies inguinales et une hépatomégalie. Un scanner thoraco-abdomino pelvien avait montré de multiples adénopathies avec une hépatosplénomégalie. Une biopsie ganglionnaire concluait à une hyperplasie angiofolliculaire avec des follicules lymphoïdes ganglionnaire avec un centre germinatif très actif avec un aspect en bulbe d'oignon et à l'immunohistochimie un infiltrat lymphoïde polyclonal. L'aspect histologique était compatible avec une maladie de Castleman dans sa forme multicentrique.

Un traitement par une corticothérapie à forte dose a été entamé mais l'évolution était marquée par l'apparition d'une polysérite associée à une pancytopénie et une insuffisance rénale (TAFRO syndrome). Le patient avait bénéficié d'une biothérapie de type anti-CD20 avec une évolution initiale favorable. Deux mois après il avait développé des lésions nodulaires violines en rapport avec un sarcome de kaposi. Le patient avait bénéficié de cures de vinblastine.

Observation n°2:

Patiente âgée de 23 ans admise pour exploration d'un syndrome inflammatoire. Elle signalait une asthénie. L'échographie abdominopelvienne objectivait une masse tissulaire sous hépatique. Le scanner thoraco-abdominopelvien confirmait la masse ganglio-tumorale sous hépatique entourée par de multiples adénomégalies avec une hépatomégalie.

La biopsie hépatique concluait une maladie de Castleman de type plasmocytaire. La patiente était mise sous corticothérapie à forte dose. L'évolution était marquée par la persistance du syndrome inflammatoire avec une augmentation de la masse ganglio-tumorale. Un traitement par Rituximab était administré mais sans efficacité. La décision était de proposer un traitement par Tocilizumab pour cette forme réfractaire de la maladie.

Conclusion:

La maladie de Castelman multicentrique corticorésistante constitue une indication pour la biothérapie. La meilleure indication des anti CD20 est la maladie de Castleman HIV (+) sans sarcome de Kaposi. Dans les formes HIV (-) / HHV8(-), le rituximab fréquemment utilisé est partiellement efficace avec une réponse souvent non durable..



Encore un psoriasis paradoxal sous certoluzimab...

Belghali S, Mani L, Ounallah A, Amri D, Baccouche k, El Amri N, Laataoui S, Amara N, Alaya Z, Zegloui Hela, Bouajina E

Introduction :

L'utilisation de plus en plus fréquente des molécules bloquant le TNF-alpha, va de pair avec l'identification de nouveaux effets secondaires, dont certains sont qualifiés de « paradoxaux ». Nous rapportons dans cette observation le cas d'un psoriasis cutané apparu sous Certolizumab chez une patiente porteuse d'une polyarthrite rhumatoïde.

Observation :

Il s'agit d'une femme âgée de 51 ans, suivie depuis 2004 pour une polyarthrite rhumatoïde séro-positif érosive, avec comme manifestation extra-articulaire un syndrome sec oculaire.

Dans les suites d'un échec aux DMARD'S conventionnels Méthotrexate puis Leflunomide, elle a été mise sous traitement biologique : Etanercept en 2012. Le traitement était efficace avec obtention rapide d'une rémission.

Cependant, la patiente avait présenté des infections récurrentes (bronchopulmonaire, oropharyngée et urinaire) concomitantes à une neutropénie. L'arrêt du traitement avait été décidé avec une correction rapide des neutrophiles. Un switch vers un 2^{ème} antiTNF de mécanisme d'action différent le **certolizumab** a été faite en Mars 2016 devant une reprise évolutive de l'activité de la maladie.

Une rémission clinique a été rapidement obtenu, sauf que la patiente a développé des lésions de psoriasis cutané (Image n°1) ainsi qu'une réapparition de la neutropénie à 400 éléments /mm³ imposant l'arrêt définitif du certolizumab en octobre 2016. A deux mois de l'arrêt du certoluzimab les neutrophiles se sont normalisés. Cependant, le psoriasis cutané est resté évolutif à 5 mois de l'arrêt (Mars 2017). Il faut noter que l'activité de la maladie a repris dans le mois qui suit l'arrêt du certoluzimab. Actuellement, la patiente a reçu une première cure de Mabthéra avec une amélioration clinico-biologique et elle est prise en charge en dermatologie pour le psoriasis cutané.

Image n°1: éruption cutanée psoriasique



Discussion:

Chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR), le risque de développer des lésions de psoriasis serait quatre fois plus important sous adalimumab que sous étanercept et trois fois plus important sous adalimumab que sous infliximab. Le risque de développer un psoriasis de novo serait plus important avec les anticorps bloquant le TNF-alpha (infliximab, adalimumab), tandis que le risque d'exacerber un psoriasis ancien serait plus important avec les molécules de fusion (étanercept).

La présentation clinique est variable: psoriasis pustuleux avec une forte incidence d'atteinte palmoplantaire dans 52 % des cas, psoriasis vulgaire, particulier par l'atteinte de zones inhabituelles comme le périnée et les plis inguinaux, dans 49 % des cas et psoriasis en gouttes, plus rarement. Le début des lésions dans les régions inguinales et pubiennes a été signalé par certains auteurs.

L'imputabilité des anti-TNF-alpha dans le déclenchement de ces éruptions psoriasiformes est soutenue par l'apparition rapide de la dermatose après le début du traitement, l'existence d'un nombre élevé de cas publiés, la guérison à l'arrêt du traitement et l'existence de rechute de la dermatose lors de reprise de traitement ciblant le TNF-alpha.

L'apparition de ces dermatoses psoriasiformes semble être un effet dépendant d'une classe médicamenteuse, plutôt que liée à une molécule donnée. En effet, des cas ont été décrits avec tous les différents anti-TNF-alpha commercialisés et, dans plusieurs cas, les malades ont présenté des lésions psoriasiformes sous au moins deux anti-TNFalpha différents.

L'existence de plusieurs formes cliniques laisse supposer l'implication de plusieurs voies pathogéniques et mécanistiques différentes. Un polymorphisme des gènes contrôlant la production de cytokines et l'équilibre cytokinique a été suggéré. Une prédisposition génétique à une expression augmentée de l'interféron-alpha au niveau cutané, responsable d'une inflammation locale et d'une augmentation du renouvellement kératinocytaire, pourrait rendre compte du développement de lésions psoriasiformes.

Conclusion

L'induction ou l'aggravation de psoriasis sont considérées comme des réactions paradoxales des anti-TNF alpha. Elles constituent un effet indésirable de classe dont la physiopathologie reste encore méconnue. Diverses publications isolées rassemblant 45 cas ont été rapportées dans la littérature.

Lupus cutané induit par adalimumab : à propos d'un cas

Rekik S., Ben Ammar L., Boussaid S., Sehli H., Cheour E., Elleuch M
Service de Rhumatologie., Hôpital la Rabta, tunis, Tunisie

Introduction :

Les inhibiteurs du TNF alpha sont largement utilisés dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde (PR). L'adalimumab est un anticorps monoclonal humain, caractérisé par une bonne tolérance et peu d'effets indésirables. Nous rapportons un cas de lupus cutané induit survenant après un traitement par l'adalimumab d'une patiente atteinte d'une PR.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 48ans, aux antécédents d'hépatite B guérie, suivie depuis 2011 pour une PR séropositive avec des anticorps antinucléaires (AAN) négatifs au moment du diagnostique, mise depuis Aout 2013 sous adalimumab (40mg/15jours). Au mois de Mai 2014, elle consulte pour l'apparition d'une éruption cutanée urticarienne maculopapuleuse aiguë. L'immunofluorescence directe de la biopsie cutanée montre un dépôt granulaire type IgM et C1q à la jonction dermo-épidermique. Le bilan immunologique trouve des AAN positifs (1/400 homogènes), anticorps (Ac) anti-DNA natif positif, Ac anti-histone négatif et le complément était normal. Le diagnostique de lupus induit par adalimumab est retenu et le traitement est suspendu. L'évolution est marquée par la disparition des lésions cutanées 6 semaines après arrêt du traitement. Un lupus brand test est effectué après quelques semaines et est revenu négatif, et le bilan immunologique est refait montrant des AAN positifs, Ac anti-DNA natif négatif, et le complément était normal confirmant ainsi le diagnostique de lupus cutané induit par adalimumab.

Discussion :

L'un des effets secondaires les plus courants au cours du traitement par les inhibiteurs du TNF alpha est la production d'auto-anticorps, cependant, de rares cas de lupus induit sous adalimumab ont été rapportés, en particulier dans sa forme cutanée [1]. Le mécanisme immunopathologique du lupus induit par l'adalimumab demeure encore inconnu. Selon certains auteurs, l'adalimumab, de même que l'irradiation ultraviolette, induit une apoptose, qui provoque l'accumulation d'antigènes nucléaires à partir des cellules apoptotiques, conduisant à la production d'auto anticorps chez les individus susceptibles [2]. Il a également été suggéré que l'inhibition thérapeutique de TNF alpha permet une augmentation de l'auto-immunité humorale en supprimant les lymphocytes T cytotoxiques, qui devraient normalement être induits pour diminuer la production de cellules B autoréactives [3]. Une autre hypothèse suggère que l'augmentation des

infections chez les patients traités par les anti-TNF alpha peut conduire à l'activation polyclonale des lymphocytes B et à la production d'auto-anticorps [4]. La suspension du traitement est la principale mesure thérapeutique entraînant généralement une résolution des manifestations cliniques après dans une période d'environ 6 à 12 semaines [1].

Conclusion:

Le praticien qui prescrit des biothérapies, tel que les anti-TNF alpha, doit être attentif aux situations paradoxales telles que celle décrite dans cette observation, consistant en l'apparition de phénomènes auto-immuns secondaires au traitement des maladies auto-immunes.

Références:

1. Tobón T M, Gutiérrez JM, Cuellar I, Fernández-Ávila DG, Díaz MC. Lupus cutáneo inducido por adalimumab. *Rev Colomb Reumatol.* 2016;23:271-274.
2. Kuhn A, Bijl M. Pathogenesis of cutaneous lupus erythematosus. *Lupus* 2008; 1: 389-393.
3. Marzano AV, Vezzoli P, Crosti C. Drug-induced lupus: an update on its dermatologic aspects. *Lupus* 2009; 18(11): 935-940.
4. Costa MF, Said NR, Zimmermann B. Drug-induced lupus due to anti-tumor necrosis factor α agents. *Semin Arthritis Rheum* 2008; 37(6): 381-387.



Néoplasie et Biothérapie : à propos de 3 cas

SAADAoui Khaled, SAHLI Hela, AJLANI Houda*, REKIK Sonia, BOUSSAID Soumaya, CHEOUR Elhem, ELLEUCH Mohamed

Service Rhumatologie – CHU La RABTA Tunis

(*) Consultation Externe de Rhumatologie Hôpital Régional de Ben Arous

Introduction:

La survenue d'une néoplasie au cours du traitement par biothérapie représente un tournant redoutable dans le cours évolutif d'un rhumatisme inflammatoire chronique. L'imputabilité du traitement biologique est souvent difficile à confirmer.

Résumé :

Cas 1

70 ans, suivie pour PR depuis 2005 mise initialement sous MTX puis sous Leflunomide sans réponse d'où le recours à une biothérapie. L'Etanercept a été essayé sans succès d'où le switch vers le Rituximab en 2011. La patiente a reçu 2 cures de Rituximab avec une amélioration clinico-biologique. L'évolution a été émaillée par l'apparition d'un adénocarcinome du sein métastatique d'où l'arrêt de la biothérapie. Un traitement adéquat a été instauré avec succès. Les poussées évolutives observées à l'arrêt de la biothérapie ont été plus ou moins bien maîtrisées sous corticothérapie jusqu'en 2015 date à laquelle le Rituximab a été réintroduit après concertation avec les carcinologues.

Cas 2

69 ans, aux antécédents d'HTA, présente depuis l'âge de 30 ans une SPA primitive traitée initialement par AINS puis par Etanercept avec succès depuis 2012. L'évolution a été émaillée par la découverte en 2015 d'un adénocarcinome de la prostate. Une radiothérapie a été alors débutée après arrêt de la biothérapie. Au stade actuel des choses une reprise de la biothérapie n'est pas encore envisagée malgré la poussée de sa SPA.

Cas 3

60 ans, tabagique à 40 PA, chez qui le diagnostic de SPA primitive a été retenu en 2014 traité par plusieurs classes AINS puis Adalimumab. En 2013 une TDM thoracique a été pratiquée montrant une masse pulmonaire droite évoquant un hamartochondrome. Lors du suivi, une augmentation de la taille de cette masse a été constatée sur Rx standard. La TDM TAP a montré un processus expansif pulmonaire droit avec des adénopathies médiastinales. La fibroscopie bronchique et le lavage broncho-alvéolaire étaient sans anomalies. Le marqueur ACE était élevé. Une chirurgie a été programmée après arrêt de la biothérapie. L'examen anatomopathologique a conduit à un adénocarcinome pulmonaire. Une chimiothérapie était alors nécessaire. Au dernier contrôle en 2017, le patient n'a pas présenté de signes d'activité de sa SPA pouvant faire discuter la nécessité d'une biothérapie.

Discussion :

La revue de la littérature montre que le risque de cancer n'est pas augmenté sous biothérapie si l'on exclut les cancers cutanés et du col utérin ainsi qu'en respectant les doses préconisées. Nos trois cas concernent des néoplasies différents apparus suite à une biothérapie après un délai variable. L'imputabilité est difficile à démontrer.

Study	Year	Registry	Period	Anti-TNF- α Agents Included	Type	DMARD Control	Anti-TNF- α	Adalimumab	Etanercept	Infliximab
Wolfe ³⁸	2007	US NDB	1998–2005	Adalimumab, etanercept, infliximab	All cancers	—	1.0 (0.8–1.2)	0.7 (0.3–1.6)	1.0 (0.8–1.3)	1.0 (0.8–1.3)
					OR (95% CI)	—	0.858	0.393	0.962	0.820
					p	—	—	—	—	—
					Lymphoma	—	1.0 (0.5–2.0)	1.3 (0.2–10.0)	1.3 (0.6–2.8)	0.9 (0.4–2.1)
					OR (95% CI)	—	0.967	0.826	0.460	0.898
Melanoma	—	2.3 (0.9–5.4)	0.8 (0.1–6.6)	2.4 (1.0–5.8)	2.6 (1.0–6.7)					
	OR (95% CI)	—	0.070	0.822	0.054	0.056				
	p	—	—	—	—	—				
NMSC	—	1.5 (1.2–1.8)	0.9 (0.5–1.8)	1.2 (1.0–1.5)	1.7 (1.3–2.2)					
	OR (95% CI)	—	< 0.001	0.828	0.081	< 0.001				
p	—	—	—	—	—					
Asding ⁴⁰	2009	ARTIS	1999–2006	Adalimumab, etanercept, infliximab	All cancers	—	1.0 (0.9–1.2)	1.3 (0.9–2.0)	0.8 (0.6–1.0)	1.1 (0.9–1.3)
					RR (Anti-TNF- α vs biologics-naïve)	—	—	—	—	—

Conclusion:

Une surveillance stricte avant et au cours d'un traitement biologique est indispensable afin de guetter chaque événement indésirable ou complication pouvant survenir. Le lien de causalité entre biothérapie et néoplasie reste encore mal élucidé.



Biothérapie : Expérience de l'hôpital régional de Zaghouan

Ferjani H, Besghaier L, Bouallegue S, Maatallah Y, Ayed Y, Boumizza J

Hôpital régional de Zaghouan

Introduction :

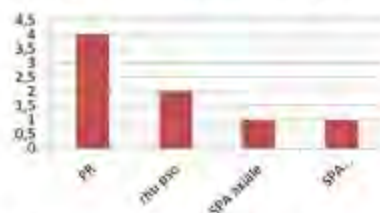
L'avènement de la biothérapie a révolutionné la prise en charge et le pronostic des rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC). Le but de notre travail est de décrire l'expérience de notre hôpital régional et d'évaluer l'efficacité et la tolérance de ses biologiques.

Matériels et méthodes

Etude rétrospective menée sur 8 patients porteurs de RIC et traités par un traitement biologique sur une période de 3 ans.

Résultats

Il s'agit de 5 femmes et 3 hommes, âgés en moyenne de 48,75 ans. La durée moyenne de leurs RIC était de 6,75 ans. Quatre patients avaient une polyarthrite rhumatoïde (PR), deux avaient un rhumatisme psoriasique (rh pso) ; une spondylarthropathie axiale chez 1 cas et une SPA axiale, périphérique et enthésitique chez l'autre cas.



Les classes des biologiques utilisées étaient l'Etanercept (7 cas) et le tocilizumab (1 cas).

Deux PR présentant une contre indication au méthotrexate (atteinte hépatique et insuffisance respiratoire) et un patient ayant une SPA axiale et porteur d'UGD avaient nécessité un traitement biologique de 1^{ère} intention.

Pour cinq patients (2 PR, 2 Rps et 1 SPA axiale et périphérique) la biothérapie était indiquée devant l'échec des DMARDs classique à type de méthotrexate à 20mg/semaine associé à la salazopyrine 3g/j.

	Age	Sexe	Durée du RIC	RIC	Indication	DAS28 0	DAS28 à 3mois
Mme S.G	54	F	9 ans	PR	Atteinte hépatique cholestase	6,5	3,2
Mr Med.R	62	H	4 ans	PR	BPCO et emphysème mixte contre Indiquant MTX	5,4	<1,2
Mme S.A	55	F	12 ans	PR	Échec DMARDs	6,8	2,1
Mme B.H	55	F	8 ans	PR	Échec DMARDs	5,6	<1,8
Mlle N.B	23	F	4 ans	rhumpso	Échec MTX	4,2	<1,2
Mme N.B	46	F	2 ans	Rhum pso	Échec MTX	7,2	3,4

	Age	Sexe	Durée SPA	RIC	Indication	BASDAI 0	BASDAI à 3 MOIS
Mr H.A	54	H	10 ans	SPA axiale primitive	UGD compliqué	7,8	7,2
Mr K.CH	22	H	3 ans	SPA axiale/périphérique et enthésitique	Échec MTX+SLZ+AINS	6,4	2,2

L'évolution après 3 mois était bonne dans 87.5% des cas avec baisse des indices du DAS28 de 3 points pour la PR et du BASDAI de 2 points sauf pour un patient SPA qui a présenté un échec primaire à l'Etanercept justifiant le changement d'une autre molécule d'anti TNF (Infliximab). Après 1 an, la rémission clinique était maintenue avec absence de progression structurale. La tolérance était bonne, le risque infectieux était faible, aucun effet indésirable n'a été noté sur une période de 3 ans.

Discussion

Une revue systématique de 43 registres de polyarthrites rhumatoïdes sous biothérapie dans le monde et des méta-analyse sur les données de tolérance publiée en Mai 2017 montrent que les anti-TNF diminuent la mortalité et les accidents cardiovasculaires sans augmentation significative du risque de cancer, comparés aux cDMARD. Le risque d'infection sévère est augmenté sous anti-TNF, RR = 1,48 comparativement aux cDMARD. Aucune différence significative sur le risque d'infections sévères, n'a été trouvée entre le récepteur soluble au TNF et les anticorps monoclonaux, RR = 0,55. L'efficacité des traitements biologiques a été aussi prouvée à travers plusieurs études randomisées dans les spondylarthropathies.

Conclusion :

Notre petite série et courte expérience a permis d'observer une bonne réponse clinique et radiologique aux traitements biologiques.

Maladie de Still de l'adulte traitée par Tocilizumab

MOUANAA H., HACHFI H., ZROUR S., BEN HAMOUDA S., BERGAOUI N., YOUNES M.,
Service Rhumatologie CHU Taher Sfar, Mahdia, Tunisie

Introduction

La maladie de Still de l'adulte (MSA) est un syndrome clinique d'étiologie inconnue. Les études ont montré que les taux sanguins d'interleukine (IL) -1, l'IL-6, l'IL-18 et TNF- α sont augmentés suggérant que les cytokines jouent un rôle important dans la pathogenèse de cette maladie.

Il a été rapporté ces dernières années des essais thérapeutiques par Tocilizumab (TCZ) de cette pathologie avec des résultats divergents.

Observation

• Histoire de la maladie:

- Il s'agit d'une femme de 28 ans présentant en décembre 2015 une première poussée :
 - Asthénie majeure
 - Poly arthrites non destructrice des grosses et petites articulations
 - Myalgies rhizoméliques des membres sans déficit sensitivomoteur
 - Pics fébriles vespéraux
 - Odynophagie.

• Biologie

- Hyperleucocytose (G= 26000 Eléments / ml)
- Syndrome inflammatoire biologique: VS à 127 mm, une CRP à 102 mg/L
- Hyperferritinémie ferritinémie à 413 μ g/l (N < 300).

• Bilan étiologique:

- La recherche des AAN, FR, anti CCP était négative.
 - Les sérologies Brucella, VIH, VHB, VHC étaient négatives.
- ✓ Devant cette affection syndromique le diagnostic d'une MSA a été retenu.

• Thérapeutique:

- Cette poussée était rebelle à la corticothérapie (1,5 mg/kg/J), et méthotrexate 25 mg/sem d'où l'indication de TCZ (8mg/Kg) a été retenue.

• Evolution:

- Après la 2 perfusions, l'évolution clinico- biologique était favorable : régression de l'odynophagie et de poly arthralgies inflammatoires.
- Les marqueurs de l'inflammation ont chuté (CRP=3 mg/L et VS = 21 mm).
- La dégression de la corticothérapie était alors envisagée.

Conclusion

La Tocilizumab serait une alternative efficace dans l'arsenal thérapeutique de la maladie de Still de l'adulte en cas d'échec de la corticothérapie en association avec les DMARDs essentiellement le méthotrexate.



ANTI-TNF ALPHA ET NEOPLASIES SOLIDES : A PROPOS DE 3 CAS

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

INTRODUCTION :

L'introduction des anti-TNF alpha dans l'arsenal thérapeutique des rhumatismes inflammatoires chroniques a considérablement modifié leur profil évolutif. Toutefois certaines complications rares, parfois redoutables, peuvent émailler l'évolution et assombrir le pronostic chez ces patients.

Matériels et méthodes :

Durant une période de 12 ans allant de 2005 à 2017, nous avons colligé les patients suivis pour un rhumatisme inflammatoire chronique, ayant reçu un traitement anti-TNF alpha (1 ou plusieurs molécules) pendant une durée supérieure à 6 mois et ayant développé une néoplasie solide au cours de l'évolution.

Résultats :

Parmi les 127 patients traités par anti-TNF alpha, nous avons recensé 3 cas de néoplasies solides, apparues chez 2 hommes et 1 femme, d'âge moyen 45 ans [30 ; 60], suivis pour spondylarthrite ankylosante dans 2 cas et polyarthrite rhumatoïde dans 1 cas. Aucun patient n'a présenté des antécédents familiaux ou personnels de néoplasie. Un facteur de risque de néoplasie, notamment un tabagisme actif (40PA) a été noté dans 1 cas. La durée moyenne d'évolution de la maladie au moment du diagnostic était de 16.33 ans [6 ; 30]. Un seul patient a reçu un traitement immunosuppresseur (Méthotrexate, Léflunomide) antérieur à la biothérapie. Deux patients étaient traités par Etanercept et 1 patient était traité par Adalimumab. Tous les patients ont eu un examen clinique complet avant l'instauration du traitement anti-TNF alpha. Le délai moyen entre l'instauration de traitement anti-TNF alpha et la survenue de néoplasie était de 2.58 ans [9mois ; 4 ans]. Il s'agissait d'un cas de carcinome canalaire infiltrant, un cas de cancer broncho-pulmonaire et un cas d'adénocarcinome prostatique. Un seul patient était au stade métastatique. Le traitement anti-TNF alpha a été arrêté dans tous les cas dès la suspicion diagnostique de néoplasie.

Discussion:

Il est bien établi que l'inflammation chronique constitue un facteur de risque de survenue des tumeurs malignes, en effet il est estimé qu'elle est associée à 25% des cancers (1). Il est aussi rapporté qu'elle est responsable d'un risque plus élevé de survenue de lymphome chez les patients atteints de la polyarthrite rhumatoïde surtout si l'activité de la maladie n'est pas bien contrôlée (2) .

D'autre part, les patients atteints de pathologies inflammatoires chroniques ne sont pas exposés au risque de développer un cancer uniquement à cause de leur maladie mais aussi à cause des différentes thérapeutiques utilisées notamment les anti-TNF alpha. Des nombreuses études se sont intéressées à ce sujet (3-6) mais aucune différence significative n'a été constatée concernant la survenue de cancers solides entre les patients traités par les anti-TNF alpha et ceux par des DMARD, de même pour les lymphomes chez les sujets atteints de polyarthrite rhumatoïde et ceci indépendamment de la durée d'exposition(3). Actuellement, un faible risque de survenue de cancers cutanés non mélanomateux sous traitement anti-TNF alpha a été rapporté par Veterans dans sa cohorte nationale (7) et par une cohorte prospective réalisée en Suède (8). Ces données nous poussent à prendre des précautions en utilisant ces médicaments et de réaliser un « screening » des éventuels facteurs de risque de développement de néoplasies, un examen dermatologique détaillé, une mammographie, dosage de PSA ... avant toute instauration de traitement par anti-TNF alpha ainsi qu'un suivi régulier pour dépister les premiers signes orientant vers les pathologies malignes.

Conclusion:

L'intérêt de ce travail est de souligner l'intérêt du dépistage des cancers solides, surtout le sein chez la femme, le poumon et la prostate chez l'homme, avant et en cours de traitement, chez les patients ayant un rhumatisme inflammatoire chronique sous anti-TNF alpha. En effet, cette petite série ne permet en aucun cas de retenir l'imputabilité des anti TNF alpha dans la survenue de cancers chez ces patients. Les études à large échelle et les données des registres n'ayant pas montré la causalité de ces médicaments dans le risque de néoplasies solides en dehors des cancers cutanés non mélanomateux.

1. Bellkwill FR, Mantovani A. Cancer-related inflammation: Common themes and therapeutic opportunities. *Semin Cancer Biol.* 2012 Feb;22(1):33-40.
2. Baecklund E, Illedou A, Askling J, Ekborn A, Backlin C, Granath F, et al. Association of chronic inflammation, not its treatment, with increased lymphoma risk in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2006 Mar;54(3):692-701.
3. Mercer LK, Lunt M, Low ALS, Dixon WG, Watson KD, Symmons DPM, et al. Risk of solid cancer in patients exposed to anti-tumour necrosis factor therapy: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register for Rheumatoid Arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2015 Jun;74(6):1087-93.
4. Strangfeld A, Harse F, Rau R, Burmester G-R, Krummel-Lorenz B, Demary W, et al. Risk of incident or recurrent malignancies among patients with rheumatoid arthritis exposed to biologic therapy in the German biologics register RABBIT. *Arthritis Res Ther.* 2010;12(1):R5.
5. Dreyer L, Møllekjær L, Andersen AR, Bennett P, Poulsen UE, Juulsgaard Ellingsen T, et al. Incidences of overall and site specific cancers in TNF α inhibitor treated patients with rheumatoid arthritis and other arthritides - a follow-up study from the DANBIO Registry. *Ann Rheum Dis.* 2013 Jan;72(1):79-82.
6. Wolfe F, Michaud K. Biologic treatment of rheumatoid arthritis and the risk of malignancy: Analyses from a large US observational study. *Arthritis Rheum.* 2007 Sep;56(9):2886-95.
7. Aman W, Zeringue AL, McDonald JR, Caplan L, Eisen SA, Ranganathan P. Original article Risk of non-melanoma skin cancer in a national cohort of veterans with rheumatoid arthritis. 2018;(January):1431-9.
8. Raaschou P, Simard JF, Hagelberg CA, Askling J, Study A. Rheumatoid arthritis, anti-tumour necrosis factor treatment, and risk of squamous cell and basal cell skin cancer: cohort study based on nationwide prospectively recorded data from Sweden. :1-8.



Profil épidémiologique et étiologique des ischémies digitales en médecine interne

F Rekik, R Ben Salah, D Chebbi, C Turki, F Frikha, M Snoussi, H Loukil, M Jallouli, S Marzouk, Z Bahloul
Service de médecine interne - CHU Hédi Chaker- Sfax- Tunisie

Introduction :

Les nécroses digitales sont une éventualité fréquente en pathologie vasculaire. Elles relèvent de multiples étiologies et constituent la traduction d'une pathologie générale ou locorégionale. Le diagnostic étiologique doit être établi dans les plus brefs délais pour adapter le traitement et éviter les complications.

Le but de ce travail est de préciser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et étiologiques des ischémies digitales.

Patients et méthodes:

Nous rapportons ainsi une étude rétrospective portant sur 55 cas d'ischémies digitales colligée dans le service de Médecine interne de Sfax sur une période de 12 ans.

Résultats:

Il s'agit de 32 femmes et 23 hommes d'âge moyen de 46 ans (extrêmes 23- 89 ans). Les facteurs de risque cardiovasculaire ont été observés chez 37 patients (65%) à type de tabagisme (30 %), d'hypertension artérielle (29 %), de dyslipidémie (25 %), de diabète (16 %) et d'une obésité (6 %).

Les ischémies digitales ont intéressé les membres inférieurs dans 70% des cas, les membres supérieurs dans 60% des cas.

Le diagnostic étiologique a été porté chez 48 patients (87 %) : il s'agit d'une athérosclérose dans 14 cas (25%), d'une connectivite dans 13 cas (23 %) dominée par la sclérodermie (8cas), d'une maladie de Léo Buerger dans 9 cas (16 %), d'un SAPL dans 9 cas (16 %) primaire (4 cas) et secondaire (5 cas), d'une cause infectieuse dans 2 cas, d' un cas de néoplasie, d' un cas de syndrome de Vol et d' un cas de déficit en protéine S . L'étiologie reste indéterminée chez 7 patients (14 %).

Discussion:

Cette série illustre la diversité des causes d'ischémie digitale. Le bilan étiologique doit être large, avec bilan immunologique et de thrombophilie, explorations artérielles et cardiaques, radiographie cervicale, tomodensitométrie thoraco-abdominopelvienne (recherche de néoplasie). En plus du traitement étiologique, un traitement symptomatique s'impose associant vasodilatateurs et anti -agrégants plaquettaires.

Conclusion:

Notre série, conformément aux données de la littérature est particulière par la diversité étiologique des ischémies digitales. Certes, aucune pathologie iatrogène ou professionnelle n'a été colligée, mais globalement les grands cadres nosologiques demeurent les mêmes, dominés par les maladies systémiques. Il s'agit vraisemblablement d'un biais de sélection, s'agissant d'un recrutement hospitalier dans des services de médecine interne.



L'OSTEOPOROSE DANS UN SERVICE DE MEDECINE INTERNE :

A propos de 128 cas

C Turki, R Ben Salah, F Rekik, F Frikha, M Snoussi, H Loukil, M Jallouli, S Marzouk, Z Bahloul
Service de médecine interne CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie

Introduction

L'ostéoporose (OP) constitue un problème majeur de santé publique en raison de la morbidité et de la mortalité associées aux fractures ostéoporotiques, en particulier au niveau de la hanche et des vertèbres. Le but de ce travail est de préciser les particularités épidémiologiques, étiologiques et thérapeutiques de l'ostéoporose au sein d'un service de médecine interne.

Patients et méthodes :

Nous rapportons une étude rétrospective concernant 128 cas d'ostéoporose colligés dans le service de médecine interne du CHU Hédi Chaker de Sfax sur une période de 15 ans. Nos malades se répartissent en 2 groupes :

- Groupe 1 (avant 2003) : il comporte 30 malades dont le diagnostic d'OP a été retenu sur les données de la biopsie osseuse par l'analyse histomorphométrique (16 cas) ou sur la présence de tassements vertébraux avec enquête étiologique négative (14 cas).
- Groupe 2 (après 2003) : il comporte 98 cas dont le diagnostic est porté par la densitométrie osseuse (DMO)

Résultats :

Dans le groupe 1, l'incidence annuelle était de 4,3 cas/ an. L'âge moyen était de 70 ans avec une prédominance féminine nette (93,3%). Les fractures ostéoporotiques étaient présentes chez 23 malades (76,6%) de siège vertébral (21 cas) et périphérique (2 cas).

L'OP était primitive chez 24 malades (80 %) : post ménopausique (10 cas) et sénile (14 cas). Elle était secondaire chez 6 patients (20 %). Dans ces cas, elle était secondaire à la prise de corticoïde dans (5 cas) et à un hypogonadisme (1 cas).

Le traitement était dans tous les cas basé sur la supplémentation vitaminocalcique seulement

Dans le groupe 2, l'incidence annuelle était de 12,5 cas/ an. L'âge moyen était de 64 ans avec une prédominance féminine nette (93%). 52 % des malades avaient des fractures de siège vertébrale (44 cas) et périphérique (10 cas). Le T score vertébral moyen était de - 3,2 déviations standard et T score fémoral moyen de - 2,5. L'OP était primitive chez 59 patients (60 %) : post ménopausique (36 cas) et sénile (23 cas). Elle était secondaire chez 39 patients (40%). Dans ces cas, elle était secondaire à la prise de corticoïde dans 34 cas (34,6%), à une cirrhose biliaire primitive (4 cas), à un syndrome de marfan (1 cas) et à un hypogonadisme (1 cas). A côté du traitement vitaminocalcique instauré chez tous les malades, 63 patients (64 %) ont eu des biphosphonates et 2 malades (1,6%) ont eu un ranélate de strontium.

L'étude analytique de la série totale a conclu que l'ostéoporose secondaire et cortisonique étaient plus fréquentes chez le sujet jeune avec une corrélation significative ($p < 0,05$).

Discussion :

Depuis l'avènement de la DMO, l'incidence de l'ostéoporose ne cesse de croître. Elle était de 4,3 cas/ an dans le groupe 1 alors qu'elle était de 12,5 cas/ans dans le groupe 2 après la pratique systématique dans certains cas de DMO chez les patients à risque. Les femmes sont les plus vulnérables avec une fréquence de 93 % dans les 2 groupes. Cette série se caractérise par la fréquence de l'ostéoporose secondaire notamment cortisonique ceci est expliqué par le biais de recrutement du service de médecine interne qui est orienté vers les maladies systémiques nécessitant dans la majorité des cas une corticothérapie prolongée.

Conclusion:

L'ostéoporose constitue un problème de santé publique, du fait de sa fréquence qui est souvent sous estimée et de ses complications fracturaires. Les personnes qui sont à risque de développer une ostéoporose, doivent bénéficier d'une approche préventive et curative spécifique



Chondrocalcinose articulaire révélatrice d'une hypercalcémie hypocalciurique familiale

Rekik F, Frikha F, Ben Salah R, Garbaa S, Snoussi M, Damak C, Turki C, Loukil H, Chebbi D, Bouattour Y, Jallouli M, Marzouk S, Bahloul Z

Service de Médecine interne CHU Hédi Chaker Sfax

INTRODUCTION

L'hypercalcémie hypocalciurique familiale (HHF) est une maladie bénigne à transmission autosomique dominante, caractérisée par une hypercalcémie persistante bénigne, une hypocalciurie, et des concentrations de parathormone (PTH) normales ou modérément élevées. Nous rapportons l'observation d'un patient ayant présenté une chondrocalcinose articulaire révélatrice d'une HHF.

CAS CLINIQUE

Monsieur A.B, âgé de 69 ans, diabétique et hypertendu, était admis en orthopédie pour une arthrite aiguë de la cheville gauche avec fièvre. Il fut opéré en urgence pour suspicion d'arthrite septique mais l'examen bactériologique du liquide articulaire était négatif. Il était ensuite hospitalisé dans notre département devant l'installation d'une arthrite aiguë des 2 genoux. Cliniquement, il existait un épanchement des deux genoux, absence de fièvre et le reste de l'examen était sans particularités. La radiographie des genoux objectivait un liseré calcique au niveau de des interlignes articulaires (Figure 1) et la ponction ramenait un liquide riche en micro-cristaux de pyrophosphate de calcium dihydraté avec PNN non altérées. Le diagnostic d'une chondrocalcinose articulaire fut rapidement retenu. À la biologie il y'avait un syndrome inflammatoire et Le bilan phosphocalcique trouvait une hypercalcémie confirmée à plusieurs reprises (3,02 - 2,89 - 2,97 mmol/l) avec phosphorémie et phosphatases alcalines normales avec une hypocalciurie à plusieurs reprises (0,69 mmol/24h). Après une série d'explorations, le diagnostic retenu était celui d'hypercalcémie hypocalciurique familiale. Le patient était mis sous antiinflammatoires non stéroïdiens et Colchicine avec infiltration locale de corticoïdes au niveau des genoux et l'évolution était favorable.



Figure 1: radiographie des genoux: aspect de chondrocalcinose articulaire

DISCUSSION

L'hypercalcémie est une anomalie fréquemment rencontrée en pratique clinique. Les principales maladies susceptibles de donner une hypercalcémie sont l'hyperparathyroïdie primitive et les cancers, qui représentent plus de 90% des cas. Les autres causes importantes d'hypercalcémie sont les traitements (principalement les diurétiques thiazidiques, le lithium et la vitamine D). Toutes ces étiologies ont pu être éliminées chez notre patient par une enquête exhaustive. Le profil biologique (hypercalcémie modérée avec hypocalciurie) a permis de retenir le diagnostic d'HHF. L'HHF est une maladie à transmission autosomique dominante, associée à des mutations du gène codant pour le récepteur sensible au calcium entraînant une perte de sa fonction. Il existe très peu de données sur l'épidémiologie de l'HHF et sa prévalence est estimée à 1 sur 78 000 dans une étude unique réalisée dans l'Est de l'Ecosse [1]. Pour confirmer le diagnostic d'HHF, la calcémie et la calciurie doivent être dosées chez les autres membres de la famille. La mutation du gène codant pour la maladie peut également être recherchée [2]. Cette recherche n'a pas pu être réalisée chez notre patient. L'association CCA-HHF a été rapportée à travers quelques observations [3,4]. L'hypercalcémie chronique semble induire une CCA par une nucléation augmentée de pyrophosphate inorganique. Il est important de différencier l'HHF des autres causes d'hypercalcémie car c'est une maladie bénigne qui ne nécessite généralement pas de traitement.

CONCLUSION

L'association HHF et CCA est rare mais possible. Une CCA secondaire à l'hypercalcémie chronique chez un sujet âgé peut être le signe clinique révélateur de cette maladie bénigne. Cependant, une enquête étiologique de l'hypercalcémie à cet âge est indispensable afin de ne pas méconnaître une pathologie maligne sous-jacente.

RÉFÉRENCES

1. Hinlitz J, Bell E, McKillop E, et al. The prevalence of familial hypocalciuric hypercalcemia. *Calcif Tissue Int.* 2001;68 (4) :216-8.
2. Yonemura K, Hishida A. Familial hypocalciuric hypercalcemia. *Intern Med.* 2002; 41(12):1084-5.
3. Volpe A, Guerniero A, Marchetta A et al. Familial hypocalciuric hypercalcemia revealed by chondrocalcinosis. *Joint Bone Spine.* 2009 ; 76 (6) : 708-710.
4. Heath 3rd W. Familial benign hypercalcemia-from clinical description to molecular genetics. *West J Med.* 1994; 160 (6) :554-61.



Ostéomalacie révélatrice de Maladie Cœliaque : à propos de 10 cas

SAADAoui Khaled, SAHLI Héla, BOUSSAID Soumaya, REKIK Sonia, AJLANI Houda*, CHEOUR Elhem, ELLEUCH Mohamed

Service Rhumatologie – CHU La RABTA Tunis

(*) Consultation Externe de Rhumatologie Hôpital Régional de Ben Arous

Introduction :

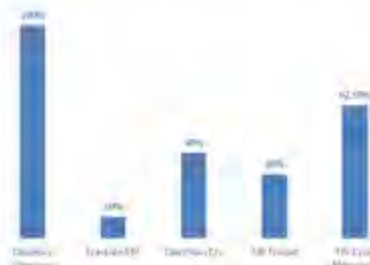
La maladie coeliaque est une maladie chronique auto-immune de l'intestin caractérisée par une intolérance au gluten. Cette affection est parfois difficile à diagnostiquer vu la multitude de formes atypiques. L'ostéomalacie carentielle peut classiquement

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive incluant 10 cas de maladie cœliaque révélée par une ostéomalacie colligés au service de Rhumatologie CHU La Rabta Tunis sur une période de 17 ans (2000-2017).

Résultats :

- 10 femmes
- âge moyen 37,3 ans
- Cliniquement :
 - Douleurs osseuses associées à une myopathie proximale (100% des cas)
 - Fracture du col du fémur chez une seule patiente (10%).
 - Une diarrhée chronique dans 40% des cas, des douleurs abdominales et des troubles du transit notés respectivement dans 40% et 30%.
 - Des troubles du cycle menstruel constatés dans 62,5% des cas.



• Biologie:

- L'hypovitaminose D associée à une hyperparathyroïdie étaient quasi constantes.
- La sérologie cœliaque (Anti Transglutaminase et anti Endomysium) était positive chez tous les patients ayant bénéficié de ce dosage.



• La Radiologie standard:

- Déminéralisation osseuse diffuse dans 80% des cas
- Stries de Looser Milkman 30%

• La DMO pratiquée chez 9 patientes :

- T-Score moyen Rachis Lombaire = -4,4 DS (-3,4 à -5,6)
- T-Score moyen ESF = -3,7 DS (-3 à -4,5)

• La fibroscopie digestive était en faveur de la MC dans tous les cas.

- Une bonne évolution dans 80% des cas sous la supplémentation vitamino-calcique et le régime sans gluten.

Discussion :

L'association Ostéomalacie et Maladie Cœliaque a été décrite pour 1ère fois en 1953.[1] L'hypocalcémie dans la maladie coeliaque est causée par la diminution de l'absorption du calcium due à l'hypovitaminose D ainsi qu'à l'atrophie villositaire.[2]

Il est rare que la maladie coeliaque soit révélée par les signes de l'ostéomalacie sans qu'il y ait une symptomatologie digestive.[2]

Conclusion :

Devant une ostéomalacie carentielle il faut garder à l'esprit le diagnostic de maladie coeliaque même en l'absence de signes cliniques digestifs évocateurs. Le dépistage sérologique de cette entéropathie garde tout son intérêt au cours de l'ostéomalacie.

1 Basu RA, Elmer K, Babu A, Kelly CA (2000) Coeliac disease can still present with osteomalacia! Rheumatology 39:335-336

2 Wong M, Scally J, Watson K, Best J (2002) Proximal myopathy and bone pain as the presenting features of coeliac disease. Ann Rheum Dis 61:87-88



Les biphosphonates par voie intraveineuse dans un service rhumatologique

Bettaieb H., Ben Jemaa S., Khalifa D., Bouenba MA., Akrouf R., Ezzeddine M., Kallel MH., Fourati H., Baklouti S
Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie

Introduction :

Depuis plus d'un siècle, les biphosphonates (BP) ont révolutionné le traitement de l'ostéoporose. Considérés comme un pilier des médicaments anti-résorbants, leur prescription s'est étendue à de nombreuses maladies caractérisées par un remodelage osseux accéléré. Nous nous sommes proposés de décrire les indications de ces molécules par voie intraveineuse (IV) au cours de l'ostéoporose, la maladie de Paget, le myélome multiple, les métastases osseuses et l'hyperparathyroïdie primitive.

Matériels et méthodes :

C'est une étude rétrospective descriptive ayant colligé les patients traités par les BP par voie IV, dans notre service, durant une période de 15 ans [2002 -2017].

Résultats:

- Il s'agit de 74 patients : 47 hommes et 27 femmes (sex ratio 1,7). L'âge moyen était de 67,4 ans [34-94].
- Les indications des BP étaient comme suit :

ostéoporose	8 cas
Maladie de Paget	29 cas
Myélome multiple	13 cas
Métastases osseuses	22 cas
Hyperparathyroïdie Ière	2 cas

❖ BP et Ostéoporose :

- le T-score rachis moyen : -3,8[-3,2-4,9]
- le T-score fémur moyen : -3 [-2,1-3,7].
- 3 cas avaient une fracture sévère (col fémur, rachis).
- Tous les patients ont reçu une cure annuelle de 5mg de **zolédronate**.
- 75% des patients ont reçu 3 cures.
- Aucune fracture n'est survenue sous traitement

❖ BP et maladie de Paget:

- les indications étaient :
 - Une maladie très active (taux moyen de PAL 763 UI/L)
 - la survenue d'une complication neurologique (compression médullaire, hypoacousie).
- **Le pamidronate** (60 mg pendant 3jours) a été prescrit chez 23patients.
- 6 malades ont reçu le zolédronate (5mg).
- *L'évolution* après recul de 2ans était favorable (baisse de la PAL de 60%) chez 10 patients ,9cas étaient perdus de vue, 6 cas sont encore en observation.
- 4 cas ont présenté une surdité de perception

❖ BP et Myélome multiple:

- 84% étaient classés stade IIIA .
- Ils ont tous bénéficié d'une cure mensuelle de **Zolédronate**.
- 3cas avaient une insuffisance rénale.
- 8 patients ont reçu 12 cures.
- *L'évolution* était comme suit : 3cas de rémission clinique et biologique, 3 cas de rechutes, un cas de décès, 5 perdus de vue et un cas adressé au service d'hématologie pour une autogreffe.

❖ BP et Métastases osseuses

- Les cancers primitifs des métastases osseuses étaient dans 41% des cas la prostate, 23% poumon ,14% sein, 9%rein ,4% pancréas ,4% estomac
- Tous les patients étaient mis sous une cure mensuelle de **Zolédronate**
- ❖ BP et Hyperparathyroïdie primitive:
 - L'indication était une hypercalcémie maligne (>3,1mmol/l)
 - Molécule : une seule dose de **zolédronate** de (4mg).
 - La calcémie s'est corrigée après la cure.

Discussion :

- Le choix de la molécule en IV dépend de l'étiologie.
- Dans notre série , Le zolédronate était le BP le plus prescrit (66,2%) suivi par le pamidronate (32,4%).
- Un bilan pré-thérapeutique est nécessaire à savoir un examen bucco-dentaire, une mesure de la calcémie et de la clearance de la créatinine.

Conclusion :

L'intérêt des BP en IV dans ces pathologies a été bien démontré. La forme injectable offre une meilleure biodisponibilité et une bonne tolérance.



L'ostéoporose masculine(OPm)

Khalifa.D, Benjemaa.S, Bettaieb.H, Feki.A, Bouenba MA, Akrouit.R, Ezzeddine.M, Kallel.MH, Fourati.H, Baklouti.S
Service de Rhumatologie CHU Hedi Chaker Sfax, Tunisie

Introduction :

L'ostéoporose(OP) chez l'homme est encore sous estimée et méconnue.

Le but de notre travail est de décrire les aspects cliniques, biologiques, densitométriques, étiologiques et thérapeutiques de l'ostéoporose chez l'homme.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective de 23 cas d'OPm sur une période de 10 ans. On a inclus des hommes adultes ayant un T score inférieur ou égal à -2,5DS au niveau de l'un des sites de références (rachidien et/ou fémoral). Tous les patients ont bénéficiés d'un bilan radiologique (rachis dorso-lombaire + bassin), biologique standard, dosages hormonaux (FT4 ; TSH ; testostérone ; cortisol) et d'une mesure de la densité minérale osseuse (DMO).

Résultats :

L'âge moyen de nos patients est 63.2 ans.

Circonstances de découvertes:

Fortuite 30.4%

Radiologique	Fracture vertébrale	34.8% des cas
69.6%	Déminéralisation osseuse radiologique	34.8% des cas

Biologie:

Le bilan hormonal est perturbé chez un patient avec une testostéronémie libre basse égale à 2 pg/mL.

Ostéodensitométrie osseuse:

Siège	Rachis lombaire	73.9% des cas
	Col du fémur	26.1% des cas
T score moyen	Rachis lombaire	-2.8 DS
	Col du fémur	-2.13DS

L'OPm est secondaire dans 60.8% des cas avec une prédominance de l'ostéoporose cortisonique (11 cas d'OP cortisonique, 1 cas d'hypogonadisme suite à un traitement par agonistes de LH-RH pour cancer de la prostate, 1 cas de cancer du poumon et 1 cas d'ostéogenèse imparfaite). On décrit 6 cas d'ostéoporose idiopathique qui présentent tous plus que 2 facteurs de risques d'OP (alcool, tabagisme actif, indice de masse corporelle bas, une faible consommation de calcium). On décrit aussi 3 cas d'ostéoporose sénile.

Traitement:

Le Risédronate est le bisphosphonate le plus utilisé (78.2% des cas), l'alendronate en deuxième lieu. Tous les patients ont bénéficié d'une supplémentation vitamino-calcique.

Discussion :

L'ostéoporose a longtemps été sous-estimée et sous-diagnostiquée chez l'homme et considérée comme une maladie féminine. La démarche diagnostique de l'ostéoporose chez l'homme est plus complexe et nécessite de rechercher une cause secondaire à cette OP. 2,5 sur 10 des OPm sont liées aux corticoïdes, 2 sont éthyliques, 1 est liée à une insuffisance gonadique, d'autres causes plus rares doivent être recherchées selon le contexte clinique. Le tabagisme est un facteur de risque important. Le Dénosumab et le Térparatide sont indiqués en cas d'OP secondaire à un hypogonadisme. Les bisphosphonates efficaces dans le traitement de l'OPm sont l'alendronate, résidronate et l'acide zoledronique.

Conclusion :

Les causes secondaires d'ostéoporose sont plus fréquentes chez les hommes et doivent être recherchées même en présence de facteur de risque osseux évident. Des traitements anti ostéoporotiques sont validés, avec des données sur la diminution du risque de fracture établies pour certains d'entre eux.



La fluorose osseuse : étude d'une série de 24 cas

Khalifa.D, Benjemaa.S, Bettaieb.H, Feki.A, Bouenba MA, Akrouit.R, Ezzeddine.M, Kallel.MH, Fourati.H, Baklouti.S
Service de Rhumatologie CHU Hedi Chaker Sfax, Tunisie

Introduction :

La fluorose osseuse(FO) est une maladie rare caractérisée par une fixation osseuse massive du fluor. Elle est souvent d'origine hydrotellurique et plus rarement industrielle ou alimentaire. Le but de notre étude est de décrire les particularités épidémiologiques, cliniques, biologiques, radiologiques de la FO.

Patients et méthodes : Etude rétrospective de 24 cas de fluorose osseuse colligés sur une période de 28 ans (1990-2017).

Résultats:

L'âge des patients était compris entre 46 et 84 ans avec une moyenne de 68.6 ans. Une prédominance masculine a été constatée avec un sex ratio H/F=7. L'intoxication fluorée était hydrotellurique dans 21 cas et professionnelle dans 3 cas. La présentation clinique de la FO était variée : 2 patients étaient asymptomatiques, des lombalgies étaient constatées chez 19 patients, 6 ont présenté des cervicalgies et 2 des dorsalgies, avec 7 cas de douleurs articulaires (coudes,hanches,genoux). Une ankylose du squelette axial était rapportée dans 4 cas et des déformations articulaires dans 6 cas.

Les anomalies radiologiques:

Signe radiologique	siège	pourcentage %
Condensation osseuse	squelette axial	91.66%
	Os longs	16.66%
L'ossification des insertions tendineuses	Ischion, genoux, coudes	37.5%
L'ossification des membranes interosseuses	de l'avant-bras	66.66%
	de la jambe	50%



Fig 1.Ossification de la membrane interosseuse de l'avant bras

Les anomalies biologiques:

Le bilan phosphocalcique était normal chez 20 patients et une hypocalcémie a été retrouvée chez 4. Une insuffisance rénale était retrouvée chez 8 patients.

Les complications:

La maladie s'est compliquée de compression radiculaire chez 13 patients et d'une compression médullaire cervicale dans 2 cas.

Discussion:

La fluorose osseuse est une pathologie métabolique rare de l'os. L'origine hydrotellurique est la plus fréquente mais elle peut être aussi d'origine industrielle ou alimentaire. La localisation osseuse de la fluorose est la plus fréquente après la localisation dentaire. Elle est habituellement asymptomatique et se manifeste à l'âge adulte par des douleurs osseuses ou articulaires. Des formes graves ou ankylosantes avec des déformations articulaires peuvent se voir. La gravité de cette pathologie réside dans ses complications neurologiques et rénales. Le meilleur traitement reste les mesures préventives en milieu de travail et la prévention de la fluorose hydrotellurique.

Conclusion :

La gravité de la fluorose osseuse réside dans les complications d'ordre neurologique avec dans ce cas un pronostic qui reste réservé malgré une chirurgie décompressive. Cela incite à un diagnostic et une prise en charge précoces de cette maladie. Jusqu'à nos jours, aucun traitement de la fluorose n'a pu être proposé, si ce n'est l'arrêt du facteur étiologique responsable. C'est pour cela, qu'on insiste sur l'intérêt des mesures préventives.



A propos d'une lésion osseuse agressive

Kaffel D1, Essafi F1, Hamdi W1, Maatallah K1, Kchir H2, Zouch I1, Kchir MM1

1-Service de rhumatologie, Institut Mohamed Kassab d'orthopédie 2-Service de gastroentérologie B, Hôpital Rabta

Introduction : Les lésions osseuses lytiques et multifocales sont souvent d'origine maligne. Cependant, l'hyperparathyroïdie peut exceptionnellement prendre cet aspect. Nous en rapportons une observation.

OBSERVATION : Il s'agissait d'un patient âgé de 79 ans, tabagique à 48 PA, admis pour exploration de douleur de la hanche gauche d'horaire mixte. A l'interrogatoire, on a noté un amaigrissement récent non chiffré associé à une asthénie profonde et une constipation chronique. L'examen physique a objectivé une hanche gauche douloureuse et limitée, une douleur à la palpation des 2 ailes iliaques, de la clavicule droite et des côtes. Les réflexes ostéotendineux étaient abolis. La biologie a révélé une hypercalcémie à 3.9 mmol/l, une hypophosphorémie à 0,7 mmol/l et une élévation des phosphatases alcalines à 330 UI/l. Il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique. La radiographie standard du bassin a montré plusieurs lésions ostéolytiques mal limitées avec rupture de la corticale au niveau du col fémoral et de la branche ischio pubienne gauche. La TDM thoraco-abdomino-pelvienne (Figure) avait montré une ostéolyse du tiers distal de la clavicule droite, de multiples lacunes costales associées à de lésions ostéolytiques de la branche ischio pubienne gauche, des 2 ailes iliaques et de la tête et du col fémoral gauche. Il s'y associait une rupture de la corticale et un envahissement des tissus mous en regard. L'échographie cervicale a retrouvé un nodule parathyroïdien droit hypoéchogène richement vascularisé au doppler. La PTH dosée par la suite était augmentée à 94.4 pmol/l. Le patient a eu une exérèse parathyroïdienne avec une bonne évolution clinique et biologique.



Figure: TDM du bassin : lésions ostéolytiques de l'aile iliaque et de la tête et du col fémoral gauche

Discussion: L'hyperparathyroïdie primitive est la conséquence d'une production excessive, inappropriée, d'hormone parathyroïdienne, elle est causée par l'existence d'un adénome bénin, unique et sporadique dans 75% à 85% des cas. Les tumeurs brunes sont fait de tissu fibreux hypervascularisé plus ou moins kystique, contenant de nombreuses cellules géantes ostéoclastiques et présentant fréquemment des dépôts d'hémosidérine du fait de microhémorragies intra-lésionnelles chroniques. On peut les observer dans 3 % environ des hyperparathyroïdies primaires [1,2]. Parfois douloureuses, mais fréquemment asymptomatiques, elles siègent principalement aux membres (fémurs, mains), aux côtes, au bassin et à la mandibule.

Conclusion : Le diagnostic d'hyperparathyroïdie doit être évoqué devant toute atteinte osseuse multifocale.

1-Knowles NG, Smith DL, Outwater EK. MRI diagnosis of brown tumor based on magnetic susceptibility. J Magn Reson Imaging. 2008;28:759-61.
2-Hong WS, Sung MS, Chun KA, Kim JX, Park SW, Lee KH, et al. Emphasis on the MR imaging findings of brown tumor: a report of five cases. Skeletal Radiol 2011. 40(2):205-13.



Profils étiologiques des ostéomalacies

MOUANAA H., ZROUR S., HACHFI H., JGUIRIM M., BEJIA I., TOUZI M., YOUNES M., BERGAOUI N.
Service Rhumatologie EPS Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

Introduction

L'ostéomalacie est une maladie de l'adulte relativement rare mais elle doit faire partie des diagnostics à évoquer devant un syndrome douloureux diffus mal étiqueté.

Quelles en sont les causes les plus fréquentes ?

Patients et Méthodes

C'est une étude rétrospective descriptive des dossiers d'ostéomalacie, colligés au service de rhumatologie de l'EPS Fattouma Bourguiba Monastir entre les années 2001 et 2016.

Résultats

Vingt patients ont été colligés. Il s'agit de 13 femmes et de 7 hommes avec un sexe-ratio égal à 0,53. L'âge moyen est de 53 ± 19 ans [22 - 80]. La durée moyenne d'évolution de la maladie est de 45 mois [5-172].

• **Circonstances de découverte** étaient comme suit :

- des douleurs osseuses dans 11 cas (55%)
- des douleurs pelvi rachidiennes dans 9 cas (45%)
- des troubles de la marche type marche dandinante dans 5 cas (25%)
- des fractures pathologiques dans 8 cas (40%)
- une impotence fonctionnelle des Membres Inférieurs dans 7 cas (35%)
- une découverte biologique dans 2 cas (10%)

biologie:

- L'hypocalcémie, l'hypophosphorémie et l'hypocalciurie étaient retrouvés chez 14 malades (70%)
- Les phosphatases alcalines étaient élevées dans 12 cas, avec un taux variable de 2 à 7 fois la valeur normale, normal dans les 8 cas restants.

bilan étiologique:

- Ostéomalacie carencielle sévère était notée dans 2 cas
- Maladie coeliaque dans 5 cas
- Insuffisance rénale dans 1 cas
- Diabète phosphoré dans 3 cas dont un syndrome de Fanconi, une Hypophosphatasie dans un cas
- Cause néoplasique dans 4 cas (un myélome multiple IgA LAMBDA, une tumeur urologique avec métastase osseuses, une autre métastase osseuse et un cancer de la thyroïde).

Thérapeutique:

- Tous les malades ont bénéficié d'un traitement vitamine calcique. Un apport calcique entre 1 et 4 comprimés par jour avec une moyenne de 2.62 Cp/j. Un apport phosphoré était dans 3 cas et traitement étiologique et un traitement orthopédique dans 3 cas.
- La résection de la tumeur a été à l'origine d'une amélioration clinico-biologique dans le cas de tumeur de la thyroïde.

Evolution:

- Elle était variable selon l'étiologie.

Conclusion

Le désordre temporo-mandibulaire est lié à une destruction ostéoarticulaire importante, responsable d'une gêne fonctionnelle importante.

Le profil des PR avec une atteinte ATM avancée sont des PR particulièrement actives et sévères nécessitant une escalade thérapeutique.



La maladie osseuse de Paget dans un service de rhumatologie

Khalifa.D, Akrouf R, Bettaieb.H, Feki.A, Bouenba MA, Ben Jemaa.S, Ezzeddine.M, Kallel.MH, Fourati.H, Baklouti.S
Service de Rhumatologie CHU Hedi Chaker Sfax, Tunisie

Introduction :

La maladie de Paget osseuse est une ostéopathie dystrophique bénigne caractérisée par un dérèglement focal du remodelage osseux qui peut être à l'origine de déformations osseuses, fractures pathologiques, des complications neurologiques et même des transformations malignes. Le but de notre travail est de décrire les aspects cliniques, biologiques, radiologiques et évolutifs de cette affection osseuse.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective de 49 cas de maladie de Paget colligés dans le service de rhumatologies sur 17 ans.

Résultats :

L'âge moyen des patients était de 66.12 ans. Une légère prédominance masculine a été rapportée sexe ratio H/F= 1.33.

La clinique:

La présentation clinique de la maladie était très variée dominée par les douleurs osseuses dans 65.3% des cas, les arthralgies dans 24.48% des cas, les douleurs rachidiennes dans 22.44% des cas, les déformations osseuses dans 14.28% des cas avec une moindre fréquence des signes généraux.

Biologie:

un syndrome inflammatoire biologique était observé chez 13 patients et les phosphatases alcalines(PAL) étaient augmentées dans 59.18% des cas avec une moyenne de 712.1UI/L.

Radiographies:

Des anomalies radiologiques à type d'hypertrophie d'un segment osseux, désorganisation architecturale de la trame osseuse, épaissement de la voûte crânienne avec aspect floconneux ont été constatées. Les anomalies radiologiques prédominaient au niveau du bassin dans 53.66% des cas, le rachis en deuxième lieu dans 42.85% des cas, le crâne dans 34.69% des cas puis vient l'atteinte des os longs.

La scintigraphie osseuse a montré une hyperfixation au niveau du bassin dans 59.18% des cas, vertébrale dans 44.89% des cas, touchant le crâne dans 28.57% des cas et les os longs dans 51% des cas.

Traitement:

Un traitement par bisphosphonates par voie orale a été prescrit chez 14 patients et par voie intraveineuse chez 24 patients.

Complications:

complication	Fréquence %/ nombre de cas
Arthropathies pagétiques	32.65% des cas
sensorielles	14.28% des cas
Compression médullaire	2 cas
Compression radiculaire	2 cas
Fracture pathologique	2 cas
Transformation sarcomateuse	1 cas

Conclusion :

La maladie de Paget est une maladie mystérieuse du sujet âgé dont la présentation clinique est polymorphe. Sa gravité réside dans ses éventuelles complications graves. L'avènement des bisphosphonates a considérablement changé le pronostic de cette maladie et ils représentent actuellement la thérapeutique de première intention.



Arthrite septique du membre supérieur : A propos de 15 observations

W.Triki, R.Tekaya, H.Sahli, I.Mahmoud, O.Saidane, A.Ben Tekaya, L.Abdelmoula

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis

Introduction: L'arthrite septique(AS) est une infection microbienne avec présence du germe au sein même de l'articulation. Elle constitue une urgence diagnostique et thérapeutique car elle engage le pronostic fonctionnel articulaire mais parfois également le pronostic vital en cas de bactériémie associée et de choc septique. Le diagnostic est de difficulté variable et repose sur l'identification du germe qui est cruciale pour le succès du traitement. Les arthrites du membre supérieur sont moins fréquentes par rapport aux autres localisations, elles occupent le 4ème rang après le genou, la hanche et la cheville. L'objectif de notre travail est de préciser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, bactériologiques, radiologiques et thérapeutiques de l'AS localisée au membre supérieur à travers une série de 15 patients.

Matériels et méthodes: Etude rétrospective portant sur 15 patients hospitalisés pour une arthrite septique du membre supérieur dans le service de rhumatologie colligés sur une période de 15 ans.

Résultats: Il s'agissait de 8 hommes et de 7 femmes dont l'âge moyen est de 54 ans.

Antécédants



Différentes localisations



Le délai diagnostique variait de 8 jours à 12 mois. Les douleurs articulaires avec enraidissement étaient le principal motif de consultation. La fièvre était présente chez 10 patients. Le syndrome inflammatoire biologique était présent chez tous les patients avec une moyenne de la C réactive protéine de 210mg/l,

Une porte d'entrée a été identifiée dans 4 cas, il s'agissait d'une porte d'entrée cutanée chez 2 patients, une porte d'entrée pulmonaire chez 1 patient et une porte d'entrée ORL chez un autre. Les radiographies montraient des destructions ostéo-articulaires dans 9 cas. L'échographie a confirmé l'épanchement articulaire et l'épaississement synovial dans 12 cas et a permis de guider la biopsie synoviale chez 2 patients. Nous avons eu recours à la biopsie chirurgicale dans 3 cas. Le diagnostic d'AS a été porté sur la bactériologie dans 7 cas, l'histologie dans 4 cas et sur un faisceau d'argument clinico-biologique chez 4 patients. Les germes pyogènes responsables étaient : le staphylocoque chez 2 patients, la klebsielle dans 2 cas, le gonocoque dans 1 cas. Une tuberculose ostéo-articulaire a été confirmée par l'examen histologique chez 3 patients dont un qui avait une localisation disco-vertébrale associée et un qui avait une localisation pulmonaire associée. Tous les patients ont eu une antibiothérapie adaptée au germe responsable et 2 ont bénéficié en plus de l'antibiothérapie d'un traitement chirurgical. L'évolution a été bonne chez 11 patients, 2 patients ont eu une complication à type de septicémie et 2 patients sont décédés.

Conclusion: L'arthrite septique demeure une urgence médicale car tout retard diagnostique et thérapeutique grève lourdement l'avenir fonctionnel de l'articulation. Le traitement de l'arthrite septique se base sur l'antibiothérapie qui doit être précoce, à forte dose et adaptée ou à adapter à l'agent causal. Il doit se faire en milieu hospitalier. La tuberculose articulaire demeure fréquente dans les pays en voie de développement et doit être recherchée systématiquement en cas de présence d'arguments en faveur.



Place de la ponction biopsie disco vertébrale dans le diagnostic de la spondylodiscite tuberculeuse

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

Rhumatologie Hopital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction :

L'efficacité de la ponction biopsie disco vertébrale (PBDV) pour porter le diagnostic de spondylodiscite tuberculeuse varie entre 27 et 52% dans la littérature.

Le but de notre étude était d'évaluer le rendement de la PBDV au cours de l'approche diagnostique de la spondylodiscite tuberculeuse chez notre population.

Matériels et Méthodes :

Une étude rétrospective et monocentrique a été menée au département de rhumatologie durant 20 années [1996-2016]. Nous avons étudié les dossiers des patients chez qui le diagnostic de spondylodiscite tuberculeuse a été porté et chez qui une PBDV a été pratiquée.

Résultats :

Une PBDV scannoguidée a été pratiquée chez 44 patients parmi 60 hospitalisés pour une spondylodiscite tuberculeuse (73%). Le rachis lombaire était le plus fréquemment ponctionné (28 cas, 63%) suivi par le rachis dorsal dans 13 cas (30%) et cervical dans 3 cas (7%). L'efficacité globale de la PBDV était de 39% : le diagnostic de spondylodiscite tuberculeuse était formellement retenu grâce à la PBDV dans 17 cas en objectivant à l'examen histologique un granulome géantocellulaire dans 17 cas et une nécrose caséuse seulement dans 7 cas. L'examen bactériologique n'a isolé dans aucun cas un bacille alcoolacido résistant.

La PBDV n'était pas concluante dans 22 cas montrant des signes d'inflammation non spécifiques, et non interprétable dans les 5 autres cas par insuffisance des fragments biopsiés. Le diagnostic dans ces cas était retenu sur la conjonction d'arguments clinicobiologiques et radiologiques.

Conclusion :

La PBDV reste un moyen diagnostique indispensable devant toute suspicion de spondylodiscite tuberculeuse. Toutefois, l'examen bactériologique manque d'efficacité, et pourrait être amélioré par le recours à la réaction en chaîne à la polymérase.



Prise en charge des sacro-iliites infectieuses en milieu rhumatologique

Boussaa H, Boussaid S, Rejik S, Ajlani H, Sahli H, Cheour E, Elleuch M

Service de rhumatologie, CHU La Rabta

INTRODUCTION :

Les sacro-iliites infectieuses sont des atteintes ostéo-articulaires rares. La situation profonde de l'articulation est à l'origine d'une sémiologie parfois trompeuse, responsable d'un retard diagnostique. Le but de cette étude est d'en étudier les aspects cliniques, para-cliniques et thérapeutiques.

PATIENTS ET METHODES :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive incluant les cas de sacro-iliites infectieuses (SII) colligés en milieu rhumatologique sur une période de 10 ans (2007-2017).

RESULTATS:

- 10 cas: 8F et 2H
- Age moyen: 42+/-23 ans (15-73)
- Germes:



- Facteurs favorisants retrouvés chez 5 patients: infection urinaire, pneumopathie, post-partum, antécédents de brucellose ou tuberculose mal traitées.
- Durée moyenne d'évolution: 76 jours
- Fessalgie inflammatoire chez 9 patients et douleur pseudo-radiculaire chez 1 patient avec fièvre et AEG dans 66% des cas
- SIB dans tous les cas, majeur dans 55% des cas
- Rx standard normale chez 2 patients
- TDM/IRM: sacro-iliite plus fréquemment à gauche, bilatérale dans 2 cas avec abcès des parties molles dans 44% des cas
- Moyens diagnostiques: Ponction-biopsie de l'articulation sacro-iliaque pour les germes pyogènes et la tuberculose et les sérologies de Wright et Rose Bengale pour la brucellose
- Durée moyenne de l'antibiothérapie: 5, 7 et 12 mois respectivement pour les SII à pyogènes, brucelliennes et tuberculeuses avec bonne évolution clinico-biologique.

DISCUSSION:

- Nos résultats étaient concordants aux données de la littérature où l'âge moyen était de 39,7 ans avec une prédominance féminine
- Dans notre série, les facteurs de risque étaient retrouvés dans 50% des cas (44 à 55.5% dans la littérature)
- Le polymorphisme clinique semble expliquer le retard diagnostique avec un délai moyen de 43,3 jours
- Le signe d'appel le plus fréquemment décrit était une douleur lombo-fessière associée de façon variable à une fièvre (66% dans notre étude vs 35.5% dans la littérature)
- L'infection était généralement unilatérale avec une atteinte préférentielle du côté gauche.
- Le staphylocoque aureus était le germe le plus fréquent dans les SII à pyogènes
- L'IRM est l'examen de référence pour le diagnostic des SII
- Pour les SII à pyogènes, il est recommandé de démarrer une antibiothérapie par voie parentérale pendant 2 semaines avec relais per os pendant 6 semaines.

CONCLUSION :

Le diagnostic de sacro-iliite infectieuse doit être évoqué devant toute douleur fessière fébrile et sera confirmé par l'imagerie et l'isolement du germe. Seul un traitement antibiotique précoce et adapté permet d'obtenir la régression rapide des symptômes et la guérison.



Prise en charge des spondylodiscites tuberculeuses en milieu rhumatologique

Boussaa H, Boussaid S, Rekik S, Ajlani H, Sahli H, Cheour E, Elleuch M

Service de rhumatologie, CHU La Rabta

INTRODUCTION :

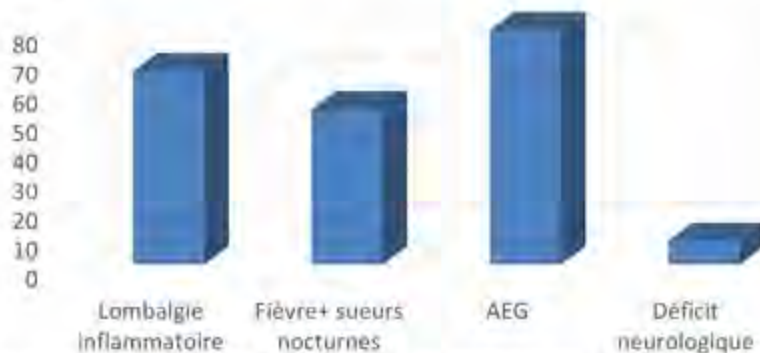
On estime que 1/3 de la population mondiale est infecté par le bacille de Koch. 90% d'entre eux se trouvent dans les pays en voie de développement où la tuberculose constitue encore un véritable problème de santé publique. La spondylodiscite tuberculeuse appelée aussi « mal de pott » est la forme la plus fréquente des localisations ostéo-articulaires. Le but de ce travail est d'en étudier les aspects cliniques, para-cliniques et thérapeutiques.

PATIENTS ET METHODES :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive incluant les cas de spondylodiscite tuberculeuse colligés dans un service de rhumatologie sur une période de 10 ans (2007-2017)

RESULTATS ET DISCUSSION:

- 15 cas: 8 F et 7 H
- Age moyen: 59+/-16 ans (34-91)
- Des antécédents de PR, hépatite virale, diabète et insuffisance rénale terminale étaient retrouvés
- Contage tuberculeux/ATCD de tuberculose pulmonaire: 3 cas
- L'atteinte rachidienne: lombaire dans 40% des cas, multi-étagée dans 27% des cas
- Tuberculose multifocale chez 3 patients (foie, poumon, sacro-iliite)
- Durée moyenne d'évolution: 190 jours
- Symptômes:



- SIB dans 93% des cas avec une lymphopénie dans 20% des cas
- IDR à la tuberculine positive chez 5 patient (13,4mm en moyenne) et phlycténulaire chez 3 autres
- Le dosage du Quantiferon réalisé chez un seul patient était positif
- Imagerie:

CONCLUSION :

La tuberculose rachidienne est une affection fréquente et grave qui peut engager le pronostic fonctionnel voire vital, d'où l'intérêt d'un diagnostic et d'une prise en charge précoces.



- La ponction-biopsie disco-vertébrale pratiquée chez 13 patients a permis un diagnostic bactériologique et anatomo-pathologique respectivement dans 2 et 5 cas
- Le drainage des abcès du psoas chez 3 patients n'a permis d'isoler le Mycobacterium Tuberculosis que dans un seul cas
- Durée moyenne du traitement anti-tuberculeux: 12 mois avec immobilisation adéquate dans 73% des cas
- Complications: compression médullaire dans 2 cas, syndrome de la queue de cheval dans 1 cas, 2 décès dont un par compression médullaire haute et un par hyponatrémie en rapport avec une sécrétion inappropriée d'ADH par les granulomes épithélioïdes.

Dans les pays endémiques, le mal de Pott touche surtout les enfants et les sujets jeunes. Des facteurs prédisposants sont décrits tel que la malnutrition, le diabète, les immunosuppresseurs, l'infection à HIV .. Son évolution est insidieuse avec une durée moyenne de 4 à 11 mois, le signe clinique le plus fréquent est une douleur rachidienne. L'IRM est l'examen de choix mais la confirmation diagnostique est bactériologique. Les recommandations de l'OMS sont un traitement quadruple pendant 2 mois suivi d'un traitement double pendant 6 mois.



Le Mal de Pott : à propos de 37 cas

Bettaieb H., Ben Jemaa S., Khalifa D., Feki A.; Bouenba MA., Akrouf R., Ezzeddine M., Kallel MH., Fourati H., Baklouti S
Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie

Introduction :

Les spondylodiscites infectieuses représentent une urgence diagnostique et thérapeutique compte tenu de leur taux significatif de morbidité et parfois de mortalité. Le mal de Pott en constitue la cause la plus fréquente dans les pays où la tuberculose sévit encore.

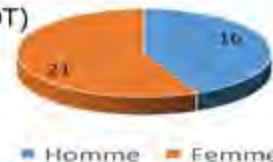
L'objectif de ce travail est de décrire les différents aspects épidémiologiques, clinico-biologiques, iconographiques et thérapeutiques de cette affection.

Patients et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 74 cas de spondylodiscites infectieuses colligés au service sur une période de 27 ans [1990-2017].

Résultats:

Répartition selon le sexe



-37 cas de spondylodiscites tuberculeuses (SPDT)
16 hommes et 21 femmes.

-L'âge moyen était 57 ans [25-83].

-Le délai moyen des symptômes = 6 mois

-La notion de contag tuberculeux était retrouvée chez 20 patients (54%).

❖ CLINIQUE %

Rachialgies	100%
Fièvre suduro algique	19%
AEG	60%
Syndrome rachidien	95%
Syndrome radiculaire	15%
Déficit neurologique	19%

❖ DONNEES RADIOLOGIQUES

Nombre des TDM du rachis faites	19
Nombre des IRM du rachis faites	37
Localisation lombaire	65%
Localisation dorsale	43%
Localisation cervicale	5%
Atteinte multifocale	24%

❖ DONNEES BIOLOGIQUES:

-Le syndrome inflammatoire biologique était retrouvé dans 68% des cas.

-La Ponction biopsie discovertébrale scannoguidée faite chez 68% des patients et concluante dans la moitié des cas.



SPDT L2-L3/L3-L4 avec un abcès en regard de L3 s'étendant aux parties molles et une epidurite associée.

❖ **L'évolution finale** était favorable avec signes de reconstruction chez 18 patients. 9 cas ont gardé des dorsalgies séquellaires et un patient avait une paraplégie flasque.

Six malades étaient perdus de vue et trois cas sont encore suivis à notre consultation.

❖ COMPLICATIONS:

EPIDURITE	27%
ABCES PARAVERTEBRAL	41%
COMPRESSION MEDULLAIRE	16%

❖ Traitement :

La durée totale moyenne du traitement était de 14 mois. Le recours à la chirurgie était jugé nécessaire chez 2 patients (paraplégie).

Discussion:

- Dans notre série, La SPDT représentait 50% des Spondylodiscites infectieuses.
- Il existe une légère prédominance féminine (sex ratio : 1,3)
- Les signes fonctionnels étaient dominés par les rachialgies inflammatoires et l' AEG.
- Le diagnostic repose essentiellement sur la Ponction biopsie discovertébrale et L'IRM vertébro-médullaire.
- Les Abcès para vertébraux et l'epidurite semblent être les complications les plus fréquentes

Conclusion:

Les spondylodiscites tuberculeuses restent encore fréquentes dans les pays en voie de développement avec une présentation clinique très polymorphe. Une prise en charge précoce est le seul garant d'une évolution favorable.

Les spondylodiscites infectieuses à pyogènes en milieu rhumatologique

Bettaieb H., Ben Jemaa S., Khalifa D., Feki A., Bouenba MA., Akrouf R., Ezzeddine M., Kallel MH., Fourati H., Baklouti S
Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie

Introduction :

Les spondylodiscites infectieuses à pyogènes SPDP sont peu fréquentes. Elles représentent 2 à 4% des infections ostéoarticulaires à pyogènes. Cependant, une augmentation de leur incidence a été rapportée au cours des dernières années. Le but de ce travail est d'étudier les principaux facteurs de risque ainsi que les caractéristiques clinico-biologiques et thérapeutiques des SPDP.

Patients et Méthodes :

C'est une étude rétrospective colligeant 31 patients hospitalisés dans notre service pour SPDP durant une période de 27 ans [1990-2017].

Résultats:

- Il s'agit de 18 hommes et 13 femmes (sex ratio=1,4).
- L'âge moyen était de 57ans.
- Le délai moyen de la symptomatologie était de 2mois [3jours-6mois].

❖ Cliniquement:

Les signes révélateurs étaient les rachialgies inflammatoires (100%), l'altération de l'état général (45%) et la fièvre (32%).
Le syndrome rachidien et radiculaire étaient retrouvés dans 97% et 32% des cas.

❖ Le terrain:

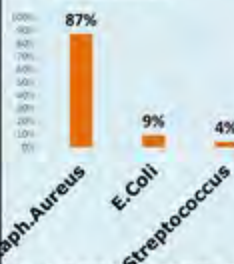
- Une infection récente : 29% des cas (septicémie, cutanée et urinaire).
- Une cause iatrogène : 32% des cas (Infiltration péridurale de corticoïdes et chirurgie récente).

❖ L'enquête bactériologique :

- Positive dans 71% des cas.
- Chez 29% des patients, la SPDP était présumée bactérienne non tuberculeuse et non brucellienne.
- Le germe était isolé dans 21% des hémocultures et 26% des ECBU.
- La Biopsie discovertébrale scannoguidée, réalisée chez 13 patients a montré ces résultats:

Germes non spécifiques	61%
Staphylocoque Aureus	8%
Spondylodiscite chronique	8%
Négative	23%

❖ Germes:



❖ Imagerie:

TDM :9cas

Anomalies de la densité du disque	22%
Destruction vertébrale	44%
Abscès paravertébral	22%
Compression médullaire	11%

IRM :29 cas

Anomalies du signal du disque	100%
Epidurite	35%
Abscès paravertébral	16%
Compression médullaire	10%

❖ Localisation Rachidienne:

- Rachis lombaire (42%) puis le rachis dorsal (16%).
- Atteinte multifocale dans 24% des cas.

❖ Traitement:

Une antibiothérapie pendant une durée moyenne de 11mois.

1 cas de chirurgie : une laminectomie décompressive en urgence.

❖ L'évolution favorable :81%

- 2 décès :
 - insuffisance rénale chronique
 - état de choc septique non jugulé par l'ATB.



SPDP avec un abcs para vertébral

Discussion:

- Les co-morbidités et l'iatrogénie sont responsables de la majorité des SPDP.
- Dans notre série, les SPDP étaient présumées bactérienne sans preuve bactériologique dans un tiers des cas.
- Le Staphylocoque Aureus est le germe le plus incriminé.
- La localisation lombaire est la plus fréquente
- L'IRM médullaire constitue l'imagerie du choix pour le dépistage des complications neurologiques.

Conclusion :

Les complications des SPDP demeurent fréquentes et relativement graves. Le meilleur traitement reste la prévention qui est tributaire d'une asepsie rigoureuse avant tout geste interventionnel ostéoarticulaire à visée diagnostique et thérapeutique.

La spondylodiscite infectieuse du sujet âgé a-t-elle le même profil que le sujet jeune?

Bettaieb H., Ben Jemaa S., Khalifa D., Feki A. Bouenba MA., Akrouf R., Ezzeddine M., Kallel MH., Fourati H., Baklouti S
Service de Rhumatologie CHU Hedi Chaker Sfax Tunisie

Introduction:

La spondylodiscite infectieuse (SDI) est une pathologie pouvant compromettre le pronostic vital et fonctionnel surtout chez les sujets âgés. Le vieillissement et l'augmentation de l'espérance de vie conduisent à s'interroger sur les particularités éventuelles des SDI survenant chez cette population.

Patients et méthodes :

- étude rétrospective monocentrique comparative colligeant 74 cas de SDI hospitalisés au service de rhumatologie de SFAX sur une période de 27 ans [1990-2017].
- Les données démographiques et cliniques des patients ainsi que l'enquête étiologique et les complications de la maladie ont été recueillis.
- Nous avons divisé la population en deux groupes :
 - **Groupe 1 (G1) : âge > 65 ans** et
 - **Groupe 2 (G2) : âge < 65 ans.**

Résultats:

- Il s'agissait de 40 hommes et 34 femmes avec un sex ratio de 1,17.
- La répartition des patients était comme suit :
- La **durée de la symptomatologie** était identique entre les deux populations avec une moyenne de 4 mois et demie.

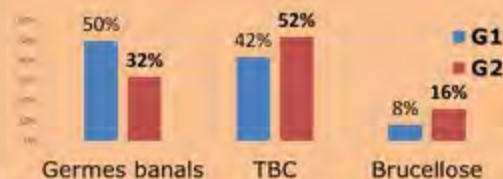
CLINIQUE:

CLINIQUE:	G1	G2
Rachialgies inflammatoires	100%	100%
Fièvre	19%	21%
AEG	58%	44%
Syndrome rachidien	100%	100%
Syndrome radiculaire	27%	40%

BIOLOGIE:

Syndrome inflammatoire	88%	66%
------------------------	-----	-----

LE GERME:



EVOLUTION DEFAVORABLE:

Dans G1: Un cas de paraplégie séquellaire flasque et un décès par SDI à pyogène avec une collection des parties molles et un état de choc septique .

Dans G2: Un seul décès (Insuffisance rénale chronique ancienne décompensée).

Discussion:

Les SDI des sujets âgés sont dans la moitié des cas à germes banals. Elle surviennent dans 30% des cas sur un terrain d'immunodépression. L'atteinte multifocale est retrouvée dans un tiers des cas. Dans notre série, les abcès para vertébraux étaient moins fréquents qu'au cours des SDI des sujets jeunes.

TERRAIN:

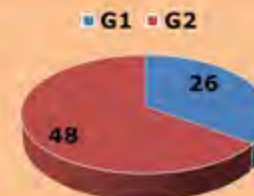
	G1	G2
immunodépression	31%	10%
Inoculation directe	0%	6,25%
Septicémie	19%	14%

LOCALISATION DU RACHIS:

	G1	G2
lombaire	73%	70%
dorsale	27%	27%
cervicale	15%	8%
multifocale	31%	17%

COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES:

Epidurite	26%	30%
Abcès para vertébral	15%	30%
Compression médullaire	8%	12,5%



LA PONCTION DISCOVERTEBRALE

- ◻ **G1:** faite dans 54% des cas et a isolé le germe dans 19%
- ◻ **G2:** faite dans 60% des cas et a isolé le germe dans 17%

Conclusion :

La présentation clinique, biologique et bactériologique ainsi que le terrain sous jacent, permettent de distinguer la SDI chez le sujet âgé et le sujet jeune.



La brucellose ostéoarticulaire multifocale

Kaffel D, Essafi F, Hamdi W, Zouch I, Maatallah K, Kchir MM

Service rhumatologie, Institut Mohamed Kassab d'orthopédie

Introduction : La brucellose, connue historiquement sous le nom de fièvre de Malte ou mélitococcie, est une zoonose secondaire à des bactéries du genre *Brucella*. La fréquence de la forme ostéo-articulaire varie de 10% à 70% [1]. L'atteinte multifocale reste exceptionnelle.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant tous les cas de brucellose ostéoarticulaire multifocale hospitalisés dans notre service, sur une période de 10 ans [Février 2007- Février 2017].

Résultats :

Nous avons recensé 2 cas de spondylodiscite brucellienne multifocale et un cas de spondylodiscite associée à une arthrite brucellienne (Tableau).

1^{er} cas : Un patient âgé de 66 ans est hospitalisé pour exploration de lombalgies inflammatoires évoluant depuis 3 mois associées à une fièvre non chiffrée. L'examen était normal en dehors d'une raideur du rachis lombaire. Les radiographies standards avaient montré un pincement discal au niveau de T9-T10, L2-L3 et L5-S1. L'IRM a retrouvé des spondylodiscites localisées aux étages T9-T10, L2-L3, L5-S1. La sérologie de wright ainsi que le test au rose Bengale étaient positifs.

2^{ème} cas: Un patient claustrophobe, suivi pour une polyarthrite rhumatoïde séropositive traitée par Methotrexate et prednisolone à la dose de 10 mg/j, a présenté des cervicalgies ainsi qu'une lombocruralgie L3 inflammatoires. L'examen a révélé une raideur rachidienne globale avec un déficit musculaire du quadriceps droit. Les radiographies standards, ainsi que le scanner avaient montré de multiples spondylodiscites aux étages C3-C4, C4-C5, C5 -C6, T10-T11, L1-L2 et L3-L4. Les hémocultures étaient positives à brucella.

3^{ème} cas: Le dernier patient était automédiqué par une corticothérapie au long court pour une cervicarthrose. Il a consulté devant l'aggravation des cervicalgies qui sont devenues d'horaire inflammatoire résistantes au traitement. L'examen a objectivé une raideur cervicale avec une arthrite du genou droit. Le liquide de ponction articulaire du genou était purulent (léucocytes : 8000000 elts/mm³ à prédominance polynucléaire neutrophile (80%)). Une TDM a montré une spondylodiscite C3 -C4.

	1 ^{er} dossier	2 ^{ème} dossier	3 ^{ème} dossier
Age	66	58	32
Ingestion de lait cru	oui	Non	oui
Métier à risque	oui	Non	oui
Milieu rural	oui	Oui	oui
CRP mg/l	148	40	7
VS mm	58	62	20
Sérologie Wright (séro-agglutination) UI/ml	+ (240)	+ (3840)	+(960)
Rose Bengale	+	+	+
Antibiotiques	Doxycycline 200mg/j + Rifampicine 20 mg/kg /j	Doxycycline 200mg/j + Rifampicine 20 mg/kg /j	Doxycycline 200mg/j + Rifampicine 20 mg/kg/j
Durée (mois)	3	3	3
Evolution	Bonne	bonne	Bonne

Discussion: Au cours de la brucellose ostéoarticulaire, l'atteinte des sacro-iliaques et des genoux est prédominante chez les enfants et les jeunes adultes. L'atteinte de la colonne vertébrale se voit chez les sujets adultes âgés[2]. La forme multifocale est exceptionnelle, mais doit être recherchée systématiquement [3].

Conclusion : Les brucelloses multifocales sont souvent l'apanage des patients immunodéprimés. Elles représentent une forme plus compliquée de la maladie qui nécessite une prise en charge plus lourde.

1-Madhour MM, Sharif HS, Abied MY, Al-Sayez MA. Osteoarticular brucellosis. Am J Roentgenol. 1988;150:1101-5

2-Raptisoulou and al. Brucellar spondylodiscitis: noncontiguous multifocal involvement. Clinical Imaging 2006; 30:214- 217

3-Chelli Bouaziz M, Ladeb MF, Chakroun M, Chaabane S (2008). Spinal brucellosis: a review. Skeletal Rad 37:785-790

Localisation secondaire exceptionnelle d'une spondylite à pyogènes : Endophtalmie Endogène

MOUANAA H., HACHFI H., ZROUR S., BEN HAMOUDA S., BERGAOUI N., YOUNES M.,

Service Rhumatologie CHU Taher Sfar, Mahdia, Tunisie

Introduction

L'endophtalmie endogène bactérienne également dénommée endophtalmie bactérienne métastatique reste un challenge diagnostique et thérapeutique.

C'est une entité très rare, par comparaison avec les endophtalmies exogènes, potentiellement cécitante survient sur un terrain d'immunodépression et diabète.

A notre connaissance, nous rapportons le 12^{ème} cas d'endophtalmie endogène secondaire à une infection ostéoarticulaire.

Observation

- Mme M.L., âgée de 47 ans diabétique type 2 suivie en dermatologie pour une pyodermite des 2 pieds évoluant depuis un mois traitée par amoxicilline + acide clavulanique durant 15 jours.
- Quatre jours après, la patiente a présenté des lombalgies inflammatoires aiguës, un syndrome rachidien et un syndrome inflammatoire biologique (CRP=287, VS= 132)
- **Radiologie:**
 - **Rx du rachis lombaire:** Sans anomalie.
 - **IRM rachidienne:** Lyse du plateau supérieur de L4 avec des micro abcès du psoas droit.
- **bilan infectieux:**
 - Hémocultures: Négatives
 - Echographie cardiaque: Pas des lésions en faveur d'une endocardite infectieuse.
 - Ponction biopsie osseuse n'a pas été réalisée.

✓ Le diagnostic de spondylite infectieuse primitive à germe pyogène a été retenu

• Thérapeutique:

- La patiente a été traitée par Cefotaxime - Vancomycine.

• Evolution

- Trois jours après, la patiente a rapporté un flou visuel récent et l'examen ophtalmologique a objectivé hyalite et un abcès sous rétinien en nasal confirmé par échographie B.
- Elle a eu antibiothérapie probabiliste anti staphylocoque par voie orale et locale (2 injections intra_vitrienne) à base vancomycine et Cefotaxime avec une bonne évolution.

✓ Le diagnostic d'une endophtalmie endogène avec un foyer primitif ostéoarticulaire (spondylite) était retenu.

Conclusion

Un interrogatoire et un examen clinique minutieux au cours de la surveillance d'une spondylite infectieuse permettent de détecter des localisations secondaires atypiques telles que l'endophtalmie endogène mettant en jeu le pronostic visuel.



Agranulocytose secondaire à la Téicoplanine dans le cadre d'un traitement des infections ostéoarticulaires

MOUANAA H., HACHFI H., ZROUR S., BEN HAMOUDA S., BERGAOUI N., YOUNES M.

Service Rhumatologie CHU Taher Sfar Mahdia

Introduction

La tolérance à la Téicoplanine est généralement bonne. La leuco-neutropénie a rarement été observée (0,3%).

Nous rapportons un cas traité par Téicoplanine pour une spondylodiscite infectieuse des infections osseuses qui a présenté une leuco-neutropénie fébrile grave après 10 jours de traitement.

Observation

Mr H. S. âgé de 57 ans diabétique type 2 au stade de complications dégénératives avec une amputation de 1^{er} et 3^{ème} orteils gauche en Septembre 2017.

- **Clinique:**
 - Il présentait une semaine après l'acte chirurgical une lombosciatique L5 gauche inflammatoire.
- **Biologie:**
 - Il avait un syndrome inflammatoire biologique (CRP=173mg/L, VS=75mm)
- **Radiologie:**
 - Irrégularité des 2 plateaux opposées avec un pincement du disque L3-L4 aux radios standards.
- **IRM rachidienne:**
 - On a objectivé une spondylodiscite multifocale L3-L4, D6-D7 et D8-D9.

✓ Le diagnostic d'une spondylodiscite infectieuse primitive à germe pyogène a été retenu.

• Thérapeutique:

- Il a été mis sous une antibiothérapie probabiliste anti staphylocoque à base de Téicoplanine (400mg/J avec une dose de charge 800 mg/J)3J) et Claforan.

• Evolution:

- Notre patient, déjà anémique, a présenté une leuco-neutropénie fébrile grave et une thrombopénie après 10 jours de traitement.
- L'échographie cardiaque n'a pas objectivé une endocardite infectieuse.
- Six jours après un switch de l'antibiothérapie, les valeurs hématologiques se normalisent.

✓ Une agranulocytose Téicoplanine a été retenue.

Conclusion

Le mécanisme de toxicité hématologique de la Téicoplanine reste inconnu. L'agranulocytose reste très rare par rapport à une excellente tolérance et efficacité. Une surveillance hématologique rapprochée serait souhaitable.



Trouble de sommeil au cours de la lombalgie chronique chez les sujets âgés

Haddada I., Brahem M., Hachfi H., Ben Hammouda S., Younes M.

Service de Rhumatologie EPS Taher Sfar Mahdia

Introduction:

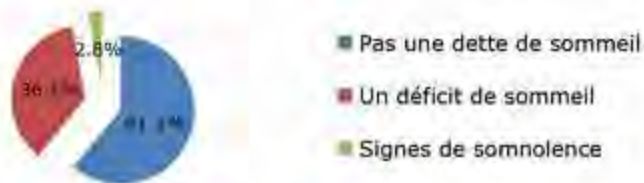
>La lombalgie du sujet âgé est fréquente, mais demeure à ce jour sous-estimée en termes de retentissement physique et surtout psychologique et social.
Les troubles de sommeil, aussi fréquents en gériatrie, peuvent majorer les douleurs et celles ci peuvent provoquer des troubles du sommeil ce qui présentent des sources potentielles de complications majorant la perte d'autonomie et altérant la qualité de vie
>Notre objectif est d'évaluer les troubles du sommeil chez les lombalgiques âgés.

Patients et méthodes:

Il s'agit d'une étude transversale de 36 patients âgés de plus de 65 ans, souffrant d'une lombalgie chronique, s'étalant sur sept mois (Février et Aout 2016).
On a étudié la relation entre la lombalgie chronique chez les sujets âgés et les troubles du sommeil en utilisant le Epworth score et Pittsburgh (PSQI) qui explore les troubles du sommeil du mois précédent.

Résultats:

L'âge moyen de nos patients était de 68,50 ans [65-79 ans]. 52,8% étaient des femmes.
• La moyenne de l'EVA douleur est de 4,13 [1-9].
• 52,8% des cas étaient sous traitement antalgique, 77,8 % sous AINS.



Répartition des patients selon l'existence de trouble du sommeil selon le score d'Epworth.

Le score global moyen de **PSQI**= 6,91 [extrêmes allant de 1 à 19]

- * la qualité subjective du sommeil= 1,08,
- *la latence du sommeil = 1,25
- * la durée du sommeil= 1,27
- *l'efficacité habituelle du sommeil= 1,16
- *les troubles du sommeil= 1,25
- * l' utilisation d'un médicament du sommeil= 0,33
- * la mauvaise forme durant la journée= 0,5

Discussion:

- ❖La lombalgie chronique n'est pas seulement un symptôme, c'est une condition qui affecte tous les aspects de la vie. Un de ces aspects est le sommeil, qui peut devenir sérieusement perturbé chez ces patients [1].
- ❖La prévalence des troubles du sommeil au cours de la lombalgie chronique varie entre 42% et 58% [2].
- ❖Les lombalgiques âgés semblent avoir une prévalence élevée de troubles du sommeil et sont même deux fois plus susceptibles d'être hospitalisés que ceux sans troubles du sommeil [3].
- ❖ Dans une étude cas- témoin menée par Marty M. [2]: une association entre la lombalgie chronique et les troubles du sommeil chez les âgés et même avec la gravité de ces troubles (PSQI moyen : $10,9 \pm 4,9$ vs $4,7 \pm 3,2$, $P < 0,0001$).
- ❖Menefee et al. a étudié l'association entre l'âge et les troubles du sommeil. Dans cette étude on a trouvé une association positive entre deux composante du sommeil (la latence du sommeil ($p < 0,001$) et la somnolence diurne ($p < 0,007$)) avec l'âge avancé [2].

Conclusion:

Notre étude a bien montré la fréquence des troubles du sommeil chez les sujets âgés souffrants d'une lombalgie chronique.
les troubles du sommeil doivent être pris en compte dans la prise en charge globale surtout du sujet âgé au cours de la lombalgie chronique.

Références:

1. Menefee LA, et al Clin J Pain 2000; 16:290-297
2. Marty M,et al. Eur Spine J. 2008;17(6):839-844



Dépistage des fractures vertébrales asymptomatique par VFA (Vertebral Fracture Assessment)

El Amri N., Brahem M., Ben Jeddou K., Baccouch K., Belghali S., Alaya Z., Zeglaoui H., Bouajina E.

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse.

Introduction:

• Les patients atteints d'ostéoporose présentent un risque important de fractures, surtout au niveau vertébral, poignet et col de fémur.
• Vu que les fractures vertébrales (FV) sont souvent asymptomatiques, altérant la qualité de vie, augmentant la morbi-mortalité et favorisant la survenue de nouvelles fractures vertébrales et non vertébrales, leur détection représente un challenge pour les cliniciens.

➢ **Notre objectif est d'évaluer la fréquence des FV par simple VFA chez les patientes asymptomatiques avec facteurs de risques de fracture.**

Patients et méthodes:

- Il s'agit d'une étude transversale incluant des femmes qui ont été référées par leurs médecins traitants pour mesure de densité minérale osseuse (DMO) ;
- La VFA (Vertebral Fracture Assessment) a été indiquée au service de rhumatologie à l'hôpital Farhat Hached à Sousse, durant une période d'étude de 3 mois (septembre -novembre 2017).
- Les critères d'inclusions étaient les femmes âgées de plus de 60 ans avec T score ≤ -2 DS, une perte de taille historique de 4 cm ou plus, une perte de taille prospective > 2 cm sur 2ans, antécédent de fracture vertébrale et toute patiente avec maladie ou sous traitement (corticothérapie et anti-aromatase) ayant un risque de FV. Les fractures vertébrales sont définies selon la classification de Genant.

Résultats:

- Age moyen (31 patientes) = $61,3 \pm 11,3$ ans [38-82],
- Indice de masse corporelle moyen: $27,65 \pm 4,8$ Kg/m² [17,8-40,17].
- **Selon la classification de l'OMS:**
 - 17 femmes (54,8%) avaient une ostéoporose,
 - 10 (32,3%) avaient une ostéopénie,
 - 4 (12,9%) avaient une DMO normale.

- **Indications pour la pratique de VFA** : un âge de plus de 60 ans avec T score ≤ -2 DS, une perte de taille historique de 4 cm ou plus, un antécédent de fracture vertébrale, un traitement au long cours par corticothérapie et un traitement par anti-aromatase, dans respectivement 25,8%, 12,9%, 6,5%, 45,2% et 9,7%.
- **Les FV étaient objectivées chez 6 femmes (19,4%), qui étaient de grade 1 (2 cas : 6,5%), grade 3 (2 cas : 6,5%) et grade 2+ 3 (2 cas : 6,5%).**
 - Les fractures étaient multiples dans 3 cas (9,6%).
 - Elles étaient localisées au niveau thoracique moyen dans 50% des cas et au niveau de la charnière dorso-lombaire dans 83,3% des cas.
 - Le profil densitométrique des femmes ayant des FV était en faveur d'une ostéoporose dans 3 cas (9,6%), d'une ostéopénie dans 2 cas (6,5%), et était normal dans 2 cas (6,5%).
 - Nous n'avons pas noté une de corrélation significative entre la présence de FVs et la présence d'ostéoporose ($p=1$).

Discussion:

- ❖ Il a été démontré que la majorité des patients avec FV reste méconnue, et que seulement une sur trois VF est diagnostiquée.
- ❖ Les FVs, même celles qui sont asymptomatiques sont associés à un risque accru de mortalité et morbidité.
- ❖ La VFA constitue un moyen simple et moins irradiant que la radiographie standard pour diagnostiquer à temps les FVs asymptomatiques.

Conclusion:

- Dans notre étude, la VFA a révélé des FVs asymptomatiques chez une femme sur cinq à risque de FV. Seulement la moitié des femmes ayant des FVs était ostéoporotique.
- La découverte de fracture vertébrale asymptomatique modifie alors le risque individuel de nouvelle fracture et conditionne le traitement.



Profil clinique et socio épidémiologique de la lombalgie chronique commune en consultation de rhumatologie

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

Rhumatologie Hopital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction :

La lombalgie chronique commune constitue un problème majeur de santé publique en raison de son impact sur la qualité de vie et son coût socioéconomique élevé. L'objectif de cette étude était d'évaluer le profil clinique et socio épidémiologique de la lombalgie commune en consultation de rhumatologie.

Matériels et Méthodes :

Etude descriptive menée sur une période de deux mois (Mai et Juin 2017) portant sur des cas de lombalgie commune chronique recensés en consultation externe de rhumatologie de façon consécutive pour éviter le biais de sélection. Les caractéristiques démographiques, cliniques, radiologiques et les modalités thérapeutiques ont été étudiées.

Résultats :

Cinquante deux consultants en rhumatologie souffraient d'une lombalgie commune chronique, avec 42 hommes (81%) et 10 femmes (19%) âgés en moyenne de 54 ans [26-72 ans]. L'âge moyen au début de la maladie était de 39 ans [24-69ans]. La moyenne de la durée d'évolution des signes fonctionnels était de 6 ans. La moyenne d'indice de masse corporelle était à 29,6kg/m². Des antécédents de traumatisme du rachis ou de lumbago étaient rapportés dans 14% et 48% des cas. Trente huit patients étaient des ouvriers journaliers (dans le domaine de l'agricole et le bâtiment), 5 patients étaient des cadres salariés, 4 étaient des professionnels de la santé, 2 étaient instituteurs et 3 étaient des conducteurs d'engins. La majorité des patients (87%) vivait en milieu urbain, avec de bonnes conditions socioéconomiques dans 17 cas (33%). Vingt-deux patients (42%) avaient une affiliation à la caisse nationale d'assurance maladie et 25 patients avaient une assistance médicale gratuite.

Des antécédents familiaux de lombalgie commune chronique ont été rapportés chez 48% des patients. Il s'agissait d'une discopathie dégénérative dans 32 cas (62%), d'une arthrose inter apophysaire postérieure isolée dans 12 cas (23%), d'un spondylolisthésis dans 4 cas (8%) et d'un canal lombaire étroit dans 4 cas (7%). Dans 55% des cas, la moyenne du délai de consultation était de 18 mois. La douleur avait une intensité moyenne à 5,5/10. La moyenne du SF12 était de 43,27. Ce score était inférieur à la normale dans tous les cas. L'examen clinique retrouvait un syndrome rachidien dans 61% des cas et dans 18% un syndrome radiculaire. L'examen neurologique était normal dans tous les cas. Sur le plan thérapeutique : tous les patients ont été mis sous traitement symptomatique à base d'antalgique et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. Presque la moitié des patients (48%) ont eu une rééducation vertébrale. Dans 45% des cas une résolution totale de la symptomatologie a été obtenue contre 15% d'échec thérapeutique.

Conclusion :

Notre étude a révélé que la lombalgie commune chronique est une affection fréquente pouvant toucher toutes les tranches d'âge et les catégories socioprofessionnelles et doit donc pouvoir bénéficier d'une prise en charge globale et multidisciplinaire vu sa répercussion sur la vie quotidienne et son coût élevé.



Les sacroiliites du post-partum : à propos de

2 cas

S. Rekik ; K. Zouaoui ; S. Boussaid ; H. Sahli ; E. Cheour ;
M. Elleuch – Hôpital La Rabta.

Introduction :

Les sacroiliites au cours du péri-partum sont des affections rares et peuvent être infectieuses ou inflammatoires. Nous rapportons à ce propos deux observations.

Observation :

Observation1 :

Une patiente âgée de 29 ans , suivie pour une hépatite B , primipare , avait présenté des fessalgies inflammatoires bilatérales prédominant à gauche 2 jours avant son accouchement avec une accentuation des douleurs en post-partum. Elle avait consulté un mois après son accouchement . Elle avait un syndrome inflammatoire biologique. L'enquête infectieuse était négative. L'IRM du rachis lombaire et du bassin montrait une sacroiliite bilatérale avec anomalies du signal de type oedémateux des sacroiliaques , coxofémorales et de la symphyse pubienne sans destruction osseuse ni abcès des parties molles . La patiente avait été mise sous anti-inflammatoires non stéroïdiens (150 mg d'indométacine /jour) avec une nette amélioration clinicobiologique.

Observation2 :

Une patiente âgée de 24 ans , sans antécédents pathologiques notables , primipare, présentait 5 jours après son accouchement une douleur droite d'allure mécanique avec une fièvre à 38.3°. Elle avait un syndrome inflammatoire biologique. L'enquête infectieuse était négative. Une biopsie sacroiliaque scannoguidée avait été réalisée montrant un remaniement fibro-oedémateux riche en polynucléaires neutrophiles et en plasmocytes évoquant plutôt une infection à germe banal .La patiente avait été mise sous antibiothérapie à base de céfotaxime et de gentamicine avec une bonne évolution clinico-biologique.

Discussion :

Les sacroiliites du post-partum sont des affections relativement rares qui peuvent être infectieuses ou inflammatoires , comme le soulignent nos observations . L'IRM reste l'examen de choix pour le diagnostic. On note , par ailleurs, une forte sensibilité de ces affections aux anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Conclusion :

Le diagnostic des sacroiliites du post-partum est difficile. De ce fait , un examen clinique rigoureux et une enquête étiologique approfondie sont souvent nécessaires.



L'atteinte de l'articulation sacro-iliaque au cours de la maladie de Paget

Aguir Z1 , Zrour S 2, Jguirim M2, Touzi M2, Berguaoui N2
1-Consultation de Rhumatologie - Hôpital régional de Jammel
2- Service de Rhumatologie – EPS Monastir

Introduction :

La maladie de Paget est une maladie osseuse bénigne, localisée, mono ou polyostotique, caractérisée par une accélération du remodelage osseux.

Elle se localise préférentiellement au niveau du bassin, des vertèbres lombaires, du fémur, de la colonne dorsale et du crâne et se traduit par des douleurs, des déformations osseuses, des arthropathies, voire des compressions nerveuses.

Le diagnostic est radiologique avec des anomalies caractéristiques de forme, de structure, de densité osseuse, sans oublier les très rares formes ostéolytiques.

Observations

La maladie de paget qui touche avec une particulière fréquence le bassin et le sacrum, avec souvent atteinte concomitante des 2 versants osseux de la sacro-iliaque, paraît classiquement respecter l'interligne articulaire qui reste visible sur les radiographies, en particulier dans sa partie inférieure.

La mise en évidence dans une observation de maladie de Paget d'une disparition totale de l'interligne sacro-iliaque, nous a incité à reprendre nos dossiers de sujets pagétiques. 7 radiographies de bassin de patients présentant une maladie de paget ont été revues pour préciser l'état des articulations sacro-iliaques.

Dans 4 cas, la maladie de Paget est découverte lors d'un bilan radiologique standard, après 50 ans, avec une légère prédominance masculine. Les signes qui ont attiré l'attention et qui ont motivé le bilan radiologique:

- douleurs osseuses.

Observations

La maladie de paget qui touche avec une particulière fréquence le bassin et le sacrum, avec souvent atteinte concomitante des 2 versants osseux de la sacro-iliaque, paraît classiquement respecter l'interligne articulaire qui reste visible sur les radiographies, en particulier dans sa partie inférieure.

La mise en évidence dans une observation de maladie de Paget d'une disparition totale de l'interligne sacro-iliaque, nous a incité à reprendre nos dossiers de sujets pagétiques. 7 radiographies de bassin de patients présentant une maladie de paget ont été revues pour préciser l'état des articulations sacro-iliaques.

Dans 4 cas, la maladie de Paget est découverte lors d'un bilan radiologique standard, après 50 ans, avec une légère prédominance masculine. Les signes qui ont attiré l'attention et qui ont motivé le bilan radiologique:

- douleurs osseuses.

- déformations du tibia "en lame de sabre"

- troubles vasomoteurs (hyperhémie cutanée en regard des lésions osseuses).

-L'état général est toujours conservé.

Dans 4 cas où la maladie touchait le sacrum et l'ilion, il existe une fusion de l'interligne sacro-iliaque dans 1 cas, confirmée par tomodynamométrie qui objective une continuité des travées osseuses entre sacrum et iliaque. Ces faits sont à rapprocher des blocs vertébraux acquis par destruction du disque au cours de la maladie de paget.

Conclusion :

La maladie de Paget est une maladie se caractérise par une accélération du remodelage osseux entraînant des douleurs et un risque de complications osseuses, articulaires ou neurologiques.

Torticolis chez un enfant révélant une luxation rotatoire atloïdo-axoïdienne

Aguir Z1 , Zrour S 2, Jguirim M2, Touzi M2, Berguaoui N2
1-Consultation de Rhumatologie - Hôpital régional de Jammel
2- Service de Rhumatologie – EPS Monastir

Introduction

La luxation rotatoire atloïdo-axoïdienne est exceptionnelle chez l'adulte et est plutôt l'apanage de l'enfant. Un torticolis irréductible et persistant chez un enfant doit faire suspecter une luxation rotatoire C1- C2 et à plus forte raison si ce torticolis fait suite à un traumatisme même minime ou une infection des voies aériennes supérieures.

Observation :

Il s'agit d'un enfant âgé de 13 ans sans antécédents pathologiques connus, hospitalisé pour prise en charge d'un torticolis droit. La symptomatologie remonte à quatre jours avant son hospitalisation, marquée par l'apparition brutale d'un torticolis sans notion de traumatisme ni de fièvre.

A l'examen, il y avait une contracture des muscles spinaux et du muscle sterno-cléido-mastoïdien gauche avec une légère sensibilité à la palpation des épineuses C2 et C3.

Des radiographies du rachis cervical de face et bouche ouverte ont été réalisées suivies d'une tomodensitométrie du rachis cervical ont montré la luxation rotatoire uniarticulaire atloïdo-axoïdienne (C1-C2) sans déplacement antérieur de C1 (type1).

Le malade a bénéficié d'une traction qui a été bien tolérée avec une bonne évolution clinique et radiologique. Une minerve plâtrée lui a été posée après réduction. Le contrôle ultérieur à 2 mois a trouvé un examen clinique et radiologique strictement normal.

Conclusion : La luxation rotatoire atloïdo-axoïdienne est une lésion purement ligamentaire qui se manifeste cliniquement par un torticolis irréductible. L'examen clinique reste fondamental et les radiographies standard sont un élément clé du diagnostic mais doivent être au moindre doute complétées par un scanner voire une IRM en urgence.

Les cervicalgies communes chez le professionnel de la santé

MOUANAA H., HACHFI H., ZROUR S., BEN HAMOUDA S., BERGAOUI N., YOUNES M.
Service Rhumatologie CHU Taher Sfar Mahdia

Introduction

Les cervicalgies représentent un motif de consultation fréquent en rhumatologie. Peu de données soulignent leur impact sur la capacité fonctionnelle et la qualité de vie des professionnels de la santé.

Notre objectif est d'évaluer le retentissement fonctionnel et psychologique et de déterminer les facteurs associés.

Patients et Méthodes

Étude transversale durant 5 mois (Juillet- Novembre 2017), menée sur 83 fonctionnaires du CHU Taher Sfar de Mahdia présentant des cervicalgies.

Nous avons déterminé pour chacun l'EVA douleur, l'incapacité fonctionnelle évaluée par l'indice de douleur et d'incapacité cervicale (INDIC), le HAQ et le HAD.

Résultats

- L'âge moyen est 37 ans +/- 10,4 [23-57]
- les hommes représentent 49% de l'échantillon
- Trente-un des patients étaient des médecins, 56% étaient des infirmiers, 6% étaient des techniciens et le reste était des secrétaires médicales
- La médiane de la durée d'évolution des symptômes: 4 mois [1, 15]
- La moyenne de l'EVA douleur est de $3,8 \pm 1,36$ [0-8]
- Soixante-deux pourcent des patients n'étaient pas satisfait au travail

- Quatre-vingt-douze pourcent des patients avaient des études universitaires
- La majorité (92,8%) avait un niveau socio-économique moyen.
- Trente-sept pourcent avaient des névralgies cervico-brachiales (NCB) qui étaient par ordre décroissant comme suit : 23% des cas avaient des NCB C6 et des NCB C7, 19% avaient NCB C5 et 10% avaient des NCB C8.
- L'INDIC moyen était $50,78 \pm 37$ [0, 131].
- Un état d'anxiété est retrouvé chez 44 (53%) et 32 (38%) des patients ont un état dépressif.
- L'EVA douleurs était statistiquement liée à un niveau d'étude bas, à l'affectation (spécialités chirurgicales) et à l'HAQ

Conclusion

Les conditions physiques et psychosociales sont des facteurs fortement associés aux cervicalgies, ainsi une stratégie préventive s'impose.



OSTEOPOROSE CORTISONIQUE DANS UN SERVICE DE MEDECINE INTERNE

F Rekik, R Ben Salah, C Turki, F Frikha, M Snoussi, H Loukil, M Jallouli, S Marzouk, Z Bahloul

Service de médecine interne - CHU Hédi Chaker- Sfax- Tunisie

Introduction:

L'ostéoporose cortisonique est la complication la plus fréquente de la corticothérapie. Elle constitue la première cause d'ostéoporose secondaire. Elle est multifactorielle et sa connaissance a largement bénéficié de progrès dans les domaines épidémiologiques, physiopathologique et thérapeutique. Le but de ce travail est de préciser la fréquence, les caractéristiques épidémiologiques, paracliniques et thérapeutiques de l'ostéoporose cortisonique.

Patients et méthodes:

Nous rapportons une étude rétrospective concernant 39 cas d'ostéoporose cortisonique parmi 128 cas d'ostéoporose colligés au service de médecine interne de Sfax durant une période de 15 an . Le diagnostic d'ostéoporose cortisonique a été retenu devant une DMO abaissée de plus de -1,5 déviations standard.

Résultats:

39 cas d'ostéoporoses cortisoniques ont été colligés. Sa fréquence est de 30,5% par rapport à la série totale d'ostéoporose et 85,7 % des ostéoporoses secondaires. Il s'agit de 34 femmes (87,5 %) et 5 hommes (12,5%). L' age moyen au moment du diagnostic était de 59 ans (extrêmes : 26-79ans). Cette ostéoporose cortisonique est plus fréquente chez le sujet jeune avec une corrélation significative ($p=0.011$). Tous nos patients ont reçu un traitement corticoïde au long cours et par voie générale : à forte dose chez 15 malades , initié par des bolus de solumédrol dans 8 cas, à dose moyenne ou à faible dose dans les autres cas. La dose cumulée moyenne de la corticothérapie est de 26 g de prednisone (Extrêmes 0,4-65g). La durée moyenne de la corticothérapie est de 14,5 ans (extrêmes 2-18 ans). Les indications de la corticothérapie étaient : une maladie systémique dans 33 cas, une maladie hématologique (3 cas), une affection dermatologique (2 cas) et une uvéite (1cas). Les radiographies standard ont montré un tassement vertébral dans 16 cas et d'autres localisations fracturaires dans 6 cas. La densitomètre osseuse a objectivé un T score vertébral moyen à - 2,78 déviations standard et un T score fémoral moyen de - 2,58 déviations standard

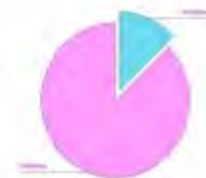
A coté du traitement vitaminocalcique instauré chez tous les patients, les bisphosphanates ont été administrés chez 23 patients et le ranélate de strontium dans un cas

Discussion:

L'ostéoporose cortisonique est la principale cause d'ostéoporose secondaire. Elle s'observe chez les patients recevant de façon prolongée une corticothérapie générale, et par ordre de fréquence les asthmatiques, les patients atteints de rhumatisme inflammatoire et les transplantés. Dans notre série, elle concerne essentiellement les patients présentant une maladie systémique ceci s'explique par le biais de recrutement d'un service de médecine interne. L'amplitude de la perte osseuse dépend essentiellement de la dose cumulée de la corticothérapie.

Conclusion :

L'ostéoporose cortisonique est assez fréquente dans notre série. Elle représente la principale cause des ostéoporoses secondaires .Son traitement est essentiellement préventif.



Place des infiltrations des corticoïdes dans la prise en charge thérapeutique du syndrome de canal carpien

Ferjani H, Besghaier L, Khchira S, Fessi I, Bouallegue S, Boumizza J

Hôpital régional de Zaghouan

Introduction :

Le syndrome de canal carpien (SCC) est un motif fréquent de consultation en rhumatologie. Sa prise en charge thérapeutique est mal codifiée et reste liée à la réponse de chaque patient et à l'éviction des facteurs déclenchants.

L'objectif de notre travail est d'évaluer l'intérêt des infiltrations de corticoïdes.

Matériels et méthodes :

Etude transversale menée durant 3 ans en consultation de rhumatologie portant sur des patients souffrant de SCC. Les paramètres cliniques, biologiques et électriques ont été recueillis avant le traitement. L'évaluation a pris en compte les signes cliniques et l'EVA douleur après le traitement.

Résultats :

Il s'agit de 72 patients (52 femmes et 20 hommes), âgés en moyenne de 46,8 ans. Tous nos patients consultaient pour des acroparesthésies surtout nocturnes unilatérales dans 50 cas et bilatérales chez 22 cas.

Le signe de Tinel était positif dans 64 cas et le signe de Phalen positif dans 38 cas. Aucun patient n'avait une complication neurologique ou une amyotrophie de l'éminence thénar.

Le bilan étiologique trouvait un diabète (12 cas), une hypothyroïdie (8 cas), une dyslipémie (6 cas) et des microtraumatismes d'origine professionnels (4 cas). L'électromyogramme (EMG) confirmait l'atteinte du nerf médian dans 53 cas, cette atteinte était modérée (80% des cas) et sévère dans 20% des cas. Initialement, tous nos patients avaient bénéficié d'un traitement antalgique, anti inflammatoire non stéroïdiens et d'une orthèse de repos. La réponse était favorable chez 10 patients qui avaient une atteinte modérée. On a associé un traitement à base de pré GABA à une dose allant de 150mg à 400mg/j chez 24 cas. Trente patients gardaient des paresthésies des mains malgré le traitement médical d'où des infiltrations de corticoïdes étaient indiquées. Les signes cliniques et l'EVA douleur ont été améliorés après la 1^{ère} infiltration chez 25 patients, la 2^{ème} infiltration faite après 1 mois était bénéfique chez 3 malades. Aucune amélioration n'a été notée chez deux patients, d'où le recours à la chirurgie.

Le syndrome du canal carpien représente le syndrome canalaire neurologique le plus fréquemment diagnostiqué. L'incidence annuelle du diagnostic varie selon les études et les pays, estimée à 3,8 pour mille dans la population générale. Dans sa forme idiopathique, le canal carpien survient le plus souvent au cours de la cinquième décennie avec une prédominance féminine (75 % des cas). L'atteinte est habituellement bilatérale et asymétrique. Les premiers signes sont la survenue d'une sensation d'engourdissement de la main et de paresthésies à type de fourmillements. Dans les formes de début, l'examen électromyographique standard peut être négatif malgré une symptomatologie clinique typique. Sa normalité n'exclut pas une forme de début mais exclut une forme sévère nécessitant un traitement chirurgical rapide.

Le traitement médical du syndrome du canal carpien fait appel à deux méthodes : l'infiltration de corticoïdes et l'immobilisation par orthèse. L'efficacité n'est que temporaire, la récidive à moyen ou long terme touchant 75 à 90%. L'immobilisation du poignet dans une attelle est utilisée isolément ou associée à l'infiltration. Le traitement médical est indiqué en l'absence de signe de gravité clinique (trouble objectif de la sensibilité, faiblesse ou amyotrophie des muscles thénariens externes) ou électrophysiologiques (perte axonale). Selon P. Samsonet al (1), l'efficacité est transitoire, il considère que le traitement médical est une solution d'attente avant un traitement chirurgical ou lorsqu'une résolution spontanée est prévisible (grossesse, sollicitation intensive inhabituelle de la main). L'infiltration peut être utile comme « test diagnostique ». Dans la littérature, en réunissant 12 séries cliniques publiées, soit un total de 1 614 mains infiltrées, l'efficacité initiale était de 67 % (de 25 à 92 %), mais n'était plus à moyen terme que de 36 % (de 4 à 40 %). Le délai entre la première et la deuxième infiltration va d'un à six mois selon le groupe d'experts de l'Anaes. L'attelle nocturne a l'avantage de son innocuité. Elle maintient le poignet en rectitude et les doigts en position de repos. Un bon résultat serait noté chez 81 % des patients.

Conclusion : L'infiltration de corticoïdes constitue un traitement conservateur répandu du SCC. Toutefois, son efficacité au long terme est sujette de controverses. Il n'existe pas actuellement de consensus qui l'approuve.

La rupture spontanée du tendon d'Achille : une complication sous-estimée du traitement par corticostéroïdes

Lataoui S, Zeglaoui H, Baccouche K, Belghali S, El Amri N, Alaya Z, Bouajina E
Service de rhumatologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction:

Le traitement au **long cours** par **corticothérapie orale** est connu pour ses nombreux effets indésirables. La rupture non traumatique du tendon d'Achille n'est pas l'un des effets communément décrits. L'objectif de notre étude était de rapporter les cas de **ruptures spontanées** du tendon d'Achille chez des patients suivis en milieu rhumatologique sous corticothérapie orale au long cours.

Patients et méthodes:

Etude **rétrospective** incluant tous les patients ayant présenté une **rupture spontanée du tendon d'Achille**, suivis pour pathologies rhumatologiques sous corticothérapie au long cours et suivis au service de rhumatologie Farhat Hached Sousse. Les caractéristiques épidémiocliniques et thérapeutiques ont été rapportées.

Résultats:

Trois patientes ont été incluses. L'âge moyen était de **46±10,58 ans** [34-54 ans]. Ces patientes étaient suivies pour un **lupus érythémateux systémique** dans deux cas et une **polyarthrite rhumatoïde** dans un cas. La durée de suivi de la maladie, suite à laquelle est survenue la rupture, était de **63,33±4,16 mois** [60-68 mois]. La dose cumulée de corticothérapie était de **28,06±23,24 g** de Prednisone. Toutes la patientes rapportent la survenue brutale d'une douleur en regard du tendon d'Achille pendant une marche sur terrain plat. L'examen montre dans tous ces cas la présence d'une discontinuité palpable en regard du trajet du tendon d'Achille avec une sensibilité locale. L'appui monopodal et sur la pointe du pied étaient impossibles à réaliser avec un signe de **Thompson positif** en décubitus ventral. La confirmation du diagnostic était basée sur **l'échographie** dans tous les cas. Le traitement chirurgical avec suture tendineuse et rééducation fonctionnelle étaient le traitement de choix pour deux cas et un cas perdu de vue.

Discussion:

La rupture traumatique du tendon d'Achille est bien connue. La rupture spontanée est moins souvent décrite, évoquée dans un contexte de traitement par fluoroquinolones ou de gestes locaux. Les premières descriptions rapportant l'association de cette rupture à une corticothérapie orale au long cours ont été faites dans les années 1960(1). Elle survient le plus souvent sur un tendon altéré par des maladies, notamment inflammatoires et auto-immunes, et nécessitant un traitement cortisonique au long cours(2,3). Cette rupture peut être uni ou bilatérale. Le mécanisme de cette tendinopathie d'Achille reste mal élucidé. Les glucocorticoides, en inhibant la prolifération de fibroblastes et en stimulant l'activité de la collagénase, seraient responsables d'une réduction de la résistance tendineuse et d'une aggravation de lésions pré-existantes(4). La rupture du tendon d'Achille doit être suspectée chez tout patient sous corticothérapie systémique au long cours et qui présente une douleur aiguë sur son trajet. L'examen trouve typiquement une dépression creusant le relief sous cutané du tendon d'Achille avec une impossibilité de flexion dorsale de la cheville et un signe de Thompson positif. Les options thérapeutiques comprennent une approche non chirurgicale et chirurgicale. Le choix de l'approche se fait au cas par cas, bien que des études récentes suggèrent que l'approche chirurgicale devrait probablement être préférée (5).

Conclusion:

La rupture spontanée du tendon d'Achille chez les patients sous corticostéroïdes au long cours est fréquemment sous estimée. Un diagnostic et une prise en charge précoce sont importants afin d'améliorer le pronostic de ces patients.

(1) Cowan MA et al. (1961) Simultaneous bilateral rupture of Achilles tendon due to triamcinolone. *B Med J* 1(1): 658

(2) Rao SK et al. (2005) Bilateral spontaneous rupture of the Achilles tendon: a case report. *J Orthop Surg* 13(2): 178-80

(3) Murakoshih K et al. (2006) Neglected spontaneous of the Achilles tendon in patients with systemic lupus erythematosus. *Modern Rheumatology* 16(5): 324-6

(4) Benjlali L et al. (2012) Rupture spontanée du tendon d'Achille à la phase précoce d'un lupus érythémateux systémique, *In La Revue de Médecine Interne*, Volume 33, Issue 8, Pages e47-e48

(5) Krapf D et al. (2012). Structural and biomechanical characteristics after early mobilization in an Achilles tendon rupture model: operative versus nonoperative treatment. *Orthopedics*. 35(9):e1383-1388.



Syndrome d'Ehlers –Danlos type III

MOUANAA H., HACHFI H., ZROUR S., BEN HAMOUDA S., BERGAOUI N., YOUNES M.,

Service Rhumatologie CHU Taher Sfar, Mahdia, Tunisie

Introduction

Le syndrome d'Ehlers Danlos (SED) est un trouble héréditaire du collagène qui se manifeste principalement dans la peau et les articulations. Cliniquement, il est caractérisé par une hyperélasticité de la peau et une hypermobilité articulaire.

Nous rapportons un nouveau cas présentant une forme type III

Observation

Mr. M. B, 25 ans, se plaint depuis son jeune âge des entorses de la cheville à répétition et de fragilité cutanée.

Antécédents Familiaux: Pas trouvé des cas familiaux similaires.

Motif de consultation: Actuellement, il présente des sublaxations à répétition des 2 épaules.

Examen: On a objectivé une hyperlaxité ligamentaire, une peau lâche, un tableau asthéo-algique rebelle aux traitements symptomatiques, des troubles de la transit à type de diarrhée, une dysphonie, pieds plats, des vaisseaux sanguins visibles sous la peau et des céphalées.

Radiologie: On a objective une fausse scoliose en position debout avec angle de Cobb égal à 15° qui est absent en position couché.

Echographie cardiaque: On'a pas objectivé un prolapsus mitral.

=>Le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos a type III a été posé actuellement appelé forme hypermobile.

Thérapeutique:

Il a été mis sous antalgique, des orthèses des 2 genoux et une rééducation fonctionnelle.

Conclusion

Le syndrome d'Ehlers Danlos est de diagnostic souvent tardif et peut être source de morbidité et de handicap diminuant considérablement la qualité de vie d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce devant une hyperlaxité articulaire et un tableau asthéo-algique



La synovite villonodulaire : une localisation au coude

Frikha F, Ben Salah R, Snoussi M, Damak C, Turki C, Rekik F, Bouattour Y, Loukil H, Chebbi D, Garbaa S, Jallouli M, Marzouk S, Bahloul Z

Service de Médecine Interne CHU Hédi Chaker Sfax

INTRODUCTION

La synovite villonodulaire (SVN) est une affection rare, caractérisée par une hyperplasie villositaire ou nodulaire de la synoviale d'étiopathogénie inconnue, pouvant être localisée ou diffuse. Toutes les articulations peuvent être touchées avec une forte prédilection pour le genou. Elle affecte de façon très rare le coude. Nous nous proposons à travers une observation de SVN localisée au coude de rappeler les aspects cliniques, radiologiques, de décrire les modalités thérapeutiques et de déterminer le profil évolutif de cette affection.

OBSERVATION

❖ Ce cas clinique rapporte l'histoire d'une patiente, âgée de 26 ans et sans antécédents pathologiques, qui consulte pour douleur du coude droit. Cette douleur remonte à une année, apparue de façon progressive et sans notion de traumatisme. L'examen clinique révélait un fessum irréductible du coude droit de 15°. La mobilisation du coude était légèrement douloureuse. Le reste de l'examen ainsi que l'examen neurologique ne révélaient aucune particularité. Il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique. La radiographie du coude objectivait une discrète réaction périostée lamellaire de l'épicondyle interne.

❖ A l'échographie, ils existaient deux formations hypoéchogènes profondes de part et d'autres de l'olécrâne.

❖ Une IRM a été donc réalisée objectivant un épanchement intra-articulaire assez abondant avec des composantes hémorragiques d'âges différents et une prise de contraste après injection de Gadolinium évocatrices de SVN.



IRM du coude droit en séquences pondérées T1, T2 EG et T1 FS et injection de Gadolinium : épanchement intra-articulaire du coude en hyposignal T1, signal intermédiaire T2 avec des zones vides de signal mieux visibles en T2 EG évoquant des dépôts d'hémossidérine. Il existe une prise de contraste lésionnelle intra-articulaire.

❖ Une synovectomie à ciel ouvert a été réalisée. L'aspect macroscopique et l'étude anatomopathologique ont permis de confirmer le diagnostic de SVN avec certitude. L'évolution était favorable.

DISCUSSION

❖ La SVN est une affection bénigne rare dont l'incidence annuelle est estimée à 1,8 cas par million d'habitants. Elle survient essentiellement chez l'adulte jeune entre la 3ème et la 5ème décennie comme chez notre patiente, et les 2 sexes sont également atteints.

❖ On distingue des formes localisées touchant les articulations, les bourses séreuses et les gaines tendineuses, et des formes diffuses essentiellement intra-articulaires. La forme localisée représente 77% des cas intéressent essentiellement le genou. Les formes diffuses de la SVN atteignent essentiellement le genou dans 66-80% des cas, la hanche dans 4-16% des cas, puis la cheville, l'épaule et enfin le coude [1,2]. La localisation au coude est très exceptionnelle avec 25 cas rapportés dans la littérature [3]. Comme chez notre patiente, la symptomatologie clinique est très variable de caractère souvent trompeur avec un retard diagnostique. La biologie est habituellement normale, sans syndrome inflammatoire ni trouble de la coagulation ni anomalies immunologiques.

❖ L'IRM est l'examen de choix pour le diagnostic et le bilan d'extension préchirurgical et pour le dépistage des récidives. Trois types d'anomalies peuvent s'observer : l'épanchement intra-articulaire, l'épaississement de la synoviale, et la mise en évidence de lésions spécifiques. La séquence en Echo de Gradient (EG) T2 montre des zones vides de signal créées par l'hémossidérine qui sont pathognomoniques de la SVN [4].

❖ La biopsie synoviale réalisée sous arthroscopie ou à ciel ouvert, permet de poser le diagnostic de SVN avec certitude. Le traitement est mal codifié et il n'y a pas de consensus thérapeutique uniforme vu la rareté de cette affection. Dans les formes localisées, le traitement de choix est la synovectomie partielle sous arthroscopie. Dans les formes diffuses, le choix entre la synovectomie totale à ciel ouvert ou arthroscopique dépend du siège de la lésion.

CONCLUSION

La SVN est une pathologie rare pouvant toucher différentes articulations, bourses séreuses et gaines tendineuses. Les signes cliniques sont peu spécifiques à l'origine d'un retard diagnostique. Le traitement de référence est la chirurgie d'excision (synovectomie totale). Toutefois, le taux de récurrence reste relativement élevé nécessitant une surveillance prolongée.

RÉFÉRENCES

- [1] Legré V, Boyer T, Dorfmann H, Lafforgue P. Tumeurs et dystrophies de la synoviale. EMC Appareil locomoteur. Paris: Elsevier Masson SAS; 2007:6-8.
- [2] Wyatt MC, Rotton N, Vesile GA. Pigmented villonodular synovitis of the elbow with a fenestrated fossa: a case report. J Orthop Surg 2009;17:127-129.
- [3] Ramos HA, Balsani NE, Ramos F, Machado LG. Arthroscopic surgical treatment of pigmented villonodular synovitis of the elbow: case report. Rev Bras Ortop. 2016 ; 12:51(4):475-81
- [4] Warren Garner H, Ortiguera C.J., Nakhleh R.E. Pigmented villonodular synovitis. Radiographics 2008;28:1519-1523.



Apport de l'imagerie (TDM ou IRM) chez les patients diabétiques présentant une radiculalgie

Brahem M., Jguirim M., Mhenni A., Bejia I., Touzi M., Zrou S., Bergaoui N.

Service de Rhumatologie EPS Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction:

➢ Fréquemment, les diabétiques consultent en rhumatologie pour radiculalgie des membres inférieurs. Mais le diagnostic clinique d'une lombosciatique ou d'une lombocruralgie n'est pas toujours évident chez ces patients, vu la fréquence des neuropathies diabétiques.

➢ Donc quel intérêt de l'imagerie dans la certitude diagnostique et la conduite thérapeutique.

Patients et méthodes:

Il s'agit d'une étude transversale de 22 patients diabétiques hospitalisés en rhumatologie pour une radiculalgie.

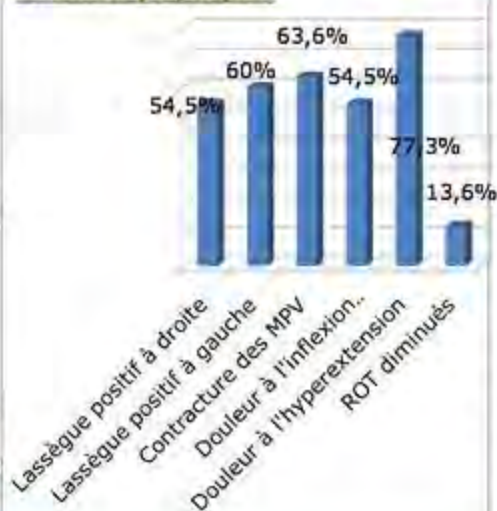
Résultats:

- **Age moyen** = 54,78 ans [54-74] .
- **Femmes:** 72,7% .
- **Surpoids:** 20 patients.
- **HTA:** 68,2%.
- **Durée moyenne d'évolution du diabète** = 6,74 ans [1-25 ans].
- **Valeur moyenne de l'hémoglobine glyquée** = 7,43%.
- **Neuropathie diabétique:** 40,9% des cas (DN4 ≥ 4).

Clinique:

- Lombalgie mécanique: 31,8%
- Lombosciatique L5: 59,1%
- Lombosciatique S1: 27,3%
- Lombo-cruralgie L4: 1 seul patient
- Sciatique mal systématisée: 1 patient
- Atteinte pluri radiculaires: deux patients
- **50% des patients avaient des paresthésies des MI.**

Examen physique:



Radiologie standard :

- Arthrose interapophysaire postérieure (AIAP) : 77,3% des cas,
- Canal lombaire étroit (CLE) : 59,1% des cas,
- Spondylolisthésis : 31,8% des cas.

TDM (faite dans 40,9% des cas):

- Hernie discale : 36,4% des patients,
- AIAP : 36,4% des cas,
- CLE dans 27,3%.

IRM (faite chez 31,8% des patients):

- Hernie discale: 18,2% des cas,
- AIAP : 27,3% des cas,
- CLE: 22,7% des cas.

Donc la concordance clinico-radiologique était trouvée dans la moitié des cas.

Traitement:

Tous nos patients étaient traités par des antalgiques palier 2 chez 86,4%, des anti-inflammatoires dans 59,1% des cas et des infiltrations péri-durales dans 81,8% des cas. Avec amélioration nette dans 90,9% des cas.

Discussion:

- Le diabète est une des causes les plus fréquentes des polyneuropathies.
- L'incidence est difficile à estimer, variant de 5 à 60 %, tenant en grande partie à la difficulté de définir la neuropathie diabétique.
- Devant un patient diabétique qui consulte pour une sciatique ou cruralgie, la TDM ou parfois l'IRM trouvent leur place pour confirmer l'origine commune et donc traiter par des antalgiques, des anti-inflammatoires et parfois le recours aux infiltrations péri-durales de corticoïdes peut être bénéfique.
- En cas de non concordance clinico-radiologique, le traitement déjà cité sera inutile et donc la simple prescription de prégabaline améliore bien le patient et évite des conduites aberrantes.

Conclusion:

- Dans les formes communes et récentes d'une radiculalgie (sciatique ou radiculalgie) l'imagerie complémentaire comme la TDM et l'IRM paraît inutile.
- ailleurs chez les patients diabétiques anciens, on doit rechercher une cause neuropathique par le score DN4, dans ce cas il est conseillé de compléter l'exploration radiologique qui peut affirmer ou confirmer l'origine commune de la sciatique et donc va moduler la prise en charge thérapeutique.

Apport de l'imagerie par résonance magnétique dans les spondylodiscites et spondylites tuberculeuses

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

Introduction :

La spondylodiscite tuberculeuse (SPDT) représente 9% à 46% des spondylodiscites infectieuses et elle vient au troisième rang des localisations extra pulmonaires. L'atteinte infectieuse du corps vertébrale (ou spondylite) est source de déformations osseuse et d'handicap majeur. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) contribue largement au diagnostic, au bilan lésionnel et au suivi de la SPDT.

Objectif :

Déterminer l'apport de l'IRM dans le diagnostic précoce et la détection des complications au cours des SPDT.

Matériels et Méthodes :

Etude rétrospective mono centrique portant sur 60 cas de SPDT colligés dans un département de Rhumatologie sur une période de 20 ans [1996-2016]. Le diagnostic de SPDT a été retenu soit sur des preuves bactériologiques et/ou histologiques, soit sur un faisceau d'arguments de présomption.

Résultats :

Le diagnostic de SPDT a été retenu chez 60 patients durant la période entre 1996 et 2016. Notre population était répartie en 31 femmes et 29 hommes (sex ratio à 0,93) âgés en moyenne de 54 ans [16-86 ans]. Le délai moyen du diagnostic était de 6 mois [1-14 mois]. L'étage lombaire était le plus touché dans notre étude (36 cas soit 60%) suivi par l'étage dorsale (12 cas soit 20%) puis cervical (4 cas soit 6,6%) et sacré (3 cas soit 5%). L'IRM rachidienne était réalisée chez 45 patients (75%), de première intention dans 57% des cas, revenant pathologique dans 100% des cas où elle a été effectuée. Elle était contributive au diagnostic en montrant dans 42 cas sur 45 un aspect de SPDI. Dans les trois cas restants, l'IRM a montré une atteinte vertébrale isolée sans lésion viscérale associée avec, dans deux cas, un recul du mur postérieur et une masse épidurale tissulaire avec compression du fourreau dural évoquant une étiologie tumorale et dans l'autre cas, elle a montré un aspect de métastases osseuses étagées. Dans ces cas, le diagnostic a été redressé par la PBDV.

Les lésions osseuses objectivées à l'IRM sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Fréquence des différents aspects IRM de la SPDT

Aspect IRM	N	Fréquence
Aspect de spondylodiscite	42	93,3%
Pincement discal	28	62,2%
Tassement vertébral	17	37,7%
Atteinte du mur postérieur	6	13,3%
Images de reconstruction avant TTT antituberculeux	2	4,4%
Spondylite	16	35,5%
Epidurite	12	26,6%
Signes de compression médullaire ou de la queue de cheval	15	33,3%
Atteinte de l'arc postérieur	6	13,3%
Épaississement des parties molles périrachidiennes	13	28,8%
Image de collection ou d'abcès	28	66,6%
Total des IRM effectuées	45	100%

Conclusion :

Notre étude a rejoint les données de la littérature en montrant l'importance de l'IRM, considérée toujours comme un gold standard au cours de la SPDT, dans l'établissement du diagnostic précoce et la détection des complications au cours des SPDT.

Polyarthrite Séronégative : Que Faire ?

SAADAOUI Khaled, AJLANI Houda*, BOUSSAID Soumaya, REKIK Sonia, CHEOUR Elhem, SAHLI Héla, ELLEUCH Mohamed

Service Rhumatologie – CHU La RABTA Tunis

(*) Consultation Externe de Rhumatologie Hôpital Régional de Ben Arous

Introduction :

L'étiologie d'une polyarthrite n'est pas toujours évidente pour tout clinicien d'autant plus lorsque l'étude immunologique ne permet pas d'orienter le diagnostic. Face à de telles situations, la sonographie peut aider au diagnostic et permet parfois à le poser.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive incluant 32 cas de polyarthrite séronégative colligés au service de Rhumatologie CHU La Rabta Tunis

Résultats :

- Sexe : 29 femmes (90,6%) et 3 hommes (9,4%)



- L'âge moyen 50,17 ans (extrêmes 24 ans et 79 ans).
- Le motif de consultation : oligo ou polyarthrite dans tous les cas.
- La durée moyenne d'évolution de la symptomatologie : 3,41 années.
- A la biologie:
 - ❖ VS moyenne était de 44,33 mm à H1
 - ❖ CRP moyenne était de 42,55 mg/l
 - ❖ FR et Anti CCP étaient négatifs dans tous les cas
 - ❖ AAN : pratiqués chez 22 patients et négatifs dans 77,3%.
- L'origine infectieuse ainsi que microcristalline ont été écartées.

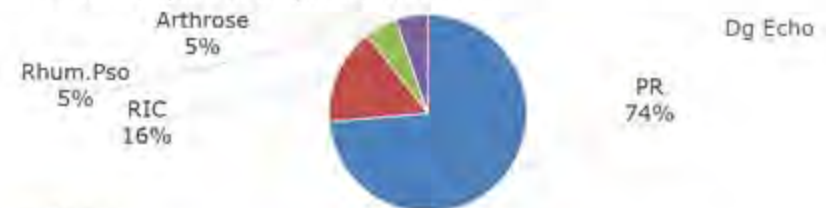
- Sur les Radiographies Standards :

Des signes en faveur de la PR étaient détectés

Chez 6 patients (18,80%),



- L'échographie ostéo-articulaire a été réalisée chez tous les patients de la série, elle était concluante dans 59,4 % soit chez 19 patients.
- Le diagnostic échographique :
 - ❖ La PR dans 14 cas
 - ❖ Les Rhumatisme Inflammatoire chronique non érosif chez 3 cas
 - ❖ Un seul cas de Rhumatisme psoriasique
 - ❖ Un seul patient étiqueté arthrose



Discussion :

La 1ère grande étude démontrant la supériorité de l'échographie sur la radiographie a été publiée en 2000 [1] et a montré sa capacité à détecter 6,5 fois plus d'érosions que la radiographie au début de la PR et 3,4 fois dans les formes évoluées.

Dans une étude sur l'enthésite périphérique chez les patients atteints de spondylarthropathies, l'échographie a une plus grande sensibilité pour la détection de l'enthésite comparativement à l'examen clinique.[2]

Conclusion :

Il est évident, malgré la faible taille de notre échantillon, que la démarche diagnostic devant une polyarthrite spécifiquement et en rhumatologie généralement connaît un bouleversement important avec l'utilisation de l'échographie.

1 Wakefield RJ, Gibbon WW, Conaghan PG: The value of sonography in the detection of bone erosions in patients with rheumatoid arthritis: a comparison with conventional radiography. *Arthritis Rheum* 2000;

2 McGonagle D, Marzo-Ortega H, O'Connor P, Gibbon W, Pease C, Reece R, Emery P. The role of biomechanical factors and HLA-B27 in magnetic resonance imaging-determined bone changes in plantar fascia enthesopathy. *Arthritis Rheum* 2002; 46: 489-93.

Apport de l'échographie dans les polyarthrites non érosive

SAADAOUI Khaled, AJLANI Houda*, REKIK Sonia, BOUSSAID Soumaya, CHEOUR Elhem, SAHLI Héla, ELLEUCH Mohamed

Service Rhumatologie – CHU La RABTA Tunis

(*) Consultation Externe de Rhumatologie Hôpital Régional de Ben Arous

Introduction :

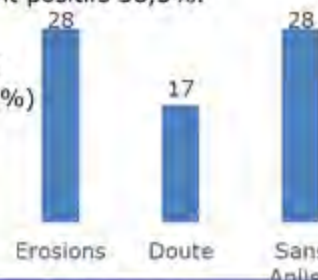
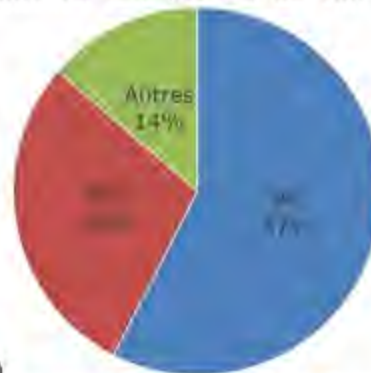
Le diagnostic d'une grande partie des maladies rhumatismales repose sur des critères radiologiques qui manquent parfois sur les clichés standards. L'imagerie en coupe a un apport indiscutable dans ces situations, mais elle n'est pas toujours accessible.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive incluant 73 cas de polyarthrites non érosives sur les radiographies standards colligés au service de Rhumatologie CHU La Rabta Tunis sur une période de 1an (2016-2017)

Résultats :

- Sexe : 66 femmes et 7 hommes.
- L'âge moyen 51,23 ans.
- But de L'échographie :
 - Diagnostic dans 89% (65 patients)
 - Suivi dans 11% (8 patients)
- Diagnostics cliniques :
 - PR 57,5% (42 cas)
 - RIC inclassables 28,8% (21 cas)
 - Autres rhumatismes 13,7% (10 cas)
- La durée moyenne d'évolution de tous les rhumatismes confondus est de 2,73 ans.
- Sur le plan immunologique:
 - Les FR ont été pratiqués chez 64 patients et étaient positifs dans 50% des cas
 - L'anti CCP était cherché chez 63 patients et était positif dans 55,6%.
 - Les AAN, recherchés dans 39 cas, étaient positifs 38,5%.
- L'échographie ostéo-articulaire
 - Erosions osseuses dans 28 cas (38,4%)
 - Des images douteuse chez 17 cas (23,2%)
 - Aucune anomalie dans 28 cas (38,4%)



- Parmi les 42 cas de PR, les données de l'échographie ont permis d'appuyer ce diagnostic dans 25 cas (59,5%).
- Chez cette population
 - Moyenne d'âge était de 53,04 ans
 - Prédominance pour le sexe féminin à 92%
 - La durée d'évolution moyenne de la maladie est de 2,95 ans
 - DAS 28 CRP moyen de 4,08.
 - La moyenne du score Naredo 12 était de 5,65 pour le mode B et de 3,9 pour le mode D
- Sur cet échantillon de 25 patients PR
 - Les érosions osseuses : 17 patients (68%)
 - L'absence d'érosion n'était confirmé que chez un patient (4%)

Discussion :

La 1ère grande étude démontrant la supériorité de l'échographie sur la radiographie a été publiée en 2000 [1] et a montré sa capacité à détecter 6,5 fois plus d'érosions que la radiographie au début de la PR et 3,4 fois dans les formes évoluées.

Plusieurs travaux ont prouvé que l'échographie a une sensibilité et une spécificité équivalente à celles de l'IRM quant à la détection de synovites et des érosions [2,3].

Conclusion :

L'échographie gagne actuellement du terrain dans le domaine de la rhumatologie vu l'accessibilité de ce moyen d'imagerie et surtout son efficacité et sa rentabilité comparativement à la radiologie standard et même à l'IRM.

- 1.Wakefield RJ, Gibbon WW, Conaghan PG: The value of sonography in the detection of bone erosions in patients with rheumatoid arthritis: a comparison with conventional radiography. Arthritis Rheum 2000;
2. Døhn UM, Ejlberg BJ, Court-Payen M, et al. Are bone erosions detected by magnetic resonance imaging and ultrasonography true erosions? A comparison with computed tomography in rheumatoid arthritis metacarpophalangeal joints. Arthritis Res Ther. 2006;8(4):R110.
- 3.Szkudlarek M, Kralund M et al. ultrasonography of the metacarpophalangeal and proximal interphalangeal joints in rheumatoid arthritis: a comparison with magnetic resonance imaging, conventional radiography and clinical examination. Arthritis Res Ther 2006; 8 : R52

Lipome arborescent du genou au cours d'une maladie de Behçet traité par synovectomie

Rekik F, Frikha F, Ben Salah R, Damak C, Turki C, Snoussi M, Loukil H, Chebbi D, Bouattour Y, Garbaa S, Jallouli M, Marzouk S, Bahloul Z

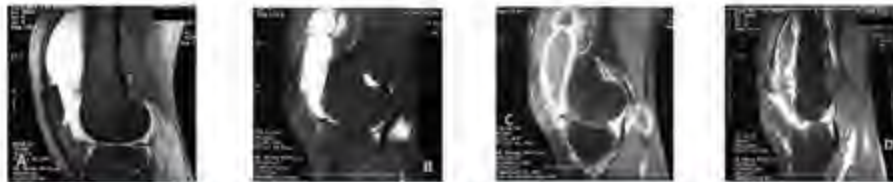
Service de Médecine interne CHU Hédi Chaker Sfax

INTRODUCTION

Le lipome arborescent est une prolifération villositaire lipomateuse diffuse de la synoviale. C'est une affection très rare correspondant à une hyperplasie du tissu graisseux mature et à une hypertrophie des villosités synoviales se développant au sein de l'articulation. Nous rapportons une observation particulière d'un lipome arborescent du genou en association avec une maladie de Behçet.

CAS CLINIQUE

Un patient, âgé de 42 ans, suivi pour une maladie de Behçet (aphtose buccale récidivante, aphtose génitale et atteinte oculaire), était hospitalisé pour un gonflement douloureux du genou gauche. À l'interrogatoire, il signalait que la douleur évoluait depuis 2 ans avec des épanchements articulaires récidivants. L'examen trouvait un épanchement articulaire et une tuméfaction du récessus sous-quadricipital. Les examens biologiques usuels comportant un bilan inflammatoire, un hémogramme, un bilan hépatique, rénal et phosphocalcique étaient normaux. Les recherches de facteurs rhumatoïdes et d'anticorps anti-CCP étaient négatives. La radiographie montrait un pincement de l'interligne fémoro-tibial externe. La ponction articulaire était stérile à prédominance lymphocytaire sans cristaux. Une IRM était réalisée objectivant un amas sous synovial de signal graisseux à caractère villositaire non rehaussé après Gadolinium, réhaussement de la composante synoviale de la masse évoquant un lipome arborescent, présence d'un épanchement intra-articulaire et d'un kyste synovial poplité. Le traitement a comporté une synovectomie subtotale par voie antéro-interne. Macroscopiquement, l'examen retrouvait des fragments fibro-adipeux à surface villositaire et mamelonnée et l'histologie, une synoviale hérissée de villosités avec infiltration de son revêtement par des zones de lipomatose hypertrophique.



IRM du genou gauche en coupes sagittales en séquences pondérées T1 (A), T2 (B) et T1 après saturation de graisse et injection de Gadolinium (C, D) : amas sous-synovial de signal graisseux à caractère villositaire non rehaussé après Gadolinium, réhaussement de la composante synoviale de la masse, présence d'un épanchement intra-articulaire et d'un kyste synovial poplité.

DISCUSSION

Le lipome arborescent est une prolifération villositaire lipomateuse diffuse de la synoviale. C'est une affection très rare correspondant à une hyperplasie du tissu graisseux mature et à une hypertrophie des villosités synoviales se développant au sein d'une articulation. Une centaine de cas a été rapportée dans la littérature avec un pic d'incidence entre la troisième et la cinquième décennie et une prédominance masculine [1]. Le genou est de loin l'articulation la plus touchée mais le poignet, le coude, la hanche, la cheville et l'épaule peuvent être atteints [2]. La clinique retrouve une gêne ou une douleur plutôt mécanique qui évolue depuis des mois voire des années, avec des épisodes de gonflement récidivants. Sa pathogénie exacte reste inconnue. Pour certains auteurs, le lipome arborescent correspond à une réaction non spécifique de la synoviale à une atteinte dégénérative ou inflammatoire. Il peut être associé à une gonarthrose surtout en cas d'arthrose sévère unilatérale chez un sujet jeune [3] ou associé à une polyarthrite rhumatoïde ou psoriasique. Dans notre cas, le lipome arborescent était associé à une maladie de Behçet.

L'IRM est l'examen de référence en montrant une prolifération synoviale de signal identique à la graisse sur les séquences T1, T2 (hyperintense en T1 et T2) et les séquences avec suppression du signal de la graisse. Cette prolifération peut se présenter sous l'aspect de franges villositaires ou de masses sous-synoviales bien limitées comme chez notre patient [4,5]. Les diagnostics différentiels sont le lipome articulaire isolé, la maladie de Hoffa, la synovite villonodulaire et l'hémangiome synovial. Le traitement de référence est la synovectomie par arthrotomie. Un traitement arthroscopique est possible dans les formes localisées au compartiment antérieur du genou [2]. L'examen anatomopathologique montre une hyperplasie du tissu adipeux s'étendant jusqu'au revêtement synovio-cytaire permettant de confirmer le diagnostic.

CONCLUSION

Le lipome arborescent est une affection très rare. Une centaine de cas a été rapportée dans la littérature avec un pic d'incidence entre la troisième et la cinquième décennie et une prédominance masculine. Sa pathogénie exacte reste inconnue. Le genou est de loin l'articulation la plus touchée mais le poignet, le coude, la hanche, la cheville et l'épaule peuvent être atteints. La confirmation diagnostique est toujours anatomopathologique.

RÉFÉRENCES

- [1] The Synovial Lipoma, Van Der Pijl H, Vandendriessche G, Huybre W, De Neve J, Vlodavet Boudier L. Lipoma arborescent: review of an uncommon cause for swelling of the knee. Case Rep Orthop 2016;2016:953873.
- [2] Frazee M, Pash JM, Caravan NJ, Borshodu D, Milano L, Lalimmed A. Lipoma arborescent of the knee: report of a case managed by arthroscopic synovectomy. Sports Bone Sports 2008;11:73-5.
- [3] Kujala M, Järta J, Kallioja L, Toikka H. Lipoma arborescent of the knee as a possible cause of early arthritis. Orthopedics 2001;24:603-5.
- [4] Soler R, Rodríguez E, Bujanda A, De Gó M. Lipoma arborescent of the knee-MR classification in 15 joints. J Comput Assist Tomogr 1998;22:605-9.
- [5] Ahmad F, Aranzana JM, Faria P, Chaudhry R. Imaging Features of Lipoma arborescent. BMJ Case Rep 2015;2015.



Tumeurs brunes multifocales révélatrices d'hyperparathyroïdie primaire

Introduction

Les tumeurs brunes sont des lésions ostéolytiques rarement révélatrices des hyperparathyroïdies (HPT).

Elles surviennent habituellement au stade terminal de l'hyperparathyroïdie primaire ou secondaire.

Le diagnostic des hyperparathyroïdies est le plus souvent fait à la phase asymptomatique grâce aux bilans phospho-calciques systématiques et le dosage de la parathormone

Observation

Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 39 ans, aux antécédents d'hypothyroïdie sous Lévothyrox qui a consulté initialement en Mars 2017 pour des douleurs et tuméfaction de consistance dure en regard du 4ème métacarpien de la main gauche. La radiographie de la main trouve une lésion ostéolytique expansive stade (Ib de Lodvik) au niveau de la tête du 4ème MCP gauche. L'IRM de la main a montré une lésion expansive métaphyso-diaphysaire de nature kystique évocatrice d'un kyste anévrysmal sans rupture de la corticale ni extension aux parties molles ni calcifications.

L'évolution clinique s'est complétée 2 mois plus tard par des gonalgies bilatérales mais plus accentuées à droite d'allure mécanique sans gonflement articulaire associé. A l'examen trouve des genoux normo-axés, secs, signe du Rabot positif en bilatéral, avec des douleurs exquises à la palpation de la tubérosité tibiale antérieure droite.

La radiographie du genou droit montre une lésion osseuse lytique en regard de la tubérosité tibiale sans rupture de la corticale osseuse. La TDM de la jambe droite a confirmé la présence non seulement d'une lésion lytique mais plusieurs allant de 1 à 5 cm de diamètre siégeant au tibia et au péroné.

A la biologie on a découvert une hypercalcémie à 3,2mmol/l, des PAL à 8 fois la normale, PTH à 193pg/ml (nl à 15-72 pg/ml), une hypophosphatémie à 0,7mmol/ (nl 0,87 à 1 45) et une Vit D totale à 8,4 ng/ml

Au vu du bilan biologique, de l'IRM de la main et des images scannographiques le diagnostic de tumeurs brunes multiples révélatrices d'une hyperparathyroïdie a été retenu

L'échographie cervicale a révélé un nodule thyroïdien médio-lobaire droit de 10mm (TIRADS 3) connu depuis 2010 et pas de nodules parathyroïdiens.

La scintigraphie parathyroïdienne a montré une formation hyperfixante évoquant un adénome parathyroïdien et la patiente a été adressée en ORL pour prise en charge chirurgicale.



Discussion

Notre observation élucide des manifestations osseuses classiquement décrites dans l'HPT, mais rarement révélatrices. La tumeur brune est une lésion qui affecte les patients atteints d'hyperparathyroïdie. Elle apparaît comme une lésion expansive ostéolytique, touchant les côtes, le bassin et le fémur. Son incidence était de 1,5 à 1,7 % dans l'HPT secondaire et de 3 % dans l'HPT primaire

Conclusion

Le diagnostic de l'hyperparathyroïdie primaire permet d'éviter d'opérer ces tumeurs brunes, qui régressent spontanément après exérèse de la lésion parathyroïdienne.

Références

- Takeshita T, Tanaka H, Harasawa A, et al. Brown tumor of the sphenoid sinus in a patient with secondary hyperparathyroidism: CT and MR imaging findings. *Radiat Med* 2004;22:265-8.
- B. Ben Dhaou, F. Derbali, Z. Aydi, L. Baill, F. Boussema, L. Rokbani. Tumeurs brunes multiples révélant une hyperparathyroïdie primaire
- Ashebu SD, Dahniya MH, Muhtaseb SA, et al. Unusual florid skeletal manifestations of primary hyperparathyroidism. *Skeletal Radiol* 2002;31:720-3.



Compression médullaire compliquant une histiocytose Langerhansienne rachidienne

Khalifa.D, Akrouit R, Bettaieb H, Feki.A , Bouenba MA, Ben Jemaa.S, Ezzeddine.M, Kallel.MH, Fourati.H, Baklouti.S

Service de Rhumatologie CHU Hedi Chaker Sfax, Tunisie

Contexte:

L'histiocytose Langerhansienne (HL) appelée aussi histiocytose X est une maladie proliférative non maligne des cellules dendritiques de Langerhans. Les localisations vertébrales sont surtout cervicales ou lombaires à l'origine de manifestations neurologiques parfois fatales. Nous rapportons l'observation d'un adulte jeune présentant une HL du rachis dorsal compliquée de compression médullaire.

Observation clinique:

Il s'agit d'un patient âgé de 18ans hospitalisé pour des rachialgies inflammatoires évoluant depuis 7 mois avec altération de l'état général mais sans fièvre. L'examen articulaire était sans particularités et l'examen neurologique initial normal. On notait la présence de deux adénopathies inguinales bilatérales fixes non douloureuses, une adénopathie axillaire gauche et une adénopathie sus-claviculaire gauche et l'absence d'hépatomégalie ou de splénomégalie. Les explorations complémentaires pratiquées montraient l'absence de syndrome inflammatoire biologique et un bilan phosphocalcique normal. Les radiographies du rachis et du crane étaient normales. Une scintigraphie osseuse montrait une hyperfixation aux trois premiers étages lombaires. Une échographie abdomino-pelvienne montrait de multiples adénopathies intra-péritonéales dont certaines sont nécrosées. Un complément par scanner thoraco-abdomino-pelvien montrait des adénopathies de la chaîne médiastinale antérieure gauche intra et rétro-péritonéale et l'absence d'atteinte viscérale notamment le foie ou la rate. Une biopsie ganglionnaire chirurgicale objectivait une lymphadénite chronique non spécifique. L'évolution était marquée par l'apparition en quelques jours d'une paraplégie spastique et des troubles sphinctériens avec un niveau sensitif T2. Une IRM médullaire montrait une compression médullaire par une lésion intra rachidienne postérieure extra durale de T2 à T5 et des anomalies de signal des corps vertébraux en hyposignal en séquence T1, isosignal en séquence T2 avec prise de contraste hétérogène après injection de gadolinium.



Coups sagittales en pondération T1 qui montrent une compression médullaire par une formation en hyposignal T1 avec une anomalie de signal des corps vertébraux

Diagnostic anatomopathologique

L'examen anatomopathologique de la lésion montrait une prolifération diffuse de cellules histiocytaires exprimant les anticorps CD1a, CD68 et la protéine PS100 cadrant avec une HL intrarachidienne extradurale. Une décompression opératoire a été effectuée avec biopsie-laminectomie large de D2 à D5 avec radiothérapie et chimiothérapie à base de vinblastine avec bonne évolution clinique et radiologique après un recul de 6 mois.

Intérêt de l'observation:

L'HL est une maladie orpheline de l'enfant et l'adulte jeune d'étiologie encore inconnue. L'atteinte vertébrale au cours de l'HL est une localisation redoutable qu'il faut évoquer devant un tableau de compression médullaire. L'atteinte du rachis dorsal chez l'adulte est rare au cours de l'histiocytose langerhansienne. Il s'agit d'une localisation redoutable pouvant engendrer des complications neurologiques qui, bien que rares, sont graves et dominées comme dans notre observation, par le risque de survenue d'une compression médullaire.

Prise en charge thérapeutique du myélome multiple dans un service de rhumatologie

Feki.A, Akrouf R, Ben Jemaa.S, Khalifa.D, Ezzeddine.M, Fourati.H, Baklouti.S

Service de rhumatologie CHU Hédi chaker Sfax

Introduction

Le myélome multiple (MM) ou maladie de Kahler est une hémopathie maligne caractérisée par le développement d'un clone de plasmocytes tumoraux envahissant la moelle hématopoïétique et sécrétant une immunoglobuline monoclonale. Le traitement du MM a connu ces jours une révolution par l'introduction des nouvelles molécules surtout les immunomodulateurs qui ont amélioré leur pronostic. L'objectif de cette étude est d'étayer la prise en charge thérapeutique des patients atteints de myélome multiple et qui sont colligés dans un service de rhumatologie.

Patients et méthodes

Il s'agit d'étude rétrospective concernant 108 patients atteints de myélome multiple, colligés au service de rhumatologie de Sfax de Janvier 1993 au juin 2015. Cinquante -un patients (47,2%) ont été recrutés avant 2003.

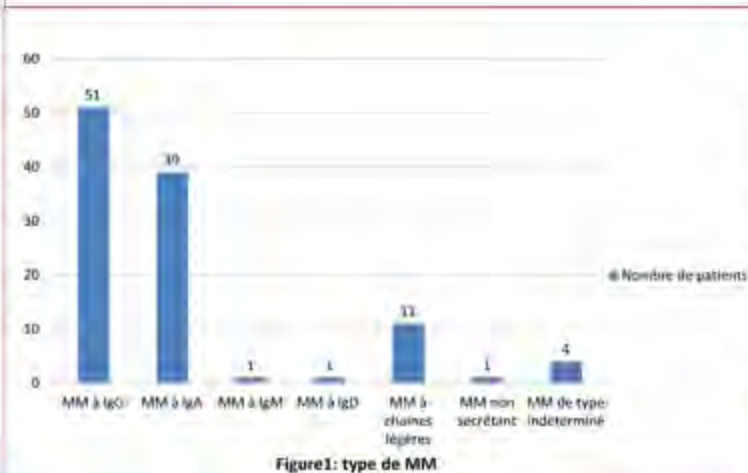
Résultats

Epidémiologie

L'âge : il variait de 36 à 92 ans avec une médiane de 65 ans.

Le sex-ratio H/F : il était de 1,03.

Le type de MM: figure 1.



Sur le plan thérapeutique

Le traitement symptomatique

Le traitement antalgique

100 patients (92,6%) avaient reçu un traitement antalgique .

Le palier 3 était prescrit dans 28 % des cas.

Dix patients ont eu une radiothérapie antalgique.

Le traitement des complications

Les fractures pathologiques

54 patients avaient des fractures pathologiques dont 8 ont eu un traitement de ces fractures :

-une ostéosynthèse dans 2 cas

-une immobilisation par un corset en Néofract dans 3 cas

-une radiothérapie de consolidation dans 2 cas

-une cimentoplastie d'une lésion lytique de la cotyle dans 1cas.

La compression médullaire

11 patients avaient une compression médullaire .

-tous ont reçu une corticothérapie

-5 avaient reçu une radiothérapie décompressive.

-une laminectomie a été envisagée chez 4 patients.

L'hypercalcémie

30 patients ont eu un traitement de l'hypercalcémie:

-une hyperhydratation dans tous les cas,

-une corticothérapie dans 10 cas e

-un bisphosphonate (BP) dans 5 cas.

L'insuffisance rénale

Le traitement de l'insuffisance rénale a été envisagé chez les patients au stade B soit dans 15 cas :

-une hyperhydratation dans tous les cas

-une hémodialyse dans 3 cas.

Le traitement systémique préventif par BP

-29 patients (26,8%) ont eu un traitement par BP (Zolédronate).

Le traitement anti myélomateux

-4 patients avaient un MM stade1 nécessitant une simple surveillance .

-91 patients (84,25%) avaient reçu une chimiothérapie anti myélomateuse selon divers protocoles de chimiothérapie.

-Ces protocoles variaient selon l'âge des patients et l'année de recrutement (avant ou après la mise en route du protocole d'intensification et d'autogreffe).

-Pour le reste des patients, ils n'avaient pas reçu de traitement spécifique pour divers raisons.

Conclusion

Le MM reste une maladie quasi-constamment incurable. Ainsi, la prise en charge thérapeutique de ces patients doit non seulement allonger leur survie mais surtout assurer une survie de qualité sans douleur et sans complications.



Le Myélome multiple chez le sujet jeune

Feki.A, Akrouf R, Ben Jemaa.S, Khalifa.D, Ezzeddine.M, Fourati.H, Baklouti.S

Service de rhumatologie CHU Hédi chaker Sfax

Introduction

Le Myélome multiple ou maladie de Kahler est une infiltration plasmocytaire maligne de la moelle osseuse. L'âge moyen de survenue est au-delà de 60 ans. Rare avant 40 ans, il ne concerne jamais l'enfant.

Nous présentons à travers notre série, l'aspect clinique, les caractéristiques biologiques radiologiques ainsi que l'évolution de cette pathologie chez le sujet jeune.

Patients et méthodes

Notre étude porte sur 57cas/108cas de myélome tout âge confondu colligés au service de rhumatologie de Sfax entre janvier 1993 et juin 2015.

Résultats

Epidémiologie

L'âge moyen :55,9 ans.

Le sex-ratio H/F : il était de 0,9.

La clinique

Le tableau clinique est dominé par:

- l'altération de l'état clinique,
- les douleurs osseuses dans 91,2%

une atteinte neurologique a été retrouvée chez 24,6% de nos patients.

La biologie

La VS moyenne : elle était de 94,7mm.

L'EPP

un pic monoclonal était présent chez 82,5%. Figure1.

Une hypogammaglobulinémie était objectivée dans 10 cas. en zone gamma dans 70,2 % et 12,3% en zone bêta.

La fonction rénale: 9patients présentaient une insuffisance rénale.

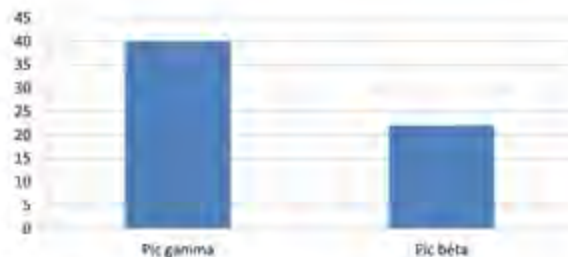


Figure 1: répartition des patients selon le siège du pic monoclonal

L'étude anatomopathologique

La ponction sternale a été concluante dans 91,2% montrant une infiltration médullaire plasmocytaire qui variait entre 8% et 100%.

La biopsie des lésions osseuses est réalisée chez 12,3% de nos patients.

La radiologie

Elle a conforté le diagnostic chez 80,7% de nos patients par la présence de :

- lyse osseuse à l'emporte-pièce de sièges différents. Figure 2.
- des fractures pathologiques dans 49,3% dont 43,9% de siège vertébrale



Figure 2: Lésions lytiques à l'emporte pièce au niveau du crâne et l'humérus

Sur le plan thérapeutique

Le traitement instauré est une polychimiothérapie chez 87,7% des patients:

-selon le protocole Alexanian dans 50,8% des cas.

-selon le protocole tunisien du traitement du MM du sujet jeune avec autogreffe dans 16 cas.

L'évolution

Elle a été bonne chez 32% des cas sur une durée moyenne de 24 mois.

Conclusion

Le Myélome est une affection qui peut se voir à tous les âges, elle se caractérise par son polymorphisme tant sur le plan clinique que biologique d'où l'intérêt d'une prise en charge précoce et adéquate permettant une meilleure qualité de vie.

Efficacité de l'Étanercept dans le traitement du SAPHO

Rekik S., Ben Ammar L., Boussaid S., Sehli H., Cheour E., Elleuch M
Service de Rhumatologie., Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction :

Le syndrome de SAPHO (synovite-acné-pustulose-hyperostose-ostéite) représente un spectre de diverses conditions dermatologiques et musculo-squelettiques. En raison de l'absence d'une connaissance précise de sa pathogenèse, diverses approches thérapeutiques existent. Le traitement le plus récent est représenté par les inhibiteurs du **TNF alpha**. Ils ont été proposés pour le traitement du syndrome de SAPHO réfractaire en analogie avec les thérapies utilisées au cours des spondylarthropathies. Nous décrivons deux cas du syndrome de SAPHO traités avec succès par l'étanercept.

Cas cliniques :

Il s'agit d'une femme, âgée de 57ans, sans antécédents, suivie depuis 2012 pour un syndrome de SAPHO avec une atteinte rachidienne inaugurale, caractérisée par des rachialgies inflammatoires paroxystiques évoluant depuis 3ans. Le diagnostique de SAPHO a été confirmé par le scanner et la scintigraphie osseuse montrant la présence d'ostéites chondrosternales et rachidiennes. La patiente a été traitée pendant 3ans par des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) arrêtés devant la découverte d'un ulcère gastro-duodenal. Elle avait un BASDAI à 45/100 et un BASFI à 60/100. Elle a été mise sous étanercept à la posologie de 50mg par semaine. La réponse au traitement a été rapide et durable avec un BASDAI et un BASFI à 0.

Il s'agit d'un homme, âgé de 50 ans, sans antécédents, suivi depuis 2010 pour un syndrome de SAPHO diagnostiqué devant la découverte d'une ostéocondensation des articulations sterno-costales. Le patient été traité par des AINS et des bisphosphonates avec une amélioration transitoire puis recrudescence des rachialgies inflammatoires et des arthralgies sterno-costales avec un BASDAI à 85/100 et un BASFI à 70/100, d'où sa mise en 2013 sous étanercept (50mg/semaine). La réponse au traitement était significative avec un BASDAI à 23/100 et un BASFI à 25/100.

Discussion :

Le traitement actuel du syndrome de SAPHO reste un grand défi. Plusieurs médicaments, y compris les antibiotiques, les corticostéroïdes, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les anti-rhumatismaux modificateurs de la maladie (DMARDs) et les bisphosphonates ont été utilisés avec des résultats contradictoires. Des rapports récents ont montré que les anti-TNF alpha tels que l'infliximab et l'étanercept sont des thérapies efficaces [1]. Le syndrome de SAPHO est associé à la libération de cytokines pro-inflammatoires et à l'activation des polynucléaires neutrophiles. La production de TNF alpha pourrait jouer un rôle dans l'initiation de l'inflammation et de l'infiltration par des polynucléaires neutrophiles chez ces patients. En effet, des taux élevés de TNF alpha ont été trouvés dans les biopsies articulaires de certains patients ce qui a conduit au traitement des patients réfractaires avec les anti-TNF alpha [2].

Conclusion :

L'arrivée de l'ère des biothérapies a considérablement amélioré le traitement du syndrome de SAPHO réfractaire. Il y a actuellement peu de cas publiés dans la littérature de patients atteints du syndrome SAPHO qui ont été traités avec succès par l'étanercept. Nos observations permettent de confirmer que l'étanercept est une option thérapeutique satisfaisante pour les cas de syndrome de SAPHO dans lesquels les traitements conventionnels ont échoué ou sont contre-indiqués. Néanmoins, d'autres études sont nécessaires pour soutenir notre observation.

References :

1. Abourazzak FE, Hachimi H, Kadi N, Berrada K, Tizniti S, Harzy T. Etanercept in the treatment of SAPHO syndrome: Which place? *European Journal of Rheumatology*. 2014;1(3):125-128. doi:10.5152/eurjrheumatol.2014.037.
2. Sáez-Martín, L.-C., Gómez-Castro, S., Román-Curto, C., Palacios-Álvarez, I. and Fernández-López, E. (2015), Etanercept in the treatment of SAPHO syndrome. *International Journal of Dermatology*, 54: e206-e208. doi: 10.1111/ijd.12675



Un cas rare de Pyoderma Gangrenosum du sein associé à une arthrite juvénile idiopathique

Khalifa.D, Akrouf R, Bettaieb.H, Feki.A, Bouenba MA, Ben Jemaa.S, Ezzeddine.M, Kallel.MH, Fourati.H, Baklouti.S
Service de Rhumatologie CHU Hedi Chaker Sfax, Tunisie

Contexte:

Pyoderma Gangrenosum (PG) est une dermatose neutrophilique idiopathique qui était autrefois considérée comme pathognomonique de la colite ulcéreuse idiopathique ensuite décrite en association avec une grande variété de pathologies inflammatoires, tumorales, hématologiques, et hépatiques. Le PG du sein est rare, avec seulement 43 cas rapportés dans la littérature, dont 70% sont apparus après une intervention chirurgicale mammaire. Nous rapportons une présentation rare de PG du sein chez une patiente ayant une arthrite juvénile idiopathique(AJI).

Observation clinique:

Il s'agit d'une patiente âgée de 51 ans, diabétique, suivie pour AJI dans sa forme polyarticulaire depuis l'âge de 9 ans compliquée de coxite bilatérale. Elle a été traitée par sel d'or puis D pénicillamine et corticoïdes pendant 39 ans arrêtés depuis 2 ans pour une faible activité de la maladie. Elle a présenté il y a 5 ans un PG de la jambe droite qui a bien évolué sous colchicine et dermocorticoïdes. Elle a présenté depuis 6 mois une ulcération du sein gauche et une ulcération du bras gauche traités par colchicine et antibiothérapie sans amélioration. L'examen clinique a objectivé une ulcération de l'hémi sein gauche étendue en sous mammaire faisant 12 cm de grand axe, superficielle, à bords circulaires limités par un bourrelet inflammatoire à fond bourgeonnant et érythémateux fibrineux. Sur le plan articulaire elle présentait des déformations séquellaires de l'AJI sans synovites. La biologie a montré un syndrome inflammatoire biologique avec CRP à 57 mg/L et une VS à 66 la première heure. Une biopsie cutanée a montré un aspect cadrant avec un PG. L'hémogramme, le bilan hépatique, rénal n'ont pas montré d'anomalie. Une échographie abdomino-pelvienne, une électrophorèse des protéines sanguines, les marqueurs tumoraux, la LDH, un bilan thyroïdien et hépatique, une intradermoréaction à la tuberculine et la recherche de bacille de Koch dans les crachats et les urines ont éliminé les hémopathies malignes, les gammopathies monoclonales, les cancers solides, les hépatopathies et les mycobactéries. Une mammographie couplée à l'échographie a montré une masse mammaire droite classée ACR4 et l'absence de masse au niveau du sein gauche. La biopsie de la masse a éliminé un cancer du sein associé. Un prélèvement bactériologique de la lésion a identifié la présence de Pseudomonas Aeruginosa. Une corticothérapie par voie générale à la dose de 0.75mg/Kg/j était prescrite avec antibiothérapie à large spectre. L'évolution était marquée par un état stationnaire des lésions cutanées, un déséquilibre du diabète et l'installation d'un état de choc septique avec défaillance multiviscérale réfractaire à la réanimation et l'antibiothérapie.

Conclusion :

Le PG est une entité rare souvent associée à une maladie inflammatoire systémique. Elle peut poser un problème étiologique et thérapeutique. Le traitement par les corticoïdes par voie générale semble être l'approche thérapeutique optimale de première intention.

Intérêt de l'observation:

La localisation au niveau du sein du Pyoderma Gangrenosum est rare et pose le problème de son association à un cancer du sein qui doit être éliminé.

Pronostic des coxites au cours des arthrites juvéniles idiopathiques

Bettaieb H., Akrouit R., Khalifa D., Ben Jemaa S., Bouenba MA., Ezzeddine M., Hchicha I., Kallel MH., Fourati H., Baklouti S
Service de Rhumatologie CHU Hedi Chaker Sfax

Introduction :

L'arthrite juvénile idiopathique (AJI) est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires infantiles. La destruction cartilagineuse, bien qu'elle soit insidieuse, reste un phénomène inévitable. L'objectif de ce travail est de décrire les différents aspects épidémiologiques, cliniques et radiologiques de l'atteinte de la hanche au cours des AJI.

Patients et Méthodes :

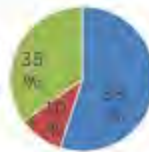
Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 67 cas d'AJI colligés au service de rhumatologie de l'hôpital de Hedi Chaker de SFAX sur une période de 23 ans [1994-2017]. 30% des patients avaient une coxite.

Résultats:

- 20 patients : 13 femmes et 7 hommes
- le sex ratio = 1,85.
- L'âge moyen du début = 10 ans [3-15]

□ La Prévalence des coxites selon la forme de l'AJI:

- Polyarticulaire FR -
- Polyarticulaire FR +
- SPA juvénile



□ Clinique :

- Tous les patients décrivaient une douleur au niveau de la hanche.
- L'indice de Lequesne moyen était de 16,8 .
- Tous les patients avaient une limitation de l'amplitude articulaire de la hanche
- Le flessum était retrouvé dans 30% des cas

□ Radiologie :

- la coxite était bilatérale dans 76% des cas
- La sémiologie radiologique est représenté dans ce tableau :

Pincement minime à modéré	30%
Pincement sévère	45%
Ankylose	35%
Protrusion acétabulaire associée	10%

□ Le Traitement :

AINS /DMARDs	100% cas
REEDUCATION	100% cas
AntiTNF	15% cas
SYNOVIORTHESE ISOTOPIQUE	45% cas
CHIRURGIE (Prothèse de la hanche)	25% cas



Discussion:

- La coxite est fréquente au cours de l'AJI (30% dans notre série).
- La forme polyarticulaire (FR)
- séronégative est la plus pourvoyeuse des coxites.
- L'handicap fonctionnel est insupportable avec un indice algofonctionnel de lesquence très altéré (>14).
- L'atteinte bilatérale de la hanche est prédominante .
- L'évolution vers la destruction articulaire et l'ankylose est rapide.
- Le traitement se base sur la rééducation et la chirurgie prothétique .

Conclusion:

La coxite au cours de l'AJI est une complication à ne pas négliger. Elle grève lourdement l'avenir fonctionnel des jeunes patients et constitue de ce fait un tournant évolutif de la maladie rhumatismale. Son dépistage et sa prise en charge précoce s'avère indispensable afin de limiter la destruction articulaire



Quelles manifestations extra-articulaires au cours de l'Arthrite juvénile idiopathique?

Bettaieb H., Akrouf R., Khalifa D., Ben Jemaa S., Bouenba MA., Ezzeddine M., Hchicha I., Kallel MH., Fourati H., Baklouti S

Service de Rhumatologie CHU Hedi Chaker Sfax

Introduction :

Les manifestations extra-articulaires (MEA) de l'arthrite juvénile idiopathique (AJI) sont fréquentes. Elles peuvent précéder, accompagner ou être complètement indépendantes de la maladie rhumatismale. Le but de ce travail est de déterminer les différentes MEA de l'AJI.

Patients et Méthodes :

Etude rétrospective colligeant 67 patients suivis pour AJI, répondant aux critères de l'International league of associations for Rheumatology pour l'AJI, au service de Rhumatologie à l'hôpital Hedi Chaker (SFAX) sur une période de 23 ans [1994-2017].

Résultats:

- 55% des patients présentaient des MEA
- 24 femmes et 9 hommes avec un sex ratio de 2,6.
- L'Age moyen de début de l'AJI était 10 ans.

□ Répartition des MEA selon la forme de l'AJI

□ Répartition des MEA: 1/Signes Généraux :

Signes généraux	54%
Oculaire	33%
cutanée	15%
pulmonaire	12%
urologique	9%
digestive	6%
Ostéoporose	5%
cardiaque	0%

Les signes généraux dominent les MEA (54%) avec présence de fièvre (n=18), rash cutané (n=8) et ADP (n=3)

2/MEA oculaires :

Uvélite antérieure	4 cas	Conjonctivite allergique	1 cas
Kératite	2 cas	épisclérite	1 cas
Syndrome sec	5 cas	Cécité bilatérale	1 cas
cataracte	2 cas		

3/MEA cutanées :

Psoriasis	3 cas
Epidermolyse bulleuse dystrophique	1 cas
hyperpigmentation cutanée	1cas



- Polyarticulaire FR +
- SPA juvénile
- Polyarticulaire FR -
- Forme systémique
- AJI associée au psoriasis

Discussion:

- Dans notre série, les MEA au cours de l'AJI touchent plus que la moitié des patients .
- La forme polyarticulaire semble être la plus pourvoyeuse des MEA
- Les Signes généraux et l'atteinte oculaires sont les MEA les plus fréquentes au cours de l'AJI.

Conclusion :

Les MEA sont fréquentes et polymorphes au cours de l'AJI. Leurs caractéristiques cliniques vont de la simple observation anecdotique aux atteintes sévères. La recherche de ces manifestations ainsi qu'une collaboration pluridisciplinaire sont essentielles pour une prise en charge adéquate.

3/MEA respiratoires:

L'atteinte pulmonaire était symptomatique uniquement chez 2 patients (une dyspnée d'effort et une toux sèche). Les anomalies étaient les suivantes : pleurésie (n=1), syndrome restrictif (n=2) et syndrome mixte (n=1)

4/MEA Urologiques : était notée dans 3 cas à type de : fibrose rétro péritonéale avec une insuffisance rénale, syndrome de la jonction pyélocalicielle et une amylose rénale.

□ Traitement :

Tous les patients ont reçu un traitement de fond selon le type de l'AJI (méthotrexate, Salazopyrine ou Plaquenil). La biothérapie (Etanercept) était indiquée chez 4 patients.

Polymyosite et maladie de Still : Association rare

MOUANAA H., HACHFI H., ZROUR S., BEN HAMOUDA S., BERGAOUI N., YOUNES M.,

Service Rhumatologie CHU Taher Sfar, Mahdla, Tunisie

Introduction

La survenue d'une véritable polymyosite au cours d'une maladie de Still est une présentation beaucoup plus rare que les simples myalgies.

A notre connaissance, 5 cas de polymyosite associée à la maladie de Still de l'adulte (MSA) sont rapportés dans la littérature. Nous rapportons une nouvelle observation.

Observation

• Clinique:

- Il s'agit d'une fille de 28 ans qui est suivie depuis 2015 pour une maladie de Still retenue devant :
 - Polyarthrite non destructrice des grosses et petites articulations
 - Myalgies rhizoméliques des membres sans déficit sensitivomoteur,
 - Pics fébriles vespéraux
 - Odynophagie

•Biologie:

- hyperleucocytose (GB = 26000 Eléments/ml)
- hyperferritinémie ferritinémie à 413 µg/l (N < 300)

•La recherche des AAN, FR, anti CCP, sérologies Brucella, VIH, VHB, VHC étaient négatives.

•Evolution:

- Il s'agit d'une forme sévère nécessitant une corticothérapie 1,5mg/Kg/J et Méthotrexate 25mg/semaine.
- L'évolution était marquée par une corticodépendance à 30mg/J de prednisone.

•En janvier 2017, elle a consulté pour une poussée de sa maladie avec un déficit musculaire proximal.

•Les CPK étaient 10 fois la normale.

•Un électromyogramme a montré un tracé myositique. Une biopsie du quadriceps gauche a objectivé une myosite. Cette polymyosite, survenue 14 mois après le diagnostic de MSA. Elle était traitée par une corticothérapie 2mg/kg/J, des mini boli de cyclophosphamide 500mg, des immunoglobulines polyvalente 1g/kg/j à J1 et J2.

•L'évolution: Récupération de la force musculaire et diminution franche des enzymes musculaires.

Conclusion

Dans 35 à 85 % des cas selon les séries, la maladie de Still de l'adulte (MSA) s'accompagne d'une atteinte musculaire responsable de myalgies potentiellement invalidantes prédominant aux racines des membres. Il peut s'agir aussi d'une véritable association entre une MSA et d'une polymyosite primitive.



Efficacité du méthotrexate au cours du rhumatisme palindromique : à propos d'un cas avec revue de la littérature

Ferjani H, Besghaier L, Fessi I, bouallegue S, Ayed Y, Boumizza J
Hôpital régional de Zaghouan



Introduction :

Le rhumatisme palindromique (RP) est caractérisé par des épisodes récurrents d'arthrites aiguës ou de périarthrites avec rémission complète dans l'intervalle des crises.

La définition du RP est clinique. Il s'agit d'un rhumatisme intermittent, caractérisé par la répétition d'arthrites aiguës sans fièvre, survenant à intervalle irrégulier. Il n'existe pas d'anomalies cliniques et radiologiques dans l'intervalle des crises.

La prévalence est difficile à établir et varie selon les études entre 5 et 50 % de celle de la PR. Le RP débute habituellement entre 40 et 49 ans. Il touche la femme dans les deux tiers des cas, comme cela est observé dans la PR.

Observation n°1

Mr M.G âgé de 35 ans, fonctionnaire, présente depuis 3 ans des crises mono-articulaires mensuelles récidivantes qui touchent les poignets, les MCP et les genoux obligeant le patient de s'absenter pendant 3 à 4 jour jusqu'à la résolution des crises. Il ne présentait aucun signe extra articulaire. Le bilan biologique et les radiographies standards des articulations atteintes étaient sans anomalies. Les anti CCp et le FR étaient négatifs. Le diagnostic de RP a été alors retenu. Les AINS, ne permettant pas de contrôler les crises, le patient prenait des corticoïdes en auto médication allant jusqu'à 20mg/j pendant la poussée. La décision thérapeutique était alors de mettre le patient sous méthotrexate à 15mg/semaine. Après 6 mois de traitement, le patient a rapporté la diminution de la fréquence des crises (un seul épisode d'arthrite de poignet qui a duré 2 j). Ainsi le méthotrexate a permis de diminuer le recours à la corticothérapie et l'absentéisme.

Il n'y a pas d'étude contrôlée sur le traitement du RP. Les difficultés tiennent au fait qu'il s'agit d'une pathologie peu fréquente, avec un mode d'évolution variable entre les patients et avec des cas de rémissions spontanées qui rendent difficile l'étude de l'efficacité des différentes thérapies. Les AINS ont été efficace pour soulager partiellement les douleurs articulaires durant les crises chez 74 % des patients dans une étude hollandaise (1). Dans une étude israélienne, deux tiers des patients ont vu leurs crises écourtées ou leurs symptômes améliorés sous AINS (2). Cependant, une étude scandinave a rapporté une amélioration chez seulement deux patients sur 60. Pour certains, l'indométacine serait supérieure aux autres AINS. Même si ils sont souvent employés, il n'y a pas de publication sur l'efficacité des corticoïdes oraux ou locaux.

Le traitement de fond le plus utilisé était les antipaludéens de synthèse qui permettent de diminuer la fréquence et l'intensité des arthrites chez 60 à 80 % des patients (1) Aucune donnée n'est disponible sur le méthotrexate et le léflunomide. Shinjo SK et al (3) rapportent un contrôle des crises sous méthotrexate chez un patient traité auparavant par AINS et hydroxychloroquine sans efficacité. En pratique, un traitement de fond doit être introduit si les crises sont rapprochées, ou mal contrôlées par le traitement symptomatique. L'hydroxychloroquine devrait être utilisée en première intention, compte tenu de sa tolérance et de son efficacité à retarder l'évolution vers la PR. Il pourrait également diminuer la fréquence et l'intensité des crises. On peut discuter l'introduction d'un traitement par méthotrexate, notamment chez les patients ayant des anticorps anti-CCP ou des FR, du fait du lien qui semble exister entre le RP et la PR. Il serait intéressant d'évaluer dans le cadre d'une étude prospective son impact sur l'apparition d'érosions radiographiques. Chez les patients séronégatifs, il serait intéressant d'évaluer l'efficacité d'un traitement par colchicine (4)

Conclusion

Le traitement de fond du rhumatisme palindromique n'est pas codifié vu sa rareté. Il est indiqué si les crises sont rapprochées, ou mal contrôlées par le traitement symptomatique.

L'efficacité du méthotrexate reste à prouver par des études contrôlées.

1-De Fraiture et al. Palindromic rheumatism: a retrospective study of 46 patients. Neth J Med 1996;48:52.

2-Ejiakim A, et al. Palindromic rheumatism in Israel - a disease entity? A survey of 34 patients. Clin Rheumatol 1989;8:507-11.

3- Shinjo SK et al. Palindromic rheumatism associated with primary hypertrophic osteoarthropathy. Clinics (Sao Paulo) 2006;61:581-3.

4- M. Vayssade et al. Rhumatisme palindromique. / La Revue de médecine interne 34 (2013) 47-52

Cause rare d'un syndrome de canal carpien

El Achek M A, Jguirim M, Daldoul C, Fakhfakh R, Arem S, Zrou S, Bejia I, Touzi M, Bergaoul N
Service de Rhumatologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction

La compression nerveuse au niveau du poignet et ou de la main révèle plusieurs étiologies. L'étiologie tumorale reste peu fréquente et parfois sous estimée. Dans ce sens nous rapportons le cas d'un **lipofibrome** géant de la main compliqué d'une **double compression nerveuse**.

Observation

Monsieur D.M âgé de 79 ans, droitier, tabagique et diabétique, Avait présenté depuis l'âge de 50 ans une **tuméfaction** spontanément apparue de la **loge hypothénar** de la main gauche qui augmentait lentement de taille, isolée et bien tolérée .Depuis 4 ans, le patient avait présenté des **acroparesthésies** intéressant le territoire **de l'annulaire et du médius** .

Examen physique



Une tuméfaction de la loge hypothénar de la main gauche molle, indolore, sans signes inflammatoires ni atrophie musculaire associés, faisant **10*5 cm** avec extension au niveau de la face antérieure du poignet gauche.Des **acroparesthésies** évaluées à **S3** de l'annulaire et du médius associées à un **pseudotinel** et un signe de **phalen** positif.

Radiographie standard de la main: sans anomalies à savoir pas d'atteinte osseuse. **Echographie de la main**: oriente vers une masse lipomateuse.

IRM de la main: aspect de **fibro-lipome** de **90*65*26 mm** au niveau de la loge hypothénar gauche et au niveau de la partie antérieure du **canal carpien** refoulant les tendons du fléchisseur commun et le **nerf médian**.



La conduite: une **exérèse complète** d'une tumeur jaunâtre polylobée ayant des rapports intimes avec le nerf médian et les branches de division du nerf ulnaire à la main était faite sans incidents. **Examen anatomopathologique**: confirme la nature de **lipofibrome**.

Recul d'un mois: Une **régression partielle** des paresthésies **S3+** et absence de récurrence tumorale.

Discussion

Lipome: -**Incidence**: **50%** des tumeurs tissulaires.
-**Prévalence**: **2.5%**.

Peut être: -**Superficiel** (le plus fréquent).
-**Profond** (le plus prévalent).

Localisation : -**L.Superficiel**: Dos, nuque, abdomen, extrémités proximales, épaules.
-**L.Profond**: extrémités supérieures **10 % (mains < 1%)**.

Age: -**L.Superficiel**: 50-80 ans.
-**L.Profond**: 30-60 ans

Taille: -**L.superficiel**: < 5 cm (80% des cas ; > 10 cm (> 1% des cas).
-**L.profond**: très variable.

Présentation typique: Tuméfaction unique et asymptomatique. **Plus rarement** par des douleurs locales, limitation de l'amplitude ainsi qu'une compression nerveuse. **IRM**: diagnostic, étude de l'**extension** et détection des **récidives**.

Le délai de la récupération de la sensibilité varie entre la 1^{ère} semaine et le 3^{ème} mois.

Conclusion

Le lipome de la main est une lésion rare (<1%). S'exprime souvent par un syndrome tumoral. L'apparition d'une double compression nerveuse est exceptionnelle due à la taille tumorale et sa localisation. L'IRM est l'examen de choix pour étudier l'extension locale. L'exérèse tumorale est le traitement de choix. La récupération nerveuse post opératoire n'est pas constante et elle peut nécessiter plusieurs mois en post opératoire.



Goutte Juvénile et surdité : Pensez à la Superactivité de la phosphoribosylpyrophosphate synthétase

Introduction

Les troubles héréditaires reliés au métabolisme des purines et des pyrimidines, connus généralement comme étant des troubles pédiatriques, sont un groupe de maladies aux impacts cliniques graves qui peuvent parfois se révéler dès le jeune âge avec de graves conséquences cliniques.

Observation

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 32 ans, issu d'un couple non consanguin, d'origine tunisienne, aux conditions socio-économiques modestes, sans antécédents familiaux notables et en particulier pas de surdité, ni pathologie neurologique, ni d'insuffisance rénale ou mort néonatale inexpliquée.

Notre patient est sourd-muet qui rapporte depuis des 2 ans plusieurs épisodes d'oligoarthrites évoluant par crises résolutive de la MTP1 de façon bilatérale, des coudes et des chevilles, évocatrices de crises de goutte ;

Par ailleurs Il n'y avait pas de retard de croissance, d'épilepsie, ou d'automutilation,

L'Examen retrouve plusieurs tophi au niveau des deux coudes, MTP gauche, du 5ème IPP 5. L'examen neurologique approfondi n'objective pas de déficit neurologique ni de faiblesse musculaire ni de signes en faveur d'un retard psychomoteurs ou d'autisme. L'audiogramme trouve une hypoacousie bilatérale sévère.

Le bilan biologique montre une Hyper uricémie à 629, une hypercholestérolémie à 4,75 normoTriglycéridémie, un bilan hépatique normal, une Créatinine à 108,9 μ mol/L. L'échographie urinaire ne montrait pas de lithiases rénales.

Les radiographies standard montrent des géodes au niveau du coude droit, et des opacités denses calcifiées localisés au niveau de la bourse rétro olécranienne gauche. Des macro-géodes se trouvaient également au niveau et de la base des hallux qui correspondaient aux sièges des différents tophi.

Le diagnostic évoqué est celui de « Superactivité de la phosphoribosylpyrophosphate synthétase (PRPS superactivité) » qui correspond à un retard de développement, goutte, dysmorphie, surdité et se traduit à la biologie par une augmentation de l'acide urique et de l'hypoxanthine. Un complément de recherche enzymatique et génétique a été entamé pour confirmer le diagnostic.

Le patient a été mis sous Zyloric 300mg/jour et Colchicine 1cp/jour avec une bonne hydratation associé à une bonne hygiène alimentaire aboutissant à une amélioration clinique et biologique satisfaisante.



Discussion

Devant une surdité associée à une goutte nous avons initialement évoqué le syndrome d'Alport. Mais la fonction rénale du patient était correcte. De même, l'échographie urinaire ne montrait pas de lithiases.

Le diagnostic évoqué est celui de « Superactivité de la phosphoribosylpyrophosphate synthétase (PRPS superactivité) » qui correspond à un Retard de développement, goutte, dysmorphie, surdité et se traduit à la biologie par une augmentation de l'Acide Urique et de l'Hypoxanthine.

L'analyse des purines et des pyrimidines permet l'orientation diagnostique basée sur la vérification des 15 marqueurs et sur les renseignements cliniques et biochimiques.

Le diagnostic enzymatique ou moléculaire (ADN), offert dans des laboratoires spécialisés, peut confirmer l'orientation du diagnostic Il existe des cas où le gène déficient est présent sur les deux allèles, mais le patient ne présente pas de symptômes, (homozygotes asymptomatiques) peuvent ne pas être identifiés ou développer des symptômes qu'à l'adolescence ou à l'âge adulte comme c'est le cas de notre patient .

Par conséquent, tous les membres de la famille d'un patient dont les résultats sont probants devraient subir un déostage biochimique

Conclusion

La superactivité de la phosphoribosylpyrophosphate synthétase est héritée d'une manière liée au X. Son diagnostic est avant tout enzymatique et moléculaire (ADN) afin d'aboutir à un conseil génétique bien éclairé.

Références

- Hee-Jin Kim et al. Mutations in PRPS1, Which Encodes the Phosphoribosyl Pyrophosphate Synthetase Enzyme Critical for Nucleotide Biosynthesis, Cause Hereditary Peripheral Neuropathy with Hearing Loss and Optic Neuropathy (CMTX5). The American Journal of Human Genetics Volume 81, Issue 3, September 2007, Pages 552-558
- Arjan PM de Brouwer et al. Phosphoribosylpyrophosphate Synthetase Superactivity. GeneReviews

Arthrose des membres inférieurs et qualité de vie du sujet âgé

I.Ksibi(1), W.Triki(1), R.Maaoui(1), N.Mouhli(1), A.Khezami(1), R.Dhahri(2), L.Métoui(2), I. Gharsallah(2), H.Rahali Khachlouf(1)

(1)Service de Médecine Physique et réadaptation fonctionnelle, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis. Tunis

(2)Service de rhumatologie, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis. Tunis

Introduction: L'arthrose des membres inférieurs est la localisation articulaire la plus fréquente. La qualité de vie étant un concept large et multidimensionnel influencé de manière complexe par la santé physique, elle peut être altérée en cas d'arthrose des membres inférieurs par le biais de la limitation fonctionnelle et la douleur qu'elle entraîne. L'objectif de ce travail était d'évaluer la qualité de vie chez les sujets âgés ayant une arthrose du membre inférieur.

Matériels et méthodes : Etude transversale réalisée entre Janvier 2017 et Juin 2017. Ont été inclus les patients âgés de 65 ans ou plus atteints d'arthrose du membre inférieur (hanche ou/et genoux). La qualité de vie (QDS) a été évaluée par le questionnaire SF-36 et l'AMIQUAL spécifique de l'arthrose des membres inférieurs .

Résultats: 49 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 71.7ans.Le sexe ratio (homme/femme) était de 0.44. Le genou était la localisation articulaire la plus fréquemment atteinte. La gonarthrose était bilatérale dans 91.18%. Quatre patients (8.16%) avaient une coxarthrose associée à la gonarthrose. L'évaluation de la qualité de vie des patients par la SF-36 a montré une altération des domaines de la limitation physique, santé générale et limitation émotionnelle de la SF-36. L'évaluation de la qualité de vie des patients par l'AMIQUAL a montré une altération des différents items prédominant sur les domaines de l'activité sociale (36/100) et l'activité physique (48/100). La qualité de vie était plus altérée chez la femme.

Méthode de calcul du score normalisé pour les différentes dimensions de l'Amiqual.

dimension	items	Etendu brut	score normalisation
Activité physique	Q1 à Q11, Q13 et Q14, Q24, Q25, Q28	0-10	100- (score×10)
Santé mentale	Q15 à Q21, Q29, Q35 à Q38, Q41	0-10	100- (score×10)
douleur	Q26, Q27, Q33, Q34	0-10	100- (score×10)
Soutien social	Q39, Q40, Q42, Q43	0-10	Scorex10
Activités sociales	Q30, Q31, Q32	0-10	Scorex10
Items indépendants	Q12, Q22, Q23	0-10	100- (Scorex10)

Discussion: L'altération de la qualité de vie en cas d'arthrose des membres inférieurs peut être expliquée par l'importance de la position érigée et des déplacements dans la réalisation de la plupart des activités de la vie quotidienne. L'atteinte élective chez la femme est expliquée par la plus forte prévalence de la gonarthrose et la position de la femme au sein de la famille tunisienne qui lui impose un surmenage articulaire particulier.

Conclusion: L'arthrose est une maladie fréquente qui a des conséquences importantes en termes d'invalidité, de qualité de vie pour le patient et de coût pour la société.



Retentissement de l'Arthrose du membre supérieur sur la fonction et la qualité de vie du sujet âgé

I.Ksibi(1), W.Triki(1), R.Maaoui(1), N.Mouhli(1), A.Khezami(1), R.Dhahri(2), L.Métoui(2), I. Gharsallah(2), H.Rahali Khachlouf(1)

(1)Service de Médecine Physique et réadaptation fonctionnelle, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis. Tunis

(2)Service de rhumatologie, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis. Tunis

Introduction: Malgré le poids considérable de ses conséquences fonctionnelles et socio-économiques, peu d'études Tunisiennes se sont intéressées à dresser le profil de la maladie arthrosique au membre supérieur, en fonction de l'âge et d'en évaluer les répercussions sur les plans fonctionnel et sur la QDV.

Matériels et méthodes : Etude transversale, menée entre Janvier 2017 et Juin 2017. Ont été inclus les patients âgés de 65ans et plus atteints d'arthrose du membre supérieur (l'épaule et/ou la main). L'évaluation du statut fonctionnel a été faite par La mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF). La qualité de vie a été évaluée par le SF-36; échelle générique de la qualité de vie.

Résultats: 27 patients ont été recrutés. L'âge moyen était de 63.66ans. Une nette prédominance féminine était notée avec un sexe ratio de 0.25. Les comorbidités les plus fréquentes étaient l'HTA (50%), le diabète type 2 (37%) et l'ostéoporose (22.2%). L'épaule était la localisation la plus touchée (74%), suivie de la main (40.72%). L'association omarthrose et arthrose digitale était retrouvée dans 18.5%. L'omarthrose était significativement plus fréquente à droite (42% VS 26%). L'évaluation du retentissement fonctionnel a objectivé une MIF moyenne à 116.03 avec atteinte des domaines liés aux soins personnels, et mobilité-transfert. L'évaluation de la qualité de vie a objectivé une altération des différents items de de la SF-36 prédominant sur les domaines de la limitation physique, santé générale et le fonctionnement social.

Item	Description	Score	Dates
1. Alimentation	Autonome. Capable de se servir des instruments nécessaires. Prend ses repas en son temps raisonnable. A besoin d'aide, par exemple pour couper	10 5	
2. Bain	Possibilité sans aide	5	
3. Continence urinaire	Aucun accident Accidents occasionnels	10 5	
4. Continence intestinale	Aucun accident Accidents occasionnels	10 5	
5. Déplacements	Ne pas besoin de fauteuil roulant. Autonome sur une distance de 50 m, généralement avec des câbles. Peut être 50 mètres avec aide Autonome dans un bâtiment ordinaire, et incapable de marcher	15 10 5	
6. Activités	Autonome. Peut se servir de ciseaux. A besoin d'aide et de surveillance	10 5	
7. Habillage	Autonome. Lave ses chaussures. Attache ses boutons. Met ses lunettes. A besoin d'aide, mais fait au moins la moitié de la tâche dans un temps raisonnable	10 5	
8. Soins personnels	Se lave le visage, se coiffe, se rasent les dents, se rase. Peut brancher un rasoir électrique	5	
9. Usage des WC	Autonome. Se sert seul des papier hygiénique, de la crème d'eau A besoin d'aide pour l'équilibre, pour ajuster ses vêtements et se servir des papier hygiénique.	10 5	
10. Transfert du lit au fauteuil	Autonome, y compris pour faire fonctionner un fauteuil roulant. Surveillance ou aide minime. Capable de s'asseoir, mais a besoin d'une aide maximum pour le transfert	15 10 5	
	Score :		

Fig1: Différents items du score sf-36

Discussion: Le statut fonctionnel du sujet âgé est souvent fragilisé par les comorbidités associées. La limitation fonctionnelle est d'autant plus importante que l'arthrose survient au membre supérieur surtout dominant. La qualité de vie est un concept multi dimensionnel complexe faisant impliquer des paramètres physiques et psychiques. Ces différents facteurs sont atteints à des degrés variable chez le sujet âgé atteint d'arthrose au membre supérieur.

Conclusion: L'atteinte arthrosique au membre supérieur a des conséquences néfastes en termes d'invalidité, de qualité de vie pour le patient et de coût pour la société.

Retentissement fonctionnel de la gonarthrose chez le sujet âgé

I.Ksibi(1), W.Triki(1), R.Maaoui(1), N.Mouhli(1), A.Khezami(1), R.Dhahri(2), L.Métoui(2), I. Gharsallah(2), H.Rahali Khachlouf(1)

(1)Service de Médecine Physique et réadaptation fonctionnelle, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis. Tunis

(2)Service de rhumatologie, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis. Tunis

Introduction: La gonarthrose est une affection souvent invalidante du fait du caractère portant de l'articulation. Elle est source de douleur et de diminution de mobilité à l'origine d'une limitation fonctionnelle qui d'autant plus importante qu'elle survient chez le sujet âgé. L'objectif de notre travail était d'évaluer le retentissement fonctionnel de la gonarthrose chez le sujet âgé.

Matériels et méthodes: Etude transversale, descriptive réalisée entre janvier 2017 et juin 2017. Ont été inclus les patients âgés de 65 ans ou plus ayant une gonarthrose. Les données sociodémographiques et cliniques étaient recueillies. L'évaluation du statut fonctionnel était réalisée par la mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF), Indice algo-fonctionnel de LEQUESNE Genou (I.LEQUESNE), et l'Index de Western Ontario et McMaster Universities le genou (I.WOMAC).

Résultats: 49 patients étaient inclus. L'âge moyen était de 71.7ans, avec un sexe ratio (homme/femme) de 0.44. La gonarthrose évoluait en moyenne depuis 8.5 années. La gonarthrose était bilatérale dans 91.83%. Les déformations axiales du genou étaient constatées dans 58% L'examen des genoux était douloureux ou limité chez la quasi-totalité des patients. L'évaluation du retentissement fonctionnel a objectivé une MIF moyenne à 119.6 avec une atteinte des domaines liés aux soins personnels, mobilité transfert et locomotion. L'I. lequesne genou moyen était de 13.18 traduisant un handicap important. La section difficulté était la plus altérée avec une moyenne de 5,28. L'indice de Womac a montré une altération des trois sections avec une moyenne de 49.18.

Douleur	Oùleux nocturne sans mouvements ou posture ou même involontaire	1 2	
	Lors du « démarrage » minimal pendant quelques minutes ou durée plus d'un quart d'heure	1 2	
	Lors de la station debout ou du positionnement pendant une demi-heure	1	
	Lors de la marche qu'on s'arrête seulement après quelque distance ou que les premiers pas et allant croissent	1 2	
	Côgne lors de la station assise prolongée	1	
	Marche maximale	Plus de 1 km sans arrêt	1
		Environ 1 km (environ 15 minutes)	2
		500 à 900 mètres (environ 6 à 15 minutes)	3
		300 à 500 mètres	4
		100 à 300 mètres	5
Moins de 100 mètres		6	
** avec une canne ou canne-béquille		41	
** avec 2 cannes ou cannes-béquilles	42		
Difficultés pour :	Enfiler chaussette ou collant par devant	0 à 2	
	Ramasser un objet à terre	0 à 2	
	Marcher et descendre un étage	0 à 2	
	Sortir d'une voiture	0 à 2	
	Rehabilitation sur l'activité sexuelle	0 à 2	

Le domaine chirurgical commence vers 10 à 12 points.

Fig1: Indice de Womac

Discussion: Nos résultats rejoignent ceux de la littérature. En effet, dans l'étude Tunisienne sur la prise en charge médicale de la gonarthrose, l'I.Lequesne moyen était de 13,72 chez les sujets âgés. Ceci a été noté aussi dans la version marocaine de l'I.Lequesne où le score moyen était de $12,26 \pm 5,52$ témoignant d'un statut fonctionnel altéré.

Conclusion: La gonarthrose a des conséquences néfastes en termes de retentissement fonctionnel et d'invalidité par le biais de la douleur et la raideur qu'elle génère. Une PEC multidisciplinaire adaptée permet d'améliorer la fonction et adapte les différentes alternatives thérapeutiques selon le

Complication inattendue d'une gonarthrose sur genu varum

Service de chirurgie orthopédique et traumatologie

Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie

K.Zitouna, M.A.Selmene, M.Barsaoui, M.Arfa, G.Drissi, M.Gargouri

Introduction

La déformation en **varum** des membres inférieurs
=> Augmentation de pression sur le compartiment fémoro-tibial médial
=> Installation progressive d'une usure cartilagineuse
Certaines **complications** inattendues peuvent émailler cette évolution inéluctable

Observation

- Mr. M.H - âge = 63 ans
- ATCD: en 1991: fractures non compliquées bilatérales 2 os de la jambes = ttt par enclouage centromédullaire
- suivi depuis 2012 pour gonarthrose sévère sur genu varum de 18° à droite et 21° à gauche => indication à une PTG



- Septembre 2013
- constatation par le patient d'une mobilité anormale de la partie proximale de la jambe droite
 - pas de traumatisme
 - pas de douleurs



Rx : fracture de **fatigue** sous-tubérositaire déplacée

CAT = enclouage centromédullaire (ECM)

NB : examen histologique du produit d'alésage était sans anomalies



L'évolution

- consolidation à j102 postopératoire
- mise en évidence d'une **fracture de contrainte** similaire controlatérale => traitée par ECM



Discussion Les fractures de **contrainte** * 2 facteurs

Contrainte mécanique excessive



Résistance osseuse amoindrie

- En cas de gonarthrose : ostéoporose + déformation => Contraintes anormales sur l'extrémité supérieure tibia
- Notre patient

la période d'interdiction d'appui à droite suite à la première intervention

Augmentation des charges sur un membre déjà sous contrainte => fracture à gauche

- Conclusion**
- Penser aux fractures de contrainte devant une gonarthrose sur genu varum
 - ttt chirurgical +++ / - Pseudarthrose possible



Impact de l'obésité au cours la gonarthrose

Hachfi H., Mouanaa H., Baba S., Ben Hamouda S., Younes M.

Service de Rhumatologie du CHU Tahar Sfar de Mahdia

Introduction :

La gonarthrose est une affection fréquente et constitue un véritable problème de santé publique. L'obésité représente un facteur de risque majeur de développement et d'aggravation de cette maladie. L'objectif de notre travail est de déterminer le lien entre l'obésité et la gonarthrose et d'évaluer le retentissement sur la gravité du handicap fonctionnel et l'atteinte radiologique.

Matériel et méthodes :

Nous avons mené une étude transversale descriptive intéressant 186 patients suivis pour une gonarthrose consultant au service de Rhumatologie du CHU Tahar Sfar de Mahdia.

Résultats :

L'âge moyen des patients était de 60 ± 10 ans [33-87] avec une nette prédominance féminine (83,3%). La gonalgie était bilatérale dans 68,3 % des cas. Les troubles statiques étaient constatés chez 37,6% des malades. Plus de moitié des patients étaient obèses (53,8 %) particulièrement les femmes puisque l'obésité était notée chez 60,6% de la population féminine contre 19,4% chez les hommes. Les valeurs moyennes de l'EVA douleur au repos et à l'effort étaient respectivement de 3,2 et 6,8. Une limitation de la mobilité articulaire était constatée dans 38,7% des cas. Les valeurs moyennes de l'indice de Womac et celui de Lequesne étaient respectivement de 46,9 et 12,5. Selon l'indice de Lequesne, un handicap fonctionnel extrême était noté chez 44,1% des patients. Selon la classification de Kellgren et Lawrence, 27,5% des patients avaient un stade 2, 38,3% un stade 3 et 34,2% un stade 4. L'analyse statistique a permis de montrer une relation entre l'obésité et le sexe féminin, l'atteinte bilatérale, les troubles statiques, l'atteinte radiologiques ainsi que l'importance du handicap fonctionnel. La recherche des facteurs associés à la sévérité de l'obésité a permis de retenir seulement le sexe.

Discussion :

Bien que, la relation obésité et gonarthrose est connue depuis longtemps, peu des travaux tunisiens et par le monde arabe se sont intéressés à l'étude de cette relation et de l'impact de l'obésité dans cette maladie.

Si l'étude des facteurs de risque au cours de la gonarthrose est complexe et pose des difficultés méthodologiques, l'obésité est un facteur de risque modifiable important. En effet, sa prévalence a fortement augmenté ces dernières décennies. Elle engendre à la fois un stress mécanique ainsi qu'un stress métabolique, aboutissant les deux à un état inflammatoire activant les protéases matricielles, élément majeur responsable de la dégradation du cartilage. Les cytokines pro-inflammatoires produites par le tissu adipeux pourraient avoir non seulement un rôle dans les lésions structurales de l'arthrose mais aussi dans la perception de la douleur.

De nombreuses études longitudinales ont montré une association positive entre l'obésité et la gonarthrose radiographique. Une méta-analyse récente a confirmé l'association entre IMC et gonarthrose en montrant un effet-dose. Une augmentation de l'IMC de 5 unités était associée à une augmentation du risque de gonarthrose de 35 %.

Une revue de la littérature de 2016, incluant 1818 études, ayant comme objectif l'étude de l'expérience et la perception de la douleur chez les sujets obèses, a conclu qu'il y a une sensibilité à la douleur plus élevée chez les sujets obèses par rapport aux non obèses. D'autres études suggèrent que l'obésité accélère la progression des lésions radiologiques. Tukker et al ont conclu qu'il existe une forte association entre obésité et handicap locomoteur (OR : 3 [IC 95% : 2,3 ; 3,9]) avec un effet dose. L'obésité est responsable aussi d'un recours plus précoce à l'arthroplastie suggérant que la sévérité de l'arthrose est plus importante dans la population obèse que dans la population non obèse.

Conclusion :

La gonarthrose est une source d'incapacité fonctionnelle majorée par l'obésité d'où la nécessité d'un meilleur contrôle du poids et l'importance de l'activité physique tant chez le sujet obèse que chez le patient atteint de gonarthrose.



Les gastro-entéropathies exsudatives : une étude rétrospective de 9 observations.

Rekik F, Frikha F, Ben Salah R, Garbaa S, Snoussi M, Damak C, Turki C, Loukil H, Chebbi D, Bouattour Y, Jallouli M, Marzouk S, Bahloul Z

Service de Médecine interne CHU Hédi Chaker Sfax

INTRODUCTION

Les gastro-entéropathies exsudatives (GEE) décrivent des entités syndromiques qui se définissent par une perte anormalement excessive de protéines plasmatiques par le tube digestif. Le spectre clinique est très hétérogène et les étiologies sont multiples. Le diagnostic positif est confirmé par la mesure de la clairance fécale de l'alpha1-antitrypsine. Le traitement est avant tout étiologique. L'objectif de notre étude est de rappeler les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques ainsi que les modalités thérapeutiques de l'EE.

PATIENTS ET METHODES

Nous avons étudié de façon rétrospective tous les cas de GEE colligés dans le service de médecine interne de l'EPS Hédi Chaker de Sfax- Tunisie durant la période allant de janvier 1996 à avril 2017. Le diagnostic de la GEE était évoqué sur des arguments cliniques et biologiques, et confirmé dans tous les cas par l'augmentation de la clairance fécale de l'alpha-1-antitrypsine.

RESULTATS

- ❖ Notre série comporte 9 observations de GEE, toutes de sexe féminin et âgées en moyenne de 51.1 ans (extrêmes de 25 à 70 ans).
- ❖ Les signes évocateurs étaient des œdèmes des membres inférieurs dans 6 cas, un syndrome œdémato-ascitique dans 1 cas, une hypocalcémie chez une patiente. La découverte de la GEE était fortuite dans 1 cas. Une seule patiente présentait une diarrhée chronique évoluant depuis 4 mois.
- ❖ Sur le plan biologique, une hypoprotidémie et une hypoalbuminémie étaient trouvées chez toutes les patientes, une hypogammaglobulinémie dans 7 cas et une lymphopénie dans 7 cas. Une hypocalcémie était présente chez trois patientes avec des stigmates de malabsorption chez deux autres. La fonction rénale était correcte avec une protéinurie de 24 h négative dans tous les cas.
- ❖ La valeur moyenne de la clairance de l'alpha-1-antitrypsine, élevée chez toutes les patientes, était de 156,35 ml/ 24 heures avec des extrêmes de 30,61 et 351,91 ml/24 heures (VN entre 5 et 10 ml/ 24 heures).

❖ L'enquête étiologique a permis de retenir le diagnostic d'un lupus érythémateux systémique (LES) dans 1 cas, une lymphangiectasie duodénale associée à une iléite ulcéreuse non spécifique dans 1 cas, une maladie cœliaque dans 1 cas, une cirrhose biliaire d'origine indéterminée dans 1 cas, un syndrome de Budd-chiari dans 1 cas et une tuberculose ganglionnaire et péritonéale séquellaire dans 1 cas. Une origine médicamenteuse a été incriminée chez une patiente (Magnésium hydroxyde). Par ailleurs, l'enquête étiologique était négative chez deux patientes.

❖ Sur le plan thérapeutique, toutes les patientes ont suivi un régime hyperprotidique. Six d'entre elles ont bénéficié d'un traitement de l'étiologie en cause. L'évolution était bonne chez toutes les patientes avec résolution des œdèmes et correction des anomalies biologiques.

DISCUSSION

Comme dans notre série, les séries de GEE publiées ont montré une grande variabilité des modes de présentation clinico-biologiques. Les différents symptômes dépendent beaucoup de la maladie sous-jacente. Le retentissement biologique des GEE résulte de la rupture d'équilibre entre la capacité de synthèse protéique de l'organisme et le débit des pertes protéiques digestives. Dans notre étude, l'hypoprotidémie et l'hypoalbuminémie étaient présentes chez toutes les patientes, l'hypogammaglobulinémie a été notée dans 2 cas, la lymphopénie dans 3 cas. Actuellement, le dosage de la clairance fécale de l'alpha1 antitrypsine constitue le gold standard dans le diagnostic des GEE [1].

Le diagnostic étiologique est souvent orienté par les signes associés et le terrain (âge, maladie connue abdominale, ganglionnaire ou cardiaque...). Ces éléments guident le choix des examens complémentaires. L'imagerie médicale peut montrer des anomalies chez les malades atteints de GEE. Ainsi, l'entéroscanner et l'entéro IRM sont les examens les plus performants. Les endoscopies oeso-gastroduodénales et iléocoliques sont les plus sensibles pour mettre en évidence des lymphangiectasies et/ou des pertes de substances de la muqueuse du tube digestif. Elles permettent la réalisation de biopsies pour faire le diagnostic étiologique [2,3].

CONCLUSION

Notre étude montre la rareté de la GEE et la grande variété des maladies gastro-intestinales et extra-intestinales qui peuvent être à l'origine de cette entité. L'anamnèse et l'examen clinique sont essentiels pour l'orientation étiologique et pour guider les examens complémentaires. Les explorations endoscopiques sont indispensables pour le diagnostic étiologique. La prise en charge thérapeutique est basée d'une part sur un régime hyperprotidique et hypolipidique avec un enrichissement en triglycérides à chaînes moyennes, et d'autre part à un traitement étiologique, chaque fois qu'il est possible.

RÉFÉRENCES

- [1] Fine X, Ishidji K, Rasmussen C, et al. Gastrointestinal protein exsudates: Hypoalbuminemia. *Hypertension* 2008; 52:139-48.
- [2] Al-Hogarty SH. Lymphangiectasia: clinical manifestations (LAE), a review. *Journal of Clinical Medicine* 2011; 31:995-1001.
- [3] Takatori H, Chiriva N, Pevsner Y, et al. Endoscopic and histologic findings in Protein-losing enteropathy. *TCM Gastroenterol* 2012; 46:575-80.



Parodontite chez le sujet âgé en milieu rhumatologique

Brahem M.¹, Jguirim M.¹, Chebil E.², Chaabouni D.³, Bejia I.¹, Touzi M.¹, Zrour S.¹
Ben Khelifa M.³, Ben Alaya T.³, Bergaoui N.¹

Service de Rhumatologie EPS Fattouma Bourguiba Monastir
Service d'ORL EPS Fattouma Bourguiba Monastir
Service de Médecine Dentaire EPS Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction:

•Plusieurs facteurs interviennent dans la détérioration de l'état buccodentaire comme le diabète, la dénutrition et aussi l'âge.
•Les sujets âgés se présentent fréquemment pour des plaintes buccodentaires généralement graves.
➢Notre objectif est d'évaluer les particularités et la fréquence de la parodontite chez le sujet âgé en milieu rhumatologique.

Patients et méthodes:

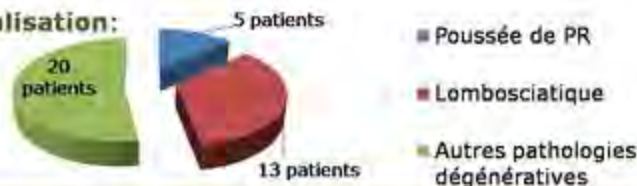
•Il s'agit d'une étude transversale de 38 patients âgés de plus de 65 ans, qui étaient hospitalisés au service de Rhumatologie à EPS Fattouma Bourguiba à Monastir durant l'année 2015. Ces patients ont subi un examen stomatologique au service de Médecine Dentaire au même hôpital.

Résultats:

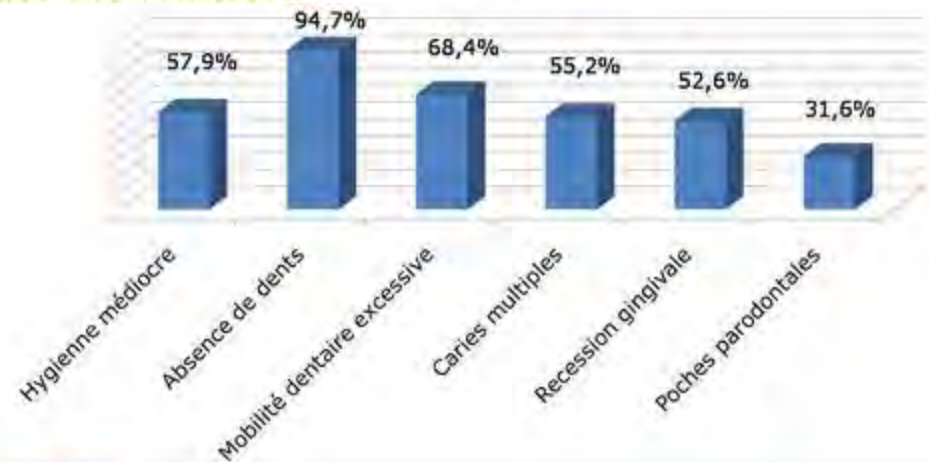
•L'âge moyen de nos patients (37 femmes et un homme) était de $71,7 \pm 5,2$ ans [65-84],

- 21,1% étaient diabétiques,
- 52,6% étaient hypertendus,
- 26,3% étaient dyslipidémiques,
- Aucun patient n'était tabagique.

Motifs d'hospitalisation:



Examen bucco-dentaire:



Discussion:

❖L'altération de l'état bucco-dentaire est très fréquente chez le sujet âgé, même sans pathologies associés à cause du vieillissement et l'altération des structures anatomiques.
❖En milieu rhumatologique, les pathologies inflammatoires peuvent majorer ce problème surtout la polyarthrite rhumatoïde qui expose à la parodontite, d'une part par sa physiologie elle-même, et d'autre part par les traitements immunosuppresseurs et corticoïdes.
❖La particularité chez le sujet âgé, la présence de comorbidités surtout le diabète qui altère encore plus l'état bucco-dentaire et empêche la cicatrisation des lésions existantes.

Conclusion:

•Notre étude a bien montré la fréquence des anomalies buccodentaires chez le sujet âgé.
•Donc, il est nécessaire de privilégier les mesures préventives qui limitent le développement des caries, et de fait réduisent les processus infectieux, la douleur et les répercussions sur la qualité de vie ces patients.

Syndrome de cushing associé à une ostéonécrose bilatérale des têtes fémorales révélant un adénome hypophysaire

Brahem M., Alaya Z., Douma B., EL Amri N., Ben Jeddou K., Baccouche K., Belghali S., Zeglaoui H., Abdelmajid J., Bouajina E.

Service de Rhumatologie EPS Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction:

• La maladie de Cushing, ou hypercorticisme endogène, est un trouble endocrinien causé par des taux élevés de cortisol dans le sang quelque soit la cause, et peut être associée à une ostéonécrose non traumatique de la hanche.

➤ **Nous rapportons le cas d'un adénome hypophysaire révélé dans le cadre d'exploration d'une ostéonécrose aseptique des têtes fémorales (ONAF).**

Observation :

• Homme de 29 ans,
• Service de Rhumatologie Farhat Hached à Sousse,

• **Motif de consultation:** Douleurs inguinales d'horaire mécanique évoluant depuis deux ans, avec boiterie à la marche.

• **Sur le plan sexuel:** baisse de libido depuis une année avec un dysfonctionnement érectile.

• **Examen physique:** obésité facio-tronculaire, vergetures abdominales pourpres et sur le plan ostéo-articulaire, une hyper-cyphose dorsale avec une douleur et une limitation de la rotation interne de la hanche gauche avec un indice de Lequesne à 16 à gauche



Biologie:

- Pas de syndrome inflammatoire biologique.
- La cortisolémie de base était de 287ng/ml.

Radiographie standard du bassin: perte de sphéricité de la tête fémorale gauche avec un aspect en coquille d'œuf.

IRM du bassin: a confirmé le diagnostic d'une ONAF bilatérale.

Devant ce contexte clinique, un syndrome de cushing compliqué d'une ONAF était suspecté.

IRM hypophysaire a objectivé un adénome hypophysaire.

Traitement: la décharge totale des hanches était indiquée et le patient était adressé en endocrinologie pour une prise en charge spécialisée.

Il a subi une résection chirurgicale de l'adénome en neurochirurgie.

Examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic d'un adénome hypophysaire exprimant en immunohistochimie, l'ACTH de façon intense (adénome corticotrope).

Evolution: régression des signes du syndrome du cushing et des douleurs des hanches.



Discussion:

Plusieurs études ont conclu que l'ostéonécrose peut apparaître comme rare manifestation du syndrome de cushing, mais peut apparaître comme complication tardive de ce trouble endocrinien.

La conduite thérapeutique varie de la simple mise en décharge, le forage et la prothèse totale de la hanche.

Le choix du traitement dépend de l'âge du patient, la cause d'ostéonécrose et le degré d'atteinte de la tête fémorale.

Le traitement de l'hypercortisolémie (traitement médical ou chirurgical) est nécessaire pour diminuer les douleurs de la hanche dues à l'ONAF.

Conclusion:

L'ONAF peut être une manifestation de la maladie de Cushing. D'où la nécessité d'exclure l'hypercorticisme endogène chez tout patient présentant une ostéonécrose idiopathique. De plus, devant les patients présentant une maladie de Cushing présentant une douleur soudaine de la hanche, une ONAF devrait être suspectée car elle peut apparaître comme séquelle tardive de cette maladie.

Algodystrophie bilatérale des hanches et grossesse :

A propos d'un cas

Lataoui S, El Amri N, Baccouche K, Belghali S, Hmila S, Alaya Z, Zeglaoui H, Bouajina E
Service de rhumatologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction:

La survenue d'une algodystrophie des membres inférieurs au cours de la grossesse est rare, particulièrement si l'atteinte est bilatérale. Nous présentons un cas d'algodystrophie bilatérale des hanches survenue au décours d'une grossesse chez une jeune patiente.

Case report:

Il s'agit d'une patiente âgée de **34 ans**, sans antécédents, **primipare**, qui a présenté au **troisième trimestre** de grossesse des **douleurs inguinales** mécaniques **bilatérales** sans signes extra-articulaires associés. L'accouchement s'est déroulé à terme sans incidents, par voie basse, avec cependant une aggravation progressive des douleurs inguinales et une **impotence fonctionnelle** des deux membres inférieurs. La patiente consulte à J8 en post-partum, où l'examen note une boiterie à la marche, des amplitudes articulaires actives diminuées et conservées en passif mais douloureuses. Le bilan biologique n'a pas montré de syndrome inflammatoire. Les radiographies standard réalisées en post-partum ont montré une déminéralisation locorégionale des têtes fémorales. L'IRM a permis de confirmer le diagnostic d'algodystrophie des hanches en montrant une anomalie de signal médullaire en plages des deux têtes fémorales en hyposignal T1, hypersignal T2, et STIR hétérogènes en rapport avec de l'**œdème médullaire**, associé à un discret **épanchement intra articulaire**. La patiente a été mise sous traitement **antalgiques**, un repos relatif et un protocole de **rééducation fonctionnelle** adapté.



Anomalie de signal médullaire en plages des deux têtes fémorales en hyposignal T1, hypersignal T2 et STIR hétérogènes

Discussion:

L'algodystrophie bilatérale des hanches chez la femme enceinte ou en post-partum récent est une entité rare (1). Le tableau associe douleurs intenses mixtes et un retentissement fonctionnel majeur survenant progressivement au cours du 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de la grossesse (2). Les radiographies standard peuvent montrer de façon inconstante une déminéralisation régionale de la tête fémorale. Seule l'IRM permet le diagnostic différentiel entre l'algodystrophie et la fracture de contrainte qui sont cliniquement semblables (2). L'évolution est en général favorable avec un traitement essentiellement physique (3).

Conclusion:

L'algodystrophie bilatérale des hanches en décours d'une grossesse reste rare et pose un diagnostic différentiel avec différentes affections notamment l'ostéonécrose aseptique. L'IRM tient une place de choix dans le diagnostic précoce et différentiel de cette affection.

(1) I. Bel Haj Youssef, Z. Alaya, K. Bakkouche, H. Zeglaoui, S. Belghali, H. Ben Fredj, A. Jamel, E. Bouajina, Algodystrophie et grossesse : à propos d'une nouvelle observation, In Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, Volume 56, Supplement 1, 2013, Page e120

(2) Sarah Steib-Furno et al. Coxopathies associées à la grossesse: incidence et étiologies, Revue du Rhumatisme, Volume 74, Issue 7, 2007, Pages 666-672

(3) Jemaa Zrigui et al. Reflex sympathetic dystrophy and pregnancy: a case report, Joint Bone Spine, Volume 69, Issue 3, 2002, Pages 342-344

A propos d'une ostéolyse du sacrum

Kaffel D, Ben Ouhiba A, Maatallah K, Zouch I, Hamdi W, Kchir MM.

Introduction

- ❖ L'ostéolyse post-fracturaire du sacrum est une entité radiologique rare mimant une pathologie infectieuse ou tumorale.
- ❖ Elle est secondaire à un mode évolutif inhabituel d'une fracture sacrée et implique souvent des explorations lourdes et invasives.
- ❖ Nous en rapportons une observation.

Observation

- ❖ Une femme âgée de 53 ans, sans antécédents pathologiques notables, a consulté pour une lombosciatique L5 droite d'horaire mécanique résistante à un traitement symptomatique bien conduit.
- ❖ La tomodensitométrie du rachis lombaire et du bassin retrouvait une lombodiscarthrose étagée associée à une discopathie protrusive L4-L5 conflictuelle avec la racine L5 droite expliquant la symptomatologie ; cependant, elle a aussi retrouvé une importante lésion ostéolytique de l'aileron sacré droit d'allure suspecte de 45 mm de grand axe (Figure 1).
- ❖ L'IRM montrait une lésion osseuse de l'aileron sacré droit comblant le trou sacré S1 droit, contenant une zone de nécrose et associée à une importante réaction des parties molles (Figure 2,3).
- ❖ Il n'existait pas de syndrome inflammatoire biologique.
- ❖ L'IDR à la tuberculine était négative.
- ❖ Les sérologies de Wright et de Widal étaient négatives.



Figure 1 : lésion lytique de l'aileron sacré droit d'allure suspecte à la tomodensitométrie.



Figure 2 : lésion en hyposignal T1 de l'aileron sacré droit à l'IRM.

- ❖ La radiographie du thorax, l'échographie abdomino-pelvienne, l'échographie cervicale ainsi que l'écho-mammographie étaient sans anomalies.

- ❖ Une biopsie osseuse scanoguidée a été indiquée, cependant la patiente a été perdue de vue pendant 4 mois et au moment de la réalisation des coupes de repérage précédant la biopsie on a constaté un changement d'aspect de la lésion associant une condensation des berges ainsi qu'une image linéaire correspondant au trait de fracture sacré droit (Figure 4).
- ❖ La patiente a été confiée aux orthopédistes avec une bonne évolution, sous repos, après 6 mois de recul.

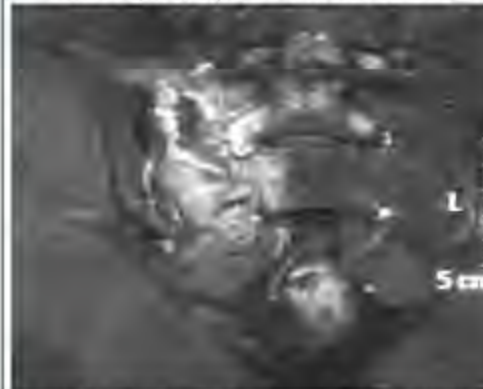


Figure 3 : IRM en T1 Fatsat gado : Rehaussement important après injection de gado avec une zone de nécrose centrale.



Figure 4 : TDM de repérage précédant la biopsie : une image linéaire avec condensation des berges (correspondant au trait de fracture).

Discussion

- ❖ Les ostéolyses post-fracturaires du bassin, sont décrites surtout au cours des fractures de contrainte par insuffisance osseuse.
- ❖ La symptomatologie la plus fréquente des fractures du sacrum est représentée par des douleurs du sacrum d'horaire mécanique, exacerbées par l'effort, rendant la station debout et la marche difficiles [1,2].
- ❖ La particularité de notre cas est que sa symptomatologie était masquée par le conflit disco-radulaire.
- ❖ Habituellement et contrairement à notre cas, la tomodensitométrie montre plus précocement le trait de fracture et fait la distinction entre une ostéolyse maligne et bénigne [3,4].

Conclusion

Les formes ostéolytiques pseudotumorales/infectieuses des fractures sacrées doivent être mieux connues afin d'éviter un bilan exhaustif incluant des gestes agressifs.

[1] Finnie H et al. Presse Méd 1997;26:1568-73.

[2] Soubrier M et al. Joint Bone Spine 2003;70:209-18.

[3] Sibilia J et al. Ann Radiol 1989;32:561-7.

[4] Sutton E, Serrau A, Malhara JR, et al. Joint Bone Spine 2004;71:233-6.

INFRACTUS MUSCULAIRE ET DIABETE

Aguir Z1 , Zrouer S 2, Jguirim M2, Touzi M2, Berguaoui N2
1-Consultation de Rhumatologie - Hôpital régional de Jammel
2- Service de Rhumatologie – EPS Monastir

Introduction :

L'infarctus musculaire est une entité rare. Il est à l'origine d'une myolyse avec une nécrose focale ou diffuse du tissu musculaire. Il est rapporté lors d'un diabète ancien déséquilibré au stade des complications micro vasculaires, est souvent confondu avec une tumeur ou une pyomyosite.

Observation :

Patiente âgée de 59 ans, diabétique type 2 depuis 15 ans au stade de complications dégénératives, présente une tuméfaction douloureuse de la cuisse droite évoluant depuis 2 mois sans facteur déclenchant dans un contexte d'apyrexie.

L'examen clinique objective une grosse cuisse ferme et douloureuse. La biologie montre une hyperglycémie. L'échographie montre une plage hypoéchogène.

L'IRM musculaire confirme le diagnostic en révélant un hyper signal T2 au niveau de la loge antérieure de la cuisse droite. Une enquête étiologique écarte les autres diagnostics différentiels.

L'évolution est favorable sous traitement symptomatique.

Conclusion :

Le diagnostic d'infarctus musculaire doit être suspecté devant des douleurs musculaires survenant chez un sujet diabétique.

L'IRM musculaire permet de porter un diagnostic précoce et mettre en place un traitement conservateur, en évitant la biopsie musculaire.

Les maladies osseuses constitutionnelles: à propos de 33 cas

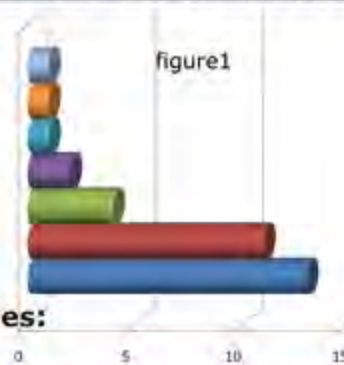
Fakhfakh R , Jguirim M, Daldoul C, Elachek A, Elarem s, Zrour S, Bédia I, Touzi M, Bergaoui N
Service de rhumatologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir Tunisie

Introduction: Les maladies osseuses constitutionnelles (MOC) sont des affections congénitales rares touchant le squelette. Notre objectif est de décrire les caractéristiques cliniques, radiologiques et thérapeutiques des MOC.

Matériels et méthodes: étude rétrospective sur une durée allant de 1998 à 2017 de 33 cas de MOC au service de rhumatologie de Monastir

Résultats : A-Fréquence: (figure1)

- Achondroplasie : 1cas
- Dysplasie cleido crânienne: 1cas
- Pachydermopériostose: 1cas
- Dysplasie fibreuse: 2cas
- Dysplasie polyépiphysaire: 4cas
- Dysplasie spondyloépiphysaire: 11cas
- Ostéogénèse imparfaite: 13 cas



C-Biologie: pas d'anomalies biologiques

D-Traitement: 4 patients ont eu une PTH ou PTG , 1 patient a eu une prothèse cervicale secondaire a une luxation atloïdo-axoïdienne dans la dysplasie spondyloépiphysaire, tous les patients ont bénéficié d'un traitement antalgique et AINS et 7ont eu une rééducation.



a- dysplasie spondyloépiphysaire



b- dysplasie de l'épiphysaire fémorale

B- Caractéristiques épidémio- cliniques:

MOC	Âge moyen	Sexe ratio	Taille	clinique	radiologie
dysplasie spondyloépiphysaire (11cas)	22ans	6F/5H	1,26m	limitation des mouvements :la hanche++(7cas), genu valgum (3 cas)	•platyspondylie •dysplasie épiphysaire
dysplasie polyépiphysaire (4cas)	14 ans	3F/1H	1,56m	flessum du coude, limitation des hanches pour tous les cas, un genu valgum dans 2cas	dysplasie épiphysaire multiple
dysplasie fibreuse: polystotique (2cas)	7ans	1F/1H	1,59m	Inégalité des longueur des MI , hanche limitée dans les 2cas, déformation des MI ,fracture a répétition dans 1cas	Aspect lytique et condensant, corticale souflée des fémurs
Pachydermopériostose(1cas)	18 ans	1H	1,63m	plicature du front, hypertrophie des extrémités, pachydermie et un hippocratisme digital	épaississement périosté diffus
dysplasie cleido crânienne (1cas)	36ans	1F	1,28m	dysgénésie des phalanges distales	aplasie des clavicules
Achondroplasie(1cas)	47ans	1F	1,16m	membres courts et les mains étaient trapus	ailes iliaques rectangulaires

Discussion: Les MOC forment un groupe hétérogène d'affections responsables d'insuffisance staturale ou d'anomalies de la structure de l'os associées ou non à des déformations, détectées à la naissance ou plus tardivement , voire à l'âge adulte comme dans notre série. La brièveté des membres, l'insuffisance staturale globale sont les motifs les plus fréquents de consultation, la fréquence des MOC est variable, le diagnostic est clinique et radiologique, L'identification récente des gènes responsables a récemment montré que la sévérité du phénotype peut dépendre du siège et du type de la mutation dans le gène, Ces affections sont classées selon le gène impliqué.

Conclusion: Chaque MOC demande une prise en charge adaptée et spécifique .



DRESS syndrome au cours d'une lombocruralgie commune : attention à la Carbamazépine

Khalifa D(1), Sahnoun R(2), Akrouf R(1), Bettaieb H(1), Feki A(1), Bouenba MA(1), Ben Jemaa S(1), Ezzeddine M(1), Kallel MH(1), Fourati H(1), Baklouti S(1), Hammani S(2), Zghal K(2)

(1)Service de Rhumatologie CHU Hedi Chaker Sfax, Tunisie

(2)Service de pharmacovigilance, Faculté de médecine de Sfax, Tunisie

Contexte :

Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms Syndrome (DRESS Syndrome) est une toxidermie induite par une variété de médicaments notamment les anticonvulsivants qui survient 1 à 8 semaines après l'introduction du traitement. Malheureusement, aucun test spécifique n'existe pour établir définitivement le diagnostic. Nous rapportons l'observation d'une patiente présentant un DRESS syndrome suite à la prescription de la Carbamazépine pour des douleurs neuropathiques au cours d'une lombocruralgie commune.

Observation clinique:

Une patiente âgée de 60 ans, diabétique, hypertendue, a été hospitalisée pour exploration d'une lombocruralgie de trajet L4 droite mécanique avec un déficit proximal du membre inférieur droit et des paresthésies en rapport avec une hernie discale L3-L4 nécessitant un traitement chirurgical. La patiente a été mise sous son traitement anti hypertenseur et anti diabétique habituel, paracétamol, anti inflammatoires non stéroïdiens et Carbamazépine (Taver*) pour les douleurs neuropathiques. Après 21 jours, la patiente a présenté une fièvre à 40°C, multiples adénopathies cervicales fermes indolores sans signes inflammatoires locaux, et un œdème bilatéral des membres inférieurs gardant le godet. Son état général commençait à s'altérer avec altération de l'état hémodynamique et respiratoire sans présence de foyer infectieux évident. On a constaté l'apparition d'un exanthème prurigineux en placard du décolleté et de l'abdomen avec quelques lésions papuleuses des membres inférieurs. L'hémogramme a montré la présence d'un syndrome mononucléosique avec 47% de lymphocytes dont 14% polymorphes à cytoplasme hyperbasophile et une légère éosinophilie à 570 éléments/mm³.

Une VS à 130 mm la première heure, une CRP à 59 mg/L, une insuffisance rénale avec protéinurie et hématurie. Pour éliminer une cause infectieuse 3 séries d'hémocultures sur milieu habituel et Sabouraud étaient négatives. Les sérologies du VIH, des hépatites virales, parvovirus B19, CMV, EBV, toxoplasmose, herpes simplex, HHV6, HHV7, des germes atypiques, wright, widal étaient négatives. Le bilan hépatique était normal et l'échographie cardiaque a éliminé une endocardite et une origine cardiaque des œdèmes. Un scanner thoraco abdomino pelvien a montré de multiples ganglions et adénomégalies à l'étage cervical, thoracique et abdominal, un épanchement péricardique minime avec une atteinte pulmonaire interstitielle et un épanchement pleural bilatéral. Une biopsie d'un ganglion cervical a éliminé l'origine lymphomateuse des polyadénopathies. L'enquête de pharmacovigilance a incriminé le rôle de la Carbamazépine (Le score selon Régi SCAR est de 5) qui a été arrêtée. Une évolution marquée par l'amélioration de l'éruption, disparition des adénopathies, normalisation de l'hémogramme et de la fonction rénale au bout de quelques jours après l'arrêt du Taver a conforté notre diagnostic. La Carbamazépine a été contre indiquée chez cette patiente.

Conclusion :

Le DRESS Syndrome est une toxidermie aiguë et grave qui peut mettre en jeu le pronostic vital. Son pronostic dépend de l'étendue, de la gravité de l'atteinte d'organes et du retrait précoce du médicament.

Intérêt de l'observation:

Compte tenu de la morbidité potentielle, des difficultés diagnostiques et la gravité de l'atteinte multi systémique du DRESS syndrome, il est important de considérer cette entité chez les patients présentant une éruption cutanée. La Carbamazépine étant parmi les traitements les plus pourvoyeurs de cette affection.

Aponévrectomie plantaire avec régularisation de l'épine calcanéenne par technique percutanée ; A propos de 3 cas

Bouenba MA., Ben Jemaa S., Bettaieb H., Khalifa D., Akrouf R., Ezzeddine M., Fourati H., Kallel MH., KammounMH., Baklouti S.
Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie

Introduction :

L'épine Calcaneenne est une excroissance osseuse qui se forme à la base du calcaneum en réaction à une hyper-sollicitation de celui-ci et une hyperpression locale soit par une activité pedestre importante, par une morphologie particuliere du pied comme un pied plat ou par un surpoids.

Elle est la cause de l'aponévrosite plantaire. Le traitement se base essentiellement sur le volet medical et reeducatif, l'indication chirurgicale est rare et reservee aux formes resistantes au traitement conservateur, mais avec un taux de reussite de 95%.

Observation :

Nous rapportons les observations de 3 cas d'épine calcaneenne resistente aux traitements medicaux, il s'agit de 3 femmes avec un ages de 31 ans , 34 ans et 42 ans , qui ont consulte pour des douleurs talonnières unilaterales (2 d'entre elles sont localisees a droite) , aggravee a l'appui et la marche et ameliorées par le traitement symptomatique. Les 3 malades ont eu recours a des infiltrations locales de corticoïdes mais sans amelioration. Les radiographies standards ont objectivé la presence d'épine calcaneenne au niveau de la tuberosité posterieure du calcaneum. La technique chirurgicale se fait par voie percutanee sous controle scopique au bloc operatoire. Elle consiste a une desinsertion de l'aponévrose plantaire au niveau du calcaneum et une regularisation de la tuberosité du calcaneum. On realise a l'aide de bistouri fin une mini incision talonnière correspondant a une section de l'insertion mediale de l'aponévrose puis une regularisation de l'épine calcaneenne par l'intermediaire de mini fraises. Les suites post operatoires etaient simples et aucune complication n'a été notée. La reprise normale de la marche sans douleur était aux alentours de 2 semaines. L'évolution a été marquée par la disparition totale de la douleur sans recidive de l'épine pour ces 3 patientes avec un recul de 4 ans.



Discussion:

L'aponévrosite plantaire est l'inflammation chronique de l'aponévrose plantaire, responsable de l'apparition de l'épine calcaneenne. Le traitement consiste a la prescription des antalgiques , des anti-inflammatoires, l'infiltration locale de corticoïdes ou le port de semelles de décharge.

Si ce traitement est inefficace, on peut proposer une intervention chirurgicale par technique percutanee sous amplificateur de brillance;

Les modalités d'anesthésie seront choisies en concertation avec l'anesthésiste (anesthésie locorégionale ou anesthésie générale très légère sans assistance respiratoire). L'acte opératoire dure environ 15 et 30 minutes. Le chirurgien réalise une courte incision talonnière transversale. Pour les suites opératoires, l'hospitalisation est généralement être réduite à une journée ,la marche en appui complet est autorisée immédiatement mais parfois douloureuse en raison de la localisation du geste chirurgical (zone d'appui), une disparition totale des douleurs est généralement observée vers le 15ème jour.

Conclusion :

L'épine calcaneenne est une pathologie du talon qui peut être invalidante au quotidien. Son traitement était presque toujours conservateur tel que l'usage de semelles de décharge ou l'infiltration, ceci est expliqué en partie par la réticence des malades et des médecins au traitement chirurgical, assez lourd et invasif, avec tout l'arsenal de complications. Mais actuellement le traitement chirurgical percutané de l'épine calcaneenne permet des suites plus simples.

Plica du genou simulant une synovite villo-nodulaire

MOUANAA H., HACHFI H., ZROUR S., BEN HAMOUDA S., BERGAOUI N., YOUNES M.,

Service Rhumatologie CHU Taher Sfar, Mahdia, Tunisie

Introduction

Bien que le plica synovial du genou soit fréquemment observé chez l'adulte et souvent bilatéral, il demeure, dans la plupart des cas, asymptomatique. Rarement, il est responsable d'un gonflement du genou d'aspect pseudo-tumoral.

Nous rapportons le cas d'une plica supra patellaire complète inhabituelle.

Observation

• Motif consultation:

- Il s'agit d'une femme de 25 ans qui consulte pour douleur du genou gauche évoluant depuis 1 an associée à un gonflement du genou depuis quelques semaines.

• Clinique:

- Elle n'avait pas des manifestations extra articulaires ni de syndrome inflammatoire biologique.
- La ponction articulaire ramène un liquide jaune citrin mécanique.

• bilan étiologique:

- La recherche du Facteur Rhumatoïde, des Ac anti-CCP et des AAN étaient négatifs.
- Les sérologies virales (Parvovirus B19, CMV, EBV, Rubéole, HIV, VHB, VHC) étaient négatives. Les radiographies standards (genou, 2mains, 2pieds) étaient sans anomalies.

• Radiologie:

- L'aspect de la synoviale à l'IRM du genou suggérait une tumeur synoviale villosynoviale avec une structure en forme de bande supra patellaire complète séparant l'évidement sous-quadricipital de l'articulation du genou. Elle suggérait le diagnostic d'une plicature supra patellaire.

• Thérapeutique:

- L'arthroscopie a objectivé le plica avec une synovite réactionnelle.
- L'étude anatomo-pathologique des tissus prélevés avait confirmé le diagnostic d'une synovite non spécifique.

• Evolution:

- Elle était favorable avec un recul de 5 mois.

Conclusion

Le diagnostic de plica supra patellaire doit être évoqué devant une hydarthrose même si elle est rare.

L'IRM fournit une évaluation précise des plicas synoviaux et l'excision arthroscopique est une option de traitement fiable.



Ostéochondromatose synoviale destructrice de la cheville : à propos d'un cas

Fakhfakh R , Jguirim M, Elarem S, Daldoul C, Elachek A, Zrouer S, Béjia I, Touzi M, Bergaoui N
Service de rhumatologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir tunisie

Introduction : L'ostéochondromatose est une métaplasie rare du tissu synovial conduisant à la formation de corps cartilagineux (chondromes) ou ostéocartilagineux (ostéochondromes) dans les articulations, les bourses séreuses ou les gaines synoviales. Elle touche rarement la cheville (5%). Elle est rarement destructrice et érosive.

Matériels et méthodes: Nous rapportons les aspects cliniques, radiologiques et thérapeutiques d'une ostéochondromatose synoviale destructrice de la cheville

Observation:

Un patient âgé de 58 ans, aux antécédents de traumatisme de la cheville gauche il y a 2 ans qui présentait depuis 1an une douleur et une tuméfaction de la cheville gauche sans fièvre. L'examen notait une cheville gauche tuméfiée sans rougeur ni chaleur locale, la mobilité était limitée et douloureuse. La radio de cheville G (figure1) montrait une érosion osseuse, un pincement tibio astragalien, sous astragalien et tibio naviculaire et des calcifications péri articulaires. Il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique. La glycémie, la créatinine, l'acide urique étaient normaux. Le bilan immunologique et l'enquête tuberculeuse était négative. Une ponction écho-guidée de la cheville montrait un liquide inflammatoire à 95% de lymphocytes et la culture était négative. Une IRM de la cheville G (figure2) montrait une atteinte inflammatoire diffuse de la cheville avec des lésions destructrices, un important épaissement de la synoviale, un épanchement intra articulaire de moyenne abondance et des images osseuses compatibles avec des corps étrangers en rapport avec une ostéochondromatose destructrice. Une biopsie chirurgicale a confirmé le diagnostic de l'ostéochondromatose. Le patient était proposé pour synovectomie, ablation des corps étrangers et arthrodèse.



figure2: IRM de la cheville G



Figure1:radio de la cheville G

Discussion :

L'ostéochondromatose synoviale est une métaplasie bénigne rare de la synoviale, responsable de la formation de corps étrangers intra- ou extra-articulaire. Elle est prédominante chez l'homme, l'âge moyen est de 30 -50 ans. Elle est d'étiologie inconnue. Elle peut être primaire ou secondaire à un traumatisme, les maladies articulaires dégénératives, l'ostéochondrite disséquante, la polyarthrite rhumatoïde et l'arthrite tuberculeuse. Notre cas avait une ostéochondromatose secondaire vu l'antécédent de traumatisme. Cette affection touche par ordre de fréquence le genou, la hanche, l'épaule. L'atteinte de la cheville est rare d'où l'intérêt de notre observation. La maladie est de découverte tardive pour ce patient au stade de destruction articulaire. Le diagnostic peut être précoce par l'IRM ou l'arthroscanner. Le traitement consiste à l'ablation des corps étrangers et/ou une synovectomie, elle peut se faire par chirurgie ou arthroscopie.

Conclusion: deux particularités rares de l'ostéochondromatose synoviale : la localisation au niveau de la cheville et le caractère destructeur. Le patient a eu un traitement chirurgical et arthrodèse vu la destruction. Mais l'arthroscopie constitue une alternative à la chirurgie classique bien que rarement abordée dans la littérature. Elle permet l'ablation des corps étrangers, la biopsie, la synovectomie et des suites simples.

Maladie de Mondor : À propos d'un cas

Bouattour Y, Loukil H, Snoussi M, Frikha F, Chouaikh B, Jallouli M, Ben salah R, Dammak C, Marzouk S, Bahloul Z
Service de médecine interne, CHU Hedi Chaker, Sfax

Introduction

- La maladie de Mondor est une entité rare qui correspond à une thrombose d'une veine superficielle du sein.
- Il s'agit d'une affection souvent bénigne dont le diagnostic est établi essentiellement par la clinique.
- Elle est idiopathique dans la moitié des cas.
- L'évolution spontanée de cette maladie est favorable et les récives sont possibles dans 5% des cas.
- Nous rapportons une observation de thrombose veineuse superficielle du sein droit.

Matériels et méthodes

- Il s'agit d'une femme de 31ans, troisième geste, troisième pare, aux antécédents de rhumatisme articulaire aigu avec cardite rhumatismale.
- Elle consulte devant la découverte à l'autopalpation d'une induration douloureuse mammaire droite.
- À l'interrogatoire, on trouve la notion de douleur du sein depuis quelques jours.
- À l'examen, la malade est apyrétique, les seins sont symétriques, leur peau est d'aspect normal.
- On ne note ni nodule mammaire ni d'adénopathie axillaire.
- Une échographie mammaire a objectivé la présence d'une formation serpiginieuse sous cutanée à l'union des deux quadrants interne évoquant une thrombose veineuse du sein.
- La patiente a eu un traitement symptomatique par les anti-inflammatoires non stéroïdiens pendant 3 semaines avec évolution favorable: régression de la douleur et disparition de la thrombose au contrôle échographique.

Résultats

- La maladie de Mondor est une pathologie rare.
- Elle est souvent sous estimée vu qu'elle est peu symptomatique.
- Elle se manifeste dans la plupart des cas par un cordon douloureux et dur, survenant spontanément ou suite à un facteur favorisant (traumatisme du sein ou une chirurgie mammaire...).
- Le diagnostic repose essentiellement sur l'examen clinique.
- Les explorations paracliniques sont demandées en cas de doute diagnostique.
- C'est une maladie spontanément résolutive dont le traitement antalgique et symptomatique par les anti-inflammatoires non stéroïdiens est recommandé pour accélérer la guérison.

Conclusion

- A travers cette observation, nous avons précisé une localisation inhabituelle de thromboses veineuses superficielles.



Tuméfaction sternale révélant une ostéonécrose aseptique du sternum

Loukil Hanen¹, Bouattour Yosra¹, Chwayakh Bouthayna¹, Feki Wlem², Snoussi Mouna¹, Frikha Faten¹, Jallouli Moez¹, Ben Salah Raida¹, Dammak Chifa¹, Turki chourouk¹, Chebbi Donia¹, Rekik Fatma¹, Tlijeni Asma¹, Garbâa Saida¹, Marzouk Sameh¹, Fourati Hela², Mnif Zeinab², Gouiâa Radhouane³, Bahloul Zouhir¹

1 Service de médecine interne, CHU Hedi Chaker, Sfax

2 Service de radiologie, CHU Hedi Chaker, Sfax

3 Polyclinique CNSS

Introduction :

- L'ostéonécrose aseptique correspond à la mort des composants cellulaires de l'os. C'est une pathologie rare. Elle touche surtout les têtes fémorales .L'atteinte sternale est rare.
- Nous rapportons un nouveau cas d'ostéonécrose sternale aseptique :

Observation :

- Une jeune fille âgée de 18 ans, qui consultait pour une tuméfaction sternale douloureuse (figure 1).
- Cette tuméfaction était d'évolution récente (2mois).
- Elle n'avait aucun antécédent ni traitement particulier.
- À l'examen clinique, cette tuméfaction mesurait 10 cm, était fixe et douloureuse. Le reste de l'examen clinique était sans particularité mis à part une limitation de la mobilité active de l'épaule droite. Aucune adénopathie périphérique n'était retrouvée.
- Le bilan biologique était sans anomalie.
- Un scanner thoracique objectivait un important épaissement de la synoviale au niveau des articulations sterno-claviculaire droite, sterno costale de la 3^{ème} côte droite et du manubrium sternal avec présence de calcifications, de séquestres osseux avec réaction périostée et une tuméfaction des parties molles (figures 2 et 3).
- La scintigraphie osseuses objectivait une hyperfixation du manubrium sternal et du corps sternal avec une hyperfixation de l'arc antérieur de la 3^{ème} côte droite.
- L'enquête infectieuse notamment tuberculeuse, hépatite B, hépatite C et VIH était négative.
- La patiente a été mise sous traitement anti inflammatoire avec bonne évolution clinique.



Figure 1: Tuméfaction sternale



Figure 2: Coupe axiale du scanner thoracique passant par le sternum



Figure 3: Coupe frontale du scanner thoracique passant par le sternum

Discussion et Conclusion :

- L'articulation sterno-claviculaire (SC) relie l'extrémité médiale de la clavicule et l'encoche du bord supérolatéral du manubrium sternal.
- L'articulation SC est donc mise en jeu lors des mouvements respiratoires, et lors de la mobilisation de l'épaule.
- Ainsi, la manifestation clinique peut elle consister en une douleur de l'épaule, trompeuse, pouvant parfois aller jusqu'à faire évoquer une douleur coronarienne.
- L'imagerie (radiographie, scanner, IRM, scintigraphie) est parfois rendue difficile d'interprétation du fait des structures adjacentes et de la fréquence des anomalies non spécifiques de cette articulation.
- Les étiologies des tuméfactions sternales sont variables : infectieuses, inflammatoires, néoplasiques mais aussi arthrosique.
- L'ostéonécrose est une étiologie rare, de diagnostic difficile.
- L'imagerie peut orienter le diagnostic mais la confirmation reste histologique.
- Le traitement médical permet généralement la guérison.



L'histiocytose non langarhensienne : A propos de 3 cas

Ghariani Rania, Loukil Hanen, Snoussi Mouna, Frikha Faten, Bouattour Yosra, Garbaa Saida, Jallouli moez, Ben salah Raida, Dammak Chifa, Turki chourouk, Chebbi Donia, Rekik Fatma, Tlijeni Asma, Marzouk Sameh, Bahloul Zouhir

Service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax

Introduction:

- ❖ Les histiocytoses non langarhansiennes (HNL) forment un groupe hétérogène de maladies rares.
- ❖ A travers 3 observations, nous précisons les particularités cliniques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives des HNL.

Matériels et méthodes:

- ❖ Étude rétrospective descriptive colligeant 3 patientes ayant une HNL et hospitalisées dans le service de médecine interne du CHU Hédi Chaker de Sfax durant une période de 10 ans (2007-2017).

Résultats:

- ❖ L'HNL était diagnostiquée chez 3 patientes âgées en moyenne de 49 ans (39 -58 ans) toutes de sexe féminin.
- ❖ Les signes cliniques au moment du diagnostic étaient des adénopathies multiples cervicales et axillaires chez une patiente, une tuméfaction de la joue et de la cuisse chez une autre et des nodules périorbitaires dans l'autre cas.
- ❖ Le diagnostic était porté par la preuve anapathomopathologique dans tous les cas.
- ❖ L'HNL était ganglionnaire dans 1 cas, cutanée diffuse cadrant avec la maladie de Rosaii Dorffman dans un cas et périorbitaire dans un autre cas.
- ❖ Sur le plan thérapeutique, une corticothérapie était prescrite chez 2 cas associée à des cures hebdomadaires de méthotrexate pour un cas. L'abstention thérapeutique et la simple surveillance clinique était la conduite dans 1 cas.
- ❖ L'évolution était marquée par une stabilisation de la maladie chez 2 patientes.

Discussion:

- ❖ L'HNL est une maladie rare dont l'étiologie reste encore indéterminée. Elle résulte d'une infiltration xanthogranulomateuse constituée d'histiocytes spumeux.
- ❖ Cliniquement elle se caractérise par des manifestations systémiques très hétérogènes.
- ❖ La classification est difficile, repose sur des critères cliniques, histologiques, immuno-histochimiques et évolutifs. Des formes mixtes et des formes de passage entre les différentes entités sont décrites.
- ❖ La confrontation anatomo-clinique est nécessaire pour affirmer le diagnostic. Elle se distingue de l'histiocytose langarhansienne par des histiocytes qui expriment à l'immuno-histochimie le CD68 mais sont négatifs pour le CD1a.
- ❖ De nombreux traitements ont été proposés comprenant les corticoïdes, des chimiothérapies, les biphosphonates et la radiothérapie.
- ❖ L'évaluation de l'efficacité de ces thérapeutiques est néanmoins rendue difficile par le petit nombre de patients traités. Aucun traitement n'a fait la preuve de sa supériorité ou de son efficacité, de ce fait il n'existe aucune recommandation thérapeutique concrète à l'heure actuelle.

Conclusion:

- ❖ L'HNL est une affection très rare, de cause et de pathogénie inconnues.
- ❖ La rareté de cette maladie explique que leur traitement ne soit pas codifié. Des progrès dans la compréhension des mécanismes de cette maladie sont nécessaires afin de rapporter de nouvelles options thérapeutiques.



Facteurs de risque de chute chez les personnes âgées

Fazaa A, Ben Nessib D, Saffar F, Miladi S, Ouenniche K, Kassab S, Chekili S, Ben Abdelghani K, Laatar A
Service de Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa- Tunisie

Introduction

- La chute chez le sujet âgé représente un problème majeur de santé publique du fait de ses conséquences physiques, psychosociales et économiques
- Ce trouble gériatrique est d'origine souvent multifactorielle
- L'objectif de ce travail est analyser les facteurs de risque de chute chez les sujets de plus de 65 ans et d'étudier les manœuvres et les tests pouvant être prédictifs du risque de chute

Méthodes

- Etude transversale
- 34 sujets âgés de plus de 65 ans
- Les sujets ont été interrogés sur l'éventuelle présence de :
 - facteurs de risque de chute intrinsèques (âge, antécédent de chute dans l'année précédente, troubles locomoteurs et neuromusculaires, réduction de la préhension manuelle, difficultés à la marche, trouble de l'équilibre, baisse de l'acuité visuelle, baisse de l'audition, prise de psychotropes, poly-médication, pathologies spécifiques)
 - facteurs de risque de chute extrinsèques (consommation d'alcool, sédentarité, malnutrition, habitat mal adapté, utilisation d'aide à la marche, environnement public)
- Tests réalisés : « get up and go », appui monopodal et poussée sternale
- Les patients ont été répartis en 2 groupes:
 - Groupe 1 : au moins un antécédent de chute
 - Groupe 2 : pas d' antécédent de chute
- Le seuil de signification statistique $p = 0,05$

Résultats

- 34 participants : 8 hommes et 26 femmes
- Age moyen : 72 ans [65-85]
- 17 patients (50%) avaient au moins un antécédent de chute, compliqué de fracture dans 13 % des cas.
- La répartition des facteurs intrinsèques et extrinsèques est représentée par la figure 1.
- La positivité des différents tests selon les groupes est illustrée dans le tableau 1.

Figure 1: répartition des facteurs intrinsèques et extrinsèques



Tableau 1: Répartition des tests prédictifs de chute

Tests	Groupe 1	Groupe 2	p
Get up and go	76,5%	17,6%	0,020
Appui monopodal	70,6%	47,1%	0,296
Poussée sternale	47,1%	17,6%	0,141

Discussion

- Contrairement aux données de la littérature, la différence des prévalences des facteurs de risque intrinsèques et extrinsèques entre les 2 groupes n'était pas significative dans notre étude.
- D'après notre travail, le test « get up and go » semble être plus prédictif du risque de chutes chez les sujets âgés que les tests de poussée sternale et d'appui monopodal.

Conclusions

- La prévention de chutes repose sur l'identification des facteurs de risque qui doit tenir compte à la fois de l'état de santé du sujet, de son comportement et de son environnement.
- Elle doit être faite de manière systématique chez le sujet âgé afin de proposer des prises en charge spécifiques.

Références

- A.Trombetti et al. Prévention de la chute : un enjeu de taille dans la stratégie visant à prévenir les fractures chez le sujet âgé. Rev Med Suisse 2009 ; 5 : 1318-24
- Panel on Prevention of Falls in Older Persons AGS, British Geriatrics S. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons. Journal of the American Geriatrics Society. 2011; 59(1): 148-57.

