

Facteurs de risque cardio-vasculaires et risque cardio-vasculaire au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Gassara Z. (1), Ben Djemaa S. (1), Jiri S. (1), Ezzeddine M. (1), Akrouf R. (1), Kallel MH. (1), Fourati H. (1), Baklouti S (1).

(1) Rhumatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction :

Le taux de mortalité chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde est plus élevé que ceux de la population générale. Cette surmortalité est avant tout liée à une surmortalité cardiovasculaire.

Le but de cette étude est d'évaluer la fréquence des facteurs de risque cardio-vasculaires et les événements cardio-vasculaires au cours de la PR.

Méthodes :

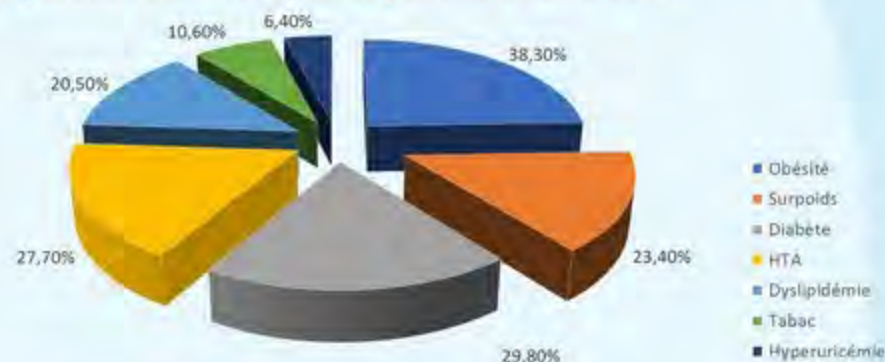
Etude rétrospective menée au service de rhumatologie incluant 47 patients atteints de PR (Critères d'ACR/EULAR 2009).

Nous avons étudié les facteurs de risque cardio-vasculaires suivants (FRCV): tabagisme, surpoids, obésité, hypertension artérielle (HTA), dyslipidémie, diabète et hyperuricémie.

Résultats :

- Sexe-ratio H/F = 0,12.
- Age moyen: 52,5 ans (entre 19 et 80 ans).
- Durée moyenne d'évolution: 76 mois (entre 3 et 240 mois).
- La maladie était active dans 73,9% des cas.
- Le facteur rhumatoïde et les anti-CCP étaient positifs respectivement chez 72,3% et 66% des patients.
- Les FRCV étaient observés chez 80,9% des cas (n=38), répartis comme suit : Obésité (38,3%), diabète (29,8%), HTA (27,7%), surpoids (23,4%), dyslipidémie (20,5%), tabagisme (10,6%) et hyperuricémie (6,4%).
- Quinze patients (31,9%) présentaient un seul FRCV, sept patients (14,9%) avaient cumulé trois FRCV et trois patients (7,7%) avaient plus que quatre FRCV.
- Des pathologies cardio-vasculaires étaient retrouvées chez 5 patients (10,5%): Ischémie aiguë des membres (3 patients), Coronaropathie (1 patient), Un accident vasculaire cérébral ischémique (1 patient).

Répartition des FRCV chez les patients atteints de PR



- Les patients ayant des FRCV avaient une maladie plus active (DAS 28 VS moyen = 5,6 vs 4,8, $p = 0,04$).
- La présence des FRCV n'était pas associée ni à la présence du FR ($p = 0,847$) ni aux anti-CCP ($p = 0,909$).
- Une particularité concernant la dyslipidémie, elle était plus observée chez les patients recevant une biothérapie (50%, vs 6,6% chez les patients non traités par biothérapie, $p = 0,002$).

Conclusion :

En plus des facteurs de risque cardio-vasculaires classiques fréquemment retrouvés chez les sujets atteints de PR, cette maladie constitue en elle-même un FRCV indépendant. Selon plusieurs études, le sur-risque cardio-vasculaire est d'autant plus élevé que les patients ont une maladie active mal contrôlée et que les patients ont une activité immunologique forte (anti-CCP ou FR positifs). Cette dernière association n'a pas été démontrée au cours de notre étude.

Le catastrophisme au cours des rhumatismes inflammatoires Chroniques

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

Service de rhumatologie-Institut Mohamed Taieb Kassab d'orthopédie-Ksar Said-Tunis

Introduction

- ❖ La douleur persistante et invalidante est le symptôme le plus fréquemment rapporté par les patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC).
- ❖ Cette expérience douloureuse peut être influencée par différents facteurs comme l'état anxio-dépressif ou le catastrophisme.
- ❖ Le but de notre travail est d'étudier l'impact du catastrophisme au cours des RIC.

Méthodes

- ❖ Etude transversale portant sur les patients atteints de RIC.
- ❖ Les données démographiques ainsi que les caractéristiques du RIC (durée d'évolution, activité de la maladie, retentissement fonctionnel et les manifestations extra-articulaires) ont été relevées.
- ❖ Le catastrophisme a été évalué par le score de Sullivan (SS).
- ❖ L'étude de corrélation a été effectuée par le test de Pearson. Une corrélation a été considérée comme statistiquement significative si $p \leq 0,05$.

Résultats

- ❖ Vingt et un patients ont été recrutés : Quinze patients atteints d'une polyarthrite rhumatoïde (PR) et six patients d'une spondylarthrite (SA).
- ❖ Les caractéristiques sociodémographiques des patients sont résumées dans le Tableau 1.

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques des patients

Age moyen (ans)	55,1 [25-82]
Sex-Ratio	0,2
Age de début de la maladie (ans)	43,2 [17-79]
Durée moyenne d'évolution du RIC (ans)	9,5 [3-40]

- ❖ Chez les patients atteints de PR : Le facteur rhumatoïde était positif chez 73,3% des patients. Les anticorps anti-ccp étaient positifs dans 66,6% des cas.
- ❖ La PR était compliquée d'une LAA dans 2 cas et une atteinte pulmonaire interstitielle dans 2 cas.
- ❖ Chez les patients atteints de SA : la SA était dans sa forme axiale et périphérique chez 3 patients.
- ❖ La SA était compliquée de coxite dans 2 cas, d'une uvéite dans 2 cas et un patient présentait une atteinte pulmonaire interstitielle.

- ❖ Les paramètres d'activité et de retentissement fonctionnel des RIC sont résumés dans le Tableau 2.

Tableau 2: Paramètres d'activité et de retentissement fonctionnel du rhumatisme inflammatoire chronique

DAS 28 VS	5,2 [3,4-7]
BASDAI	3,2±0,7
ASDAS CRP	4,5±1,4
HAQ	1,4±0,7
BASFI	4,3±1,8

- ❖ Chez tous les patients atteints de RIC : l'EVA douleur (patient) moyenne était de 6,8. L'EGP était en moyenne à 72,3 [40-100]. L'EVA douleur (médecin) était en moyenne à 58±23,9.
- ❖ Le score de Sullivan était en moyenne de 30,4±11,9.
- ❖ Un catastrophisme a été retrouvé chez 61,9 % des patients.
- ❖ Il s'agissait d'un catastrophisme sévère dans 52,3% des cas.
- ❖ Une corrélation statistiquement significative a été retrouvée entre le SS et l'EVA douleur patient et l'EGP. Dans le groupe des patients atteints de PR une corrélation statistiquement significative a été retrouvée entre le DAS28 et le SS.
- ❖ La corrélation entre la durée d'évolution de la maladie et le SS était à la limite de la significativité ($p=0,05$).
- ❖ Le Tableau 3 résume le lien entre les différents paramètres du RIC et le catastrophisme.

Tableau 3: Lien entre le catastrophisme et les caractéristiques du RIC

	p
Durée d'évolution de la maladie	0,05
EVA douleur patient	<0,0001
EGP	<0,0001
DAS28	0,001

Conclusions

- ❖ Dans notre étude le catastrophisme a été corrélé à l'EVA douleur patient, à l'EGP ainsi qu'à l'activité de la maladie chez les patients atteints de PR.
- ❖ Un dépistage du catastrophisme en « routine » permettrait de traiter ces patients par des thérapies cognitivo-comportementales et d'éviter la surenchère thérapeutique.

19 Janvier 2019

المجلة التونسية لأمراض المفاصل و العظام

Ligue Tunisienne Anti Rhumatismale

Corrélation entre le DAS28-VS et DAS28-CRP dans la polyarthrite rhumatoïde

M. Abbes, M. Slouma, R. Dhahri, L. Metoui, N. Boussetta, N. Gueddiche, F. Laajili, I. Gharsallah, B. Louzir

Service de médecine interne, hôpital militaire principal d'instruction de tunis

Objectif:

Evaluer les niveaux de concordance entre les disease activity score (DAS) VS et les DAS-CRP dans l'évaluation de la polyarthrite rhumatoïde (PR).

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective ayant porté sur 84 patients atteints de PR. Les critères diagnostiques étaient établis selon l'ACR1987 ou l'ACR2009. Les scores d'activité de la maladie DAS28VS et DAS28CRP ont été relevés lors du dernier contrôle. La corrélation entre les deux scores a été déterminée par le test de chi² de Pearson et la régression linéaire.

Résultats

Il s'agit de 64 femmes et 20 hommes. La durée d'évolution de la PR était de 9 ans [1 mois-37]. L'âge moyen était de 54 ans [27 ans-79 ans]. Le facteur rhumatoïde était positif dans 50% des cas. Les moyennes des différents paramètres cliniques et paracliniques sont présentées dans le tableau suivant:

AD	AT	VS(mm/h)	CRP(mg/l)	DAS28VS	DAS28CRP
10[0-24]	5.6[0-21]	43.7[1.95-8]	4.5[1.03-6.3]	5.19[1.95-8]	4.5[1.03-6.3]

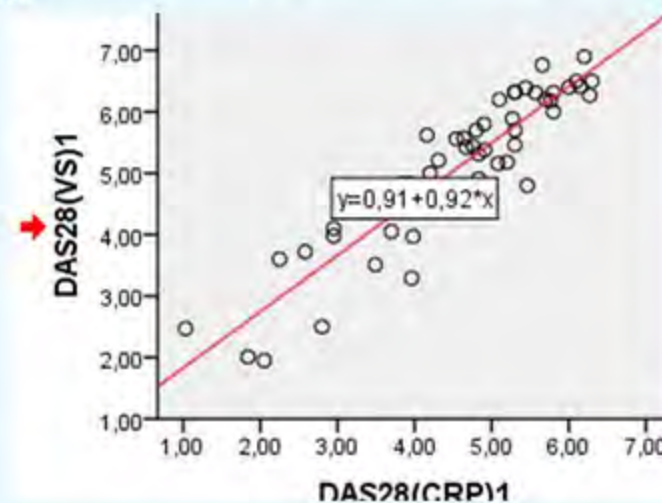
AT: articulations tuméfiées.

AD: articulations douloureuses.

La corrélation entre la VS et la CRP était faible ($r=0.4, p<0.001$).

Toutefois, une forte corrélation a été objectivée entre les deux scores d'activité ($r=0.91; p<0.001$) et qui a été consolidée par la régression linéaire représentée par le graphique suivant:

Résultats



$$\text{DAS28-VS} = 0,912 \times (\text{DAS28CRP}) + 0,915$$

Néanmoins, en utilisant le DAS28-VS, 9,5% des patients avaient une PR très active alors qu'avec le DAS28-CRP, seulement 1% des patients étaient dans la même catégorie. Pour les patients en rémission, les valeurs étaient les mêmes, ce qui suggère que le DAS28-CRP sous-estime la maladie quand elle est très active.

Conclusion

Notre étude montre qu'il existe une relation étroite entre le DAS28-VS et le DAS28-CRP. Néanmoins, les valeurs seuil pour définir l'activité de la maladie semblent ne pas être superposables et probablement plus basses pour le DAS28-CRP, ce qui suggère la nécessité d'appliquer des valeurs seuil propres à chaque score.



Depression et inflammation au cours de la PR

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

Service de rhumatologie Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunis

Introduction :

L'imputabilité de la polyarthrite rhumatoïde (PR) dans la survenue de manifestations psychologiques est établie. Le but de ce travail est d'évaluer l'association éventuelle entre la dépression et l'inflammation au cours de la polyarthrite rhumatoïde.

MATERIEL ET METHODES

Etude prospective transversale incluant 20 patients atteints de PR répondant aux critères de l'ACR EULAR 2010. Les caractéristiques de la maladie, les paramètres de l'inflammation ainsi que les paramètres d'activité de la PR ont été relevés (VS, CRP, DAS28VS, CDAI). Le questionnaire HAD [1] a été mené explorant à la fois l'anxiété et la dépression. Les réponses des patients ont été retranscrites. On a comparé le syndrome inflammatoire ainsi que les paramètres d'activité entre les deux groupes (dépressifs et non dépressifs) .une étude statistique a été menée .

Résultats

L'étude a inclut 20 patients atteints de PR. l'âge moyen était de 52,2 ans [28-71] avec une prédominance féminine (ratio F/H de 5,67). La durée d'évolution moyenne de la maladie était de 5,7 ans [4mois-19 ans]. La PR était érosive dans 75% des cas. La majorité des patients n'avaient pas d'antécédents psychiatriques. Tous les patients étaient sous traitement de fond associé à une corticothérapie.

Parmi les 20 patients, 12 souffraient de dépression (60%) et 50% avaient une anxiété. Plus de la moitié des patients dépressifs étaient chômeurs, 67% avaient un bas niveau intellectuel et la totalité ne pratiquaient aucune activité physique. Cinquante-huit pour cent des sujets dépressifs avaient une activité modérée. Une activité forte a été retrouvée dans 42% des cas .La vs moyenne était de 41,67mm [10,116] chez les sujets dépressifs et de 51,75 mm chez les non dépressifs (p=0,9).La CRP moyenne était de 24,81 chez les dépressifs et de 32,77 chez les non dépressifs(0,9) .I l n'y avait pas de corrélation entre la dépression et le DAS28, le CDAI (p=0,9 ; p=0,5 respectivement). De même, L'analyse statistique n'avait pas décelé de relation entre la dépression et Le statut marital (p=0,9), La profession (p=1) ainsi que le recours aux AINS (p=1).

Discussion

Ces résultats attestent de la nette prévalence de la dépression au cours de la polyarthrite rhumatoïde et sont concordants avec la littérature (62%)[2]. Les études sur l'inflammation et la dépression sont rares .Les auteurs suggèrent que la dépression et l'anxiété sont de forts facteurs prédictifs négatifs de la rémission articulaire au bout de 6 mois de traitement et qu'ils sont associés à une mauvaise réponse thérapeutique. La perception douloureuse serait plus prononcée chez les sujets dépressifs au cours de la PR.la dépression aurait aussi une influence sur le centre de contrôle endogène de la douleur en augmentant la sensibilité aux stimuli douloureux notamment articulaires [3].Elle exerce par ailleurs à long terme une profonde influence sur la réponse à la douleur et à sa tolérance. Le taux élevé des cytokines, telles que le TNF alpha et la CRP, retrouvé chez les patients atteints de PR peut expliquer l'association de la maladie active à la dépression [4].Une seule étude n'a pas retrouvé de corrélation entre la dépression et l'inflammation. L'intégration de l'approche psychologique chez les sujets dépressifs atteints de PR permet de réduire l'activité et l'inflammation de la maladie. Ces résultats soulignent l'importance du traitement de la dépression en tant que comorbidités dans le cadre d'une stratégie de traitement ciblé.

Conclusion

Le syndrome inflammatoire et l'activité de la maladie ne constituent pas les principaux facteurs liés à la dépression au cours de la PR. Néanmoins, Cette étude est un travail préliminaire dont le faible effectif ne permet pas de retenir de conclusions de manière formelle. Un échantillon plus important est nécessaire afin de déceler le véritable impact de la dépression sur l'inflammation.

[1] The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. Bjelland I1, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D.

[2] Matcham F, Rayner L, Steer S, et al. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. Rheumatology 2013;52:2136-48.

[3]Matcham F, Norton S, Scott DL, et al. Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: secondary analysis of a randomized controlled trial. Rheumatology 2016;55:268-78

[4] Rathbun AM, Harrold LR, Reed GW. A prospective evaluation of the effects of prevalent depressive symptoms on disease activity in rheumatoid Arthritis Patients Treated with biologic response modifiers. Clin Ther 2016;38:1759-72



Titre: Caractéristiques de la masse travaillante des PR

Auteurs: Boussaid S, Aissaoui T, Rekik S, Ben Ayed N, Jammeli S, Ajlani H, Sahli H, Cheour E, ElEuch M

Adresse: Service de Rhumatologie- Hôpital La Rabta de Tunis

Introduction :

La PR est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent de l'adulte. Il touche une population professionnellement active, cependant son caractère handicapant entrave l'activité professionnelle. Dans ce travail, on se propose d'étudier les caractéristiques socio-démographique et clinique des patients atteints de PR et qui exerce une activité professionnelle régulière.

Méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective sur une période de 10 ans (du 01/01/2008 jusqu'au 31/12/2017), au cours de laquelle nous avons relevé les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients atteints de PR et qui avaient une activité professionnelle au moment de découverte de la maladie. Ont été exclus de l'étude les sujets chez qui la maladie est apparue après la retraite ou à l'arrêt du travail.

Résultats :

Nous avons pu colliger 25 patients (13 femmes et 12 hommes) soit un sex-ratio de 0,92. L'âge moyen au moment de l'étude était de 50 ± 8 ans. Quatre-vingts pour cent des patients étaient mariés et 68% parmi eux avaient au moins deux enfants en charge. Concernant la PR, l'âge moyen du début de la maladie était de 40 ± 10 ans soit une durée moyenne d'évolution de 10 ans au moment de l'étude. Les patients étaient sous MTX dans 76% des cas (N=19). Dix-sept patients (68%) recevaient une corticothérapie à une dose moyenne de 9,6 mg/j. Le recours à l'hospitalisation au moment de la poussée était observé chez la quasi-totalité des patients (N=24, 96%). La moyenne du DAS28-CRP était de $4,32 \pm 1,57$ avec une répartition selon l'activité comme suit : modérée ou élevée chez environ le 3/4 des patients (N=18), faible chez 12% des patients (N=3) et le reste des patients étaient en rémission (N=4 soit 16%). La moyenne du HAQ était de $1,38 \pm 0,69$. Un patient sur quatre exprimait une invalidité légère à modérée alors que 76% de notre population ont exprimé une invalidité au moins modérée (60%) sinon sévère à très sévère (16%).

Discussion :

L'âge moyen de notre population était inférieur à celui rapporté dans la littérature [1, 2] qui s'explique par la sélection par le biais de l'activité professionnelle d'une population relativement plus jeune. De même pour le sex-ratio qui tend à s'équilibrer dans notre étude, divergeant ainsi des valeurs rapportées dans la littérature pour les patients atteints de PR et qui témoigne de l'importance du taux de chômage chez les femmes dans notre pays. Cependant, il ne nous semble pas que la sévérité de la PR (de part son activité et son retentissement fonctionnel) chez cette masse travaillante est moindre comparativement aux non travailleurs. Il est donc possible que le désir du travail chez les patients atteints de PR ne soit pas influencé par la sévérité de la maladie.

Conclusion :

La population des patients atteints de PR travailleurs est plus jeune avec une moindre prédominance féminine. Environ ¾ des patients ont une activité de la maladie modérée ou sévère et expriment une invalidité modérée ou sévère à très sévère.

Références:

1. Eriksson JK, Neovius M, Ernestam S, Lindblad S, Simard JF, Askling J. Incidence of rheumatoid arthritis in Sweden: a nationwide population-based assessment of incidence, its determinants, and treatment penetration. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013;65(6):870-8.
2. Pedersen JK, Svendsen AJ, Horslev-Petersen K. Incidence of Rheumatoid Arthritis in the Southern part of Denmark from 1995 to 2001. *Open Rheumatol J*. 2007;1:18-23.
3. Kvien TK, Uhlig T, Odegard S, Heiberg MS. Epidemiological aspects of rheumatoid arthritis: the sex ratio. *Ann N Y Acad Sci*. 2006;1069:212-22.

19 Janvier 2019

المجلة التونسية لأمراض المفاصل و العظام

Ligue Tunisienne Anti Rhumatismale

Profil de la polyarthrite rhumatoïde dans un service de médecine interne

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

Service de médecine interne, hôpital militaire principal d'Instruction de Tunis

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est la maladie auto-immune la plus fréquente et se caractérise par une inflammation chronique des articulations pouvant conduire à leur destruction. L'objectif de notre travail était de dresser un profil clinique, radiologique et biologique des patients atteints de PR.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective effectuée au service de médecine interne 82 patients atteints de PR. Les critères diagnostiques ACR 1987 et ACR/EULAR 2010 étaient remplis dans respectivement 79% et 21% des cas. Les données sociodémographiques, cliniques, biologiques et radiologiques étaient recueillies.

Résultats:

- 82 patients, de majorité féminine (75,60 %)
- Age moyen $54,23 \pm 13,16$ ans.
- Age de début de la maladie était de 44 ans avec un délai diagnostique de 47,34 mois.



Figure 1 : Mode de début



Figure 2: caractère érosif

- La forme oligoarticulaire était plus observée chez les hommes.
- La présence d'érosion était associée à un taux de facteur rhumatoïde plus élevé.
- La PR était immunonégative dans 16,2%.
- Le profil immunologique des patients était comme suit :
 - Anti CCP négatifs et facteur rhumatoïde (FR) positif : 9,54 % des cas.
 - Anti-CCP positifs et FR négatif : 33,75 % des cas,
 - Anti-CCP et FR positifs : 30,40% des cas.
 - Anticorps antinucléaires (ANN) positifs: 11% des cas.
- Huit cas de coxite ont été notés dont 5 femmes et 3 hommes (9,75%).
- Le groupe sanguin O positif, le tabagisme et l'activité de la PR étaient associée à la présence de coxite ($p=0,034$, $p=0,034$ et $p=0,016$, respectivement)

Manifestations extra-articulaire , n	61
Atteinte Oculaire :	25
Sécheresse oculaire	22
Sclérite	3
Atteinte cardiaque:	8
Valvulopathie mitrales	3
Troubles du rythme	2
Troubles de la conduction	1
Péricardite	2
Atteinte pulmonaire :	19
Pneumopathie interstitielle diffuse	8
Nodules rhumatoïdes	5
Bronchiolite	5
Pleurésie	1
Nodule rhumatoïde cutané	10

Associations à d'autres pathologies :

- **Syndrome de Sjogren** : 17 cas,
- **Lupus érythémateux systémique** : 2 cas
- **Thyroïdite auto-immune** : 3 cas
- **Chondrocalcinose articulaire (CCA)** : 3 cas
- **Spondyloarthrite axiale** : 1 cas

Les patients avec atteinte pulmonaire avaient un délai diagnostique plus important (79 mois, vs 39 mois, $p=0,027$) et une PR plus active (DAS28 moyen = 5,65 vs 4,98 ; $p=0,045$).

Discussion :

- La prédominance féminine observée dans notre étude a été décrite par plusieurs auteurs [1]
- La PR était immunopositive dans 83,8%, et les anti-CCP étaient positifs dans 68,3% des cas.
- Ces taux sont supérieurs à ceux décrits dans des études africaines, ceci peut être expliqué par la disponibilité de ces analyses dans notre hôpital.
- L'étude de la cohorte de la Mayo Clinic a mesuré une incidence cumulative de 50% à dix ans des atteintes extra-articulaires chez les patients souffrant de PR.
- Ces manifestations systémiques s'observent surtout dans les PR érosives, ancienne et immunopositives,
- Nous avons observé une association à la chondrocalcinose articulaire et spondyloarthrite ankylosante. En effet, dans une étude suisse, 25,8% des patients ayant une PR avait une CCA associée [2]

Conclusions:

La PR est le plus fréquent et le plus sévère des rhumatismes inflammatoires chroniques. C'est une maladie hétérogène de part sa présentation clinique, profil immunologique et radiologique.

1. Gjerdtsson I, Nilsson J, Andersson M, et al. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2018;77:278.

2. Gerster JC, Varisco PA, Kern J, Dulder J. *Clin Rheumatol* 2006;25:468-9



Titre: Rendement et devenir professionnel des patients atteints de PR

Auteurs: Boussaid S, Aissaoui T, Rekik S, Ben Ayed N, Jammeli S, Ajlani H, Sahli H, Cheour E, ElEuch M

Adresse: Service de Rhumatologie- Hôpital La Rabta de Tunis

Introduction :

La PR est une affection qui touche des adultes en âge de production. Elle génère un handicap physique à l'origine d'une altération de l'activité professionnelle. Le but de ce travail était d'évaluer le rendement et le devenir professionnel chez les patients atteints de PR.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur dix ans (de 01/01/2008 au 31/12/2017) incluant les patients atteints de PR qui avaient une activité professionnelle au moment de découverte de leur PR. Nous avons relevé les données relatives à la maladie et à la profession. Nous avons utilisé le questionnaire « Work Productivity and Activity Impairment » (WPAI :RA) pour évaluer l'impact professionnel de la PR. Les paramètres utilisés pour évaluer la sévérité de la PR étaient le DAS28-CRP (reflet de l'activité) et le HAQ (reflet du retentissement fonctionnel).

Résultats :

Nous avons colligé 25 patients (13 femmes vs 12 hommes) avec un âge moyen de 50 ± 8 ans. Ils étaient peu qualifiés dans 64% des cas. Ils occupaient un poste manuel dans 84% des cas. Les salariés titulaires représentaient 52%. L'ancienneté professionnelle moyenne était de 22 ± 13 ans. Quatre-vingt pour cent des patients gagnaient leurs lieux de travail à pieds et la durée moyenne du trajet étaient de 15 minutes. Les principales contraintes au travail étaient : le port de charges lourdes (52%), les mouvements répétitifs (40%), la station debout prolongée (36%). Des difficultés avec l'employeur ont été rapportées dans 8 cas (32%) et avec les collègues dans 4% des cas. A l'aide du WPAI :RA, nous avons objectivé un taux d'absentéisme de 30,7%, un taux de présentéisme de 46,7%, une baisse totale moyenne de la productivité de 60,4% et une baisse moyenne des activités quotidiennes de 57,2%. Une corrélation positive et statistiquement significative était notée entre les résultats du WPAI et le HAQ d'une part et entre le WPAI et le DAS28-CRP d'une autre part. Le devenir professionnel de nos patients était marqué par : la démission chez dix patients (40%), le reclassement chez trois patients (12%), des aménagements de poste dans 2 cas, un licenciement dans un cas, une retraite anticipée dans un cas. Seulement huit patients (32%) ont préservé le même poste.

Discussion :

Notre étude vient appuyer les données de la littérature [1] en montrant une détérioration du rendement professionnel chez les patients atteints de PR du fait de leur maladie. Les facteurs déterminants de cette détérioration étaient essentiellement l'activité de la maladie déterminée par le DAS28-CRP. Le deuxième facteur déterminant dans notre étude était le score HAQ. En effet, plus l'activité de la maladie ou l'indice fonctionnel étaient importants, plus le retentissement sur la productivité au travail était important. De même, nous avons objectivé un taux d'arrêt du travail dû à la PR assez important (44% regroupant les démissions et la retraite anticipée) soulignant le caractère handicapant de cette maladie. Six patients ont bénéficié d'une adaptation de leur poste de travail rappelant l'importance de la coordination entre le médecin traitant et le médecin du travail.

Conclusion :

La PR est une maladie qui interfère énormément avec le vécu professionnel du patient. Le rôle du rhumatologue ne se limite pas à la prise en charge médicale de la maladie mais devrait veiller sur maintien professionnel du patient en collaboration avec le médecin de travail.

Références :

1. Braakman-Jansen LM, Taal E, Kuper IH, van de Laar MA. Productivity loss due to absenteeism and presenteeism by different instruments in patients with RA and subjects without RA. *Rheumatology (Oxford)*. 2012;51(2):354-61.

Le taux d'Albumine au cours de la polyarthrite rhumatoïde : est-il corrélé aux scores d'activité de la maladie ?

Bettaieb H ; Slouma M ; Dhahri R ; Metoui L ; Boussetta N ; Gueddiche N ; Laajili F ; Gharsallah I ; Louzir B

Service de Médecine interne, Hôpital militaire principal d'Instruction de Tunis, Tunisie

❖ Introduction :

L'inflammation au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) peut être à l'origine d'une modification des taux sériques de certaines protéines dont l'albumine. Notre étude vise à chercher un lien entre le taux d'albumine et l'activité de la maladie.

❖ Patients et méthodes :

- Etude rétrospective colligeant 52 patients suivis pour PR selon les critères de l'ACR 1987 sur une période de 8 ans [2010-2018].
- Tous les patients ont bénéficié de la mesure de l'albumine.
- Une hypo albuminémie était définie par une valeur $<37,7$ g/L.

❖ Résultats :

- 37 femmes et 15 hommes (sex ratio= 0,4).
- Age moyen =54ans [27-78] ans.
- La durée moyenne de l'évolution était de 9 ans [0,1-29].

❖ L'activité de la maladie :

Taux de VS moyen	44,23 ± 30 mm /h
Taux de CRP moyen	25,5 ± 32 mg/L
Albuminémie moyenne	34,5 ± 5,05 g/L

Répartition selon le sexe



- Une hypo albuminémie était retrouvée dans 34 cas (65,4%) avec une albuminémie moyenne de 34,5 ± 5,05 g/l.

❖ Conclusion:

- Un taux bas d'albuminémie est corrélé à une augmentation de la CRP et des scores d'activité DAS28(VS) et DAS28 (CRP).
- D'autres études à larges spectres sont nécessaires pour établir le lien entre ces paramètres.

❖ L'activité de la maladie :

DAS 28(VS) moyen	5,05±1,19
DAS 28(CRP) moyen	4,49±1,17



❖ Albuminémie et activité de la maladie :

- Les patients ayant une maladie sévère avaient une hypo albuminémie plus fréquente que ceux ayant une activité modérée et faible (76% vs 67,8% et 33%). la différence n'était pas significative (p=0,3).
- Il existe une **corrélation négative significative** entre le taux d'Albumine et :
 - taux de la CRP (r= -3,46 ; p=0,012)
 - le score DAS28 (VS) (r= -3,27 ; p=0,028)
 - score DAS28(CRP) (r= -3,05 ; p=0,02)

❖ Discussion:

- Nos résultats montrent que l'hypoalbuminémie est fréquente au cours de la PR.
- Ceci peut être expliqué par les phénomènes d'hypercatabolisme de l'albumine au cours d'une PR active (1).

Référence:

(1) WILKINSON P, JEREMY R, BROOKS FP, HOLLANDER JL. THE MECHANISM OF HYPOALBUMINEMIA IN RHEUMATOID ARTHRITIS. Ann Intern Med. 1965 Jul;63:109-14.



Retentissement de la polyarthrite rhumatoïde sur la qualité de vie : forme débutante versus ancienne

Fazaa A.; Ben Saad R.; Miladi S.; Ouenniche K.; Kassab S.; Chkili S.; Ben Abdelghani K.; Laatar A

Service de rhumatologie de l'hôpital Mongi Slim, la Marsa

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) peut être à l'origine d'un important impact sur la qualité de vie des patients.

Les mesures de la qualité de vie ont montré l'importance mais également la précocité de l'altération des domaines physiques et psychologiques au cours de la PR.

Notre objectif était d'évaluer le retentissement de la PR sur la qualité de vie des patients tout en comparant les PR débutantes et anciennes.

Méthodes

Etude transversale incluant des patientes atteintes de PR (critères de l'ACR/EULAR 2010). La PR a été considérée débutante lorsque le délai d'évolution était inférieur ou égal à 6 mois. 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: le fonctionnement physique (PF), la limitation des fonctions physiques (RP), la douleur (BP), la perception globale de la santé (GH), la vitalité (VT), la vie sociale (SF), la limitation émotionnelle (RE) et la santé mentale (SM). Chaque domaine est noté de 0 (altération maximale de l'état de santé) à 100 (absence d'altération de l'état de santé).

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.

Résultats:

Il s'agissait de 71 femmes, âgées en moyenne de $48,3 \pm 2,2$ ans [29- 65].

La PR était débutante chez 15 patientes (21,1%).

La durée moyenne d'évolution de la PR était de $3 \pm 1,2$ mois au cours de la PR débutante et de $9,78 \pm 5,7$ ans au cours de la PR ancienne.

Le tableau 1 compare les scores du SF 36 entre la PR débutante et ancienne.

Tableau 1: Comparaison des scores du SF36 entre la PR débutante et ancienne

	PR ancienne	PR débutante	P
Fonctionnement physique (PF)	75,46	67,42	0,315
Limitation des fonctions physiques (RP)	45,83	37,03	0,282
Douleur (BP)	57,22	59,50	0,875
Perception globale de la santé (GH)	62,20	55,00	0,659
Vitalité (VT)	53,54	49,53	0,555
Vie sociale (SF)	84,71	64,17	0,034
Limitation émotionnelle (RE)	61,90	66,67	0,376
Santé mentale (SM)	68,38	55,75	0,039

La limitation de la vie sociale et de la santé mentale était plus tardive avec des scores significativement plus altérés dans les formes anciennes.

Conclusion:

L'impact de la PR sur la qualité de vie est précoce. Dans notre étude, elle semble toucher précocement les domaines de la vie physique et épargner la vie sociale et la santé mentale. Une prise en charge multidisciplinaire, dès le diagnostic positif, pourrait permettre une amélioration de la qualité de vie à plus long terme.

Impact des caractéristiques sociodémographiques des patientes atteintes de Polyarthrite Rhumatoïde sur leur sexualité

Ben Saad R.; Fazaa A.; Ouenniche K.; Miladi S.; Kassab S.; Chkili S.; Ben Abdelghani K.; Laatar A.

Service de rhumatologie de l'hôpital Mongi Slim, La Marsa

Introduction :

La survenue d'une polyarthrite rhumatoïde (PR), responsable d'un changement physique et émotionnel et d'une rupture identitaire et sociale, peut interférer avec la fonction sexuelle. La plupart des difficultés sexuelles sont secondaires à l'activité de la maladie, au handicap fonctionnel ou à la fatigue. L'influence du statut sociodémographique est plus controversée.

Notre objectif était d'évaluer l'impact des facteurs sociodémographiques sur la fonction sexuelle des patientes atteintes de PR.

Méthodes :

Etude transversale incluant des patientes atteintes de PR (critères de l'ACR/EULAR 2010) ayant une activité sexuelle. L'auto-questionnaire du Female Sexual Function Index (FSFI) a été utilisé. Ce dernier comprend 19 items. Le score total est compris entre 2 et 36 avec une dysfonction sexuelle 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].

L'âge moyen des conjoints était de $50,9 \pm 8$ ans [32-70].

Les patientes étaient mariées en moyenne depuis $20,3 \pm 10,5$ ans [1-42].

Quatre vingt six pour cent d'entre elles étaient instruites: 26% étaient de niveau primaire, 43,2% de niveau secondaire et 9,8% de niveau universitaire.

Cinquante-six pour cent des patientes vivaient dans un milieu urbain et 44% dans un milieu rural.

Quarante-huit pour cent des patientes exerçaient une activité professionnelle.

La dysfonction sexuelle était présente chez 49,3% des patientes.

L'étude de la liaison entre la dysfonction sexuelle et les paramètres sociodémographiques de la PR est représentée dans Le tableau 1

Tableau1: Liaison entre la dysfonction sexuelle et les paramètres sociodémographiques de la PR

Paramètres sociodémographiques	Liaison à la dysfonction sexuelle (p)
Age des patientes	0,048
Age du conjoint	0,060
Ancienneté du mariage	0,01
Niveau éducationnel	0,625
Activité professionnelle	0,080
Milieu de vie	0,945

L'étude de la liaison entre les paramètres sociodémographiques et la dysfonction sexuelle a montré l'existence d'une liaison significative avec l'âge des patientes et l'ancienneté du mariage.

Conclusion :

Le retentissement de la PR sur la vie sexuelle des patientes peut avoir plusieurs étiologies. Notre étude a montré que les paramètres sociodémographiques peuvent avoir un impact important sur la fonction sexuelle en particulier l'âge des patientes et l'ancienneté du mariage.

Facteurs influençant la satisfaction sexuelle au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Ben Saad R.; Fazaa A.; Ouenniche K.; Miladi S.; Kassab S.; Chkili S.; Ben Abdelghani K.; Laatar A.

Service de rhumatologie de l'hôpital Mongi Slim, la Marsa

Introduction :

L'étude de la perception personnelle de la fonction sexuelle au cours de la Polyarthrite rhumatoïde (PR) est un concept récent qui a été adopté par quelques études pour l'évaluation de la qualité de vie conjugale notamment de la satisfaction sexuelle.

Notre objectif était d'évaluer les paramètres de la maladie associés à l'altération de la satisfaction sexuelle chez les patientes atteintes de PR.

Méthodes:

Etude transversale portant sur des patientes atteintes de PR (critères de l'ACR/EULAR 2010) et ayant une activité sexuelle. 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 par l'échelle visuelle analogique (EVA) fatigue (0-10).

L'autoperception des patientes de leur fonction sexuelle a été recherchée à l'interrogatoire par la question « D'après vous, la PR a-t-elle altéré votre satisfaction sexuelle ? ».

L'étude de liaison entre deux variables qualitatives a été effectuée par le test du chi², 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].

Parmi les patientes interrogées, 18 (25,4 %) ont décrit une altération de leur satisfaction sexuelle après le diagnostic de la PR.

Le délai moyen de l'installation de ce trouble par rapport au diagnostic de la PR était de $1,37 \pm 2,9$ ans [0 - 12].

L'étude de la liaison entre l'altération de la satisfaction sexuelle et les paramètres de la maladie est représentée dans le tableau 1.

Tableau1: Liaison entre l'altération de la satisfaction sexuelle et les paramètres de la maladie

	EVA douleur	EVA fatigue	NAD	NAT	DAS28 VS	HAQ	VS
Satisfaction sexuelle	p=0,024	p=0,019	p=0,019	p=0,277	p=0,056	p=0,016	p=0,194

Il existe une liaison statistiquement significative entre la satisfaction sexuelle et le NAD , l'EVA douleur , l'EVA fatigue et le HAQ .

Conclusion:

La perception de la satisfaction sexuelle pourrait refléter la qualité de vie conjugale en particulier chez la femme. Dans notre étude, elle semble liée aux indices subjectifs de la PR. L'éducation thérapeutique des patientes en particulier celles faisant appel à leur famille pourrait permettre une meilleure prise en charge de la maladie et une amélioration de la qualité de vie des patientes.



Le profil lipidique au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Bettaieb H ; Slouma M ; Dhahri R ; Metoui L; Boussetta N ;Gueddiche N; Laajili F; Gharsallah I; Louzir B

Service de Médecine interne, Hôpital militaire principal d'Instruction de Tunis, Tunisie

❖ Introduction :

- La polyarthrite rhumatoïde (PR) est un facteur de risque cardiovasculaire aussi important que le diabète. L'inflammation chronique, le syndrome métabolique et la dyslipidémie jouent un rôle athérogène majeur.
- L'objectif de notre travail était d'évaluer les perturbations lipidiques au cours de la PR .

❖ Patients et méthodes :

- Etude rétrospective descriptive colligeant 82 patients suivis pour PR durant une période de 8 ans.
- Tous les cas ont bénéficié du dosage de la protéine C réactive (CRP), du cholestérol (CT) et du triglycéride (TG).
- Le dosage du HDL cholestérol (HDL) et du LDL-cholestérol (LDL) était réalisé chez 22 patients.
- L'indice athérogène (CT /HDL) a été calculé (élevé si **>4,85**).

❖ Résultats:

- 62 femmes et de 20 hommes (**sex ratio =0,32**).
- Age moyen =54 ans [27-79 ans].
- Durée moyenne de l'évolution de la maladie =9 ans [0,1- 37 ans].

• Les facteurs de risque cardiovasculaires étaient :

- La **dyslipidémie** était retrouvée dans **74,4%** des cas (n=61).



Hypocholestérolémie	48,8%
Hypercholestérolémie	17,1%
Hypertriglycéridémie	20,7%

- 11 cas avaient une diminution du HDL
- 2 cas avaient une augmentation du LDL.
- 6 patients parmi 22 avaient un indice athérogène élevé.

- Les patients ayant un **DAS28(CRP)>3,2** avaient un **indice athérogène moyen plus élevé** que ceux ayant un **DAS28(CRP)<3,2** (4,25 vs 3,7 ; **p=0,5**).

- Les patients sous une biothérapie (n=38) avaient un **indice athérogène moyen plus bas** que ceux sous traitement non biologique (**3,8** vs 4,31 ; p=0,6).
- Il existe une **corrélation négative significative** entre le **taux de la CRP** et :
le **taux du cholestérol** (r= - 0,25, **p=0,02**)
le **taux du HDL** (r= - 0,052, p=**0,01**)
- Il existe une corrélation non significative entre le taux de LDL et la durée d'évolution de la maladie (r=0,44 p=0.04).

❖ Discussion:

- L'hypocholestérolémie et la diminution du HDL sont fréquentes au cours de la PR avec une augmentation de l'indice athérogène.
- Ceci peut être expliqué par la **diminution du transport du cholestérol** et par le **HDL qui devient pro-inflammatoire** lors d'une maladie active(1).

❖ Conclusion:

- La perturbation des paramètres lipidiques au cours de la PR est un véritable **paradoxe lipidique** avec une diminution du cholestérol total et du HDL.
- Une maladie ancienne et un score d'activité élevé sont les principaux facteurs du risque de la dyslipidémie au cours de la PR.

❖ References:

- (1) Soubrier M, Castagné B, Zuzana T, Tournadre A. Influence des traitements sur le risque cardiovasculaire de la polyarthrite rhumatoïde. Revue du Rhumatisme Monographies.2017 ;85 (1):37-41 .

Impact du statut anxio-dépressif sur la fonction sexuelle des patientes ayant une polyarthrite rhumatoïde

Fazaa A.; Ben Saad R.; Miladi S.; Ouenniche K.; Kassab S.; Chkili S.; Ben Abdelghani K.; Laatar A.

Service de rhumatologie de l'hôpital Mongi Slim, la Marsa

Introduction :

Les mesures de la qualité de vie au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) ont montré l'importance et la précocité de l'altération du fonctionnement psychologique. Ces troubles semblent jouer un rôle important dans la survenue des dysfonctions sexuelles au cours de la PR.

Notre objectif était d'évaluer la liaison entre le retentissement psychologique et la fonction sexuelle des patientes atteintes de PR.

Méthodes:

Etude transversale incluant des patientes atteintes de PR (critères de l'ACR/EULAR 2010) ayant une activité sexuelle. L'auto-questionnaire du Female Sexual Function Index (FSFI) a été utilisé. Ce dernier comprend 19 items. Le score total est compris entre 2 et 36 avec une dysfonction sexuelle définie pour un score inférieur ou égal à 26. Les troubles anxio-dépressifs ont été évalués par l'auto-questionnaire HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*). Chaque item est noté de 0 à 3, permettant de calculer un score total de dépression (HAD D) et d'anxiété (HAD A). Au-delà d'un score de 10, la dépression et l'anxiété sont certaines.

L'étude de liaison entre deux variables quantitatives a été effectuée par le test de Student. Le seuil de signification p a été fixé à 0,05. L'étude de corrélation a été étudiée par le coefficient de corrélation des rangs de Spearman (r).

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].

La dysfonction sexuelle était présente chez 35 patientes (49,3%).

Le score global du FSFI était en moyenne de $24,51 \pm 5,6$.

Treize patientes (18%) avaient une dépression et 16 (22%) une anxiété certaine.

La comparaison des scores du HAD chez les patientes atteintes de PR avec et sans dysfonction sexuelle est représentée dans le tableau 1.

Tableau 1: Comparaison des scores du HAD chez les patientes atteintes de PR avec et sans dysfonction sexuelle

	Dysfonction sexuelle		P
	Présente	Absente	
HAD D	12,3	7,2	0,015
HAD A	10,9	7,3	0,122

En comparant les patientes avec et sans dysfonction sexuelle, le score du HAD D était significativement plus élevé chez les patientes ayant une dysfonction sexuelle. Le score du HAD A était comparable entre les 2 groupes

La corrélation entre les scores du HAD D, HAD A et le score global du FSFI est représentée dans le tableau 2.

Le tableau 2: Corrélation entre les scores du HAD D, HAD A et le score global du FSFI

	HAD D	HAD A
Total FSFI	$p < 10^{-3}$ $r = -0,469$	$p = 0,009$ $r = -0,310$

Une corrélation négative entre les scores du HAD D, HAD A et le score global du FSFI a été retrouvée.

Conclusion:

La relation entre le statut psychologique et la sexualité est complexe, multifactorielle et bidirectionnelle. Ces deux fonctions pouvant être influencées par la PR. Une éducation thérapeutique active, personnalisée et centrée sur le patient pourrait être proposée pour les évaluer au cours de la PR.

Le taux de plaquettes au cours de la polyarthrite rhumatoïde: un nouveau marqueur de l'inflammation ?

Bettaieb H ; Slouma M ; Dhahri R ; Metoui L ; Boussetta N ; Gueddiche N ; Laajili F ; Gharsallah I ; Louzir B

Service de Médecine interne, Hôpital militaire principal d'Instruction de Tunis, Tunisie

❖ Introduction :

Bien connues pour leur rôle dans la coagulation sanguine, les plaquettes semblent jouer un rôle majeur dans l'inflammation au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Notre étude vise à chercher un lien entre l'augmentation du taux de plaquettes et l'activité de la maladie.

❖ Patients et Méthodes :

- Etude rétrospective colligeant 82 patients suivis pour PR durant une période de 8 ans [2010-2018].
- Tous les patients avaient bénéficié d'une numération de la formule sanguine (NFS), de la vitesse de la sédimentation (VS) et de la protéine C-actives (CRP).
- Une **thrombocytose** est définie par un taux de plaquettes $> 450\,000/\text{mm}^3$.

❖ Résultats :

- 62 femmes et 20 hommes (sex ratio= 0,32) .
- Age moyen de 54 ans [27-79].
- La durée moyenne de l'évolution était de 9 ans [0,1-37 ans].

Taux de VS moyen	43,7 mm /h1 ± 29,7
Taux de CRP moyen	27 ± 33 mg/L
Score DAS28 (CRP) moyen	3,05±1,27

- Maladie active (DAS28(CRP) $>3,2$) chez 85% des patients.

- **Thrombocytose** était retrouvée chez 11 patients (**13,4 %**).

	DAS28 (CRP)	P
Pas de thrombocytose	4,6	0,5
Thrombocytose	5,01	

- Il existe une corrélation entre le **taux de plaquettes** et :
 - le **DAS28(CRP)** ($r=0,05$; $p=0,6$)
 - la **CRP** ($r=0,27$; **$p=0,016$**)
 - la **VS** ($r=0,28$; **$p=0,05$**)



❖ Discussion :

- L'augmentation du taux de plaquettes au cours de la PR est corrélée à une augmentation des taux de la CRP et de la VS.
- Des études récentes ont montré que **ce rôle pro inflammatoire** est expliqué par la **libération de molécules immuno-actives** par des microparticules produites par les plaquettes (1).

❖ Conclusion :

- **Une thrombocytose est corrélée à une augmentation de la VS et de la CRP.**
- La compréhension approfondie du rôle des plaquettes dans la réponse inflammatoire au cours de la PR laisse entrevoir une nouvelle approche thérapeutique de cette maladie.

REFERENCES:

(1) Lukasik ZM, Makowski M, Makowska JS. From blood coagulation to innate and adaptive immunity: the role of platelets in the physiology and pathology of autoimmune disorders. *Rheumatology International*. 2018 Jun;38(6):959-974.

Stratégie thérapeutique au cours de la polyarthrite rhumatoïde avant le recours au premier traitement biologique

Gzam Y, Fazaa A, Miladi S, Ouenniche K, Kassab S, Chekili S, Ben Abdelghani K, Laatar A

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

Introduction :

Les principes de prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde (PR) ont été révolutionnés ces dernières années par l'émergence des biothérapies. Le recours à la biothérapie doit cependant être précédé par une stratégie thérapeutique bien codifiée basée sur l'optimisation des traitements de fond synthétiques (csDMARDs). L'objectif de cette étude était d'évaluer la prise en charge thérapeutique de la PR avant le recours aux biothérapies.

Méthodes :

Étude rétrospective incluant des patients suivis pour une PR ayant nécessité le recours à la biothérapie.

Résultats :

- 55 patients ont été inclus, 3 hommes et 52 femmes, âgés en moyenne de 44 ans [18-65].
- Le traitement de fond de 1^{ère} ligne a été instauré immédiatement au moment du diagnostic chez 44 patients (80%).
- Le MTX était prescrit en 1^{ère} ligne et par voie orale pour tous les patients.
- La dose maximale prescrite du MTX était en moyenne de 18 mg/semaine avec une dose maximale supérieure ou égale à 20 mg chez 32 patients (58,1 %).
- Cette dose maximale a été prescrite après un délai moyen de 28 mois.
- Un passage à la voie parentérale a été effectué chez 25 patients (45,5%) dont l'indication principale était une intolérance digestive (80%).
- Une corticothérapie orale à faible dose a été associée au MTX chez 50 patients (90%) avec une dose initiale moyenne de 8,8 mg/ jour.
- Un recours à un autre csDMARDs en association au MTX a été effectué pour 31 patients (56,4%): Salazopyrine chez 30 patients (54,4%) et leflunomide chez 1 patient (1,8%).
- Le LEF en monothérapie a été utilisé en 2^{ème} ligne chez 33 patients (60%) pour une durée moyenne de 24 mois.
- La SLZ a été utilisée en 2^{ème} ligne en monothérapie chez 5 patients (9%) pour une durée moyenne de 36 mois.
- Les motifs d'arrêt des traitements de fonds instaurés sont détaillés dans le tableau suivant:

	MTX	LEF	SLZ
Echec thérapeutique	70,9% (39 patients)	47,2% (26 patients)	7,2% (4 patients)
Effets indésirables	27,2% (15 patients)	12,7% (7 patients)	1,8% (1 patient)
Réaction allergique	1,8% (1 patient)	1,8% (1 patient)	--

➤ Le 1^{er} traitement biologique a été instauré après une durée d'évolution moyenne de 78 mois. Il s'agissait d'anti-TNF alpha chez 45 patients (81,8%).

Discussion :

Le MTX par voie orale est habituellement utilisé en 1^{ère} intention au cours de la PR [1]. Une meilleure efficacité clinique a été démontrée en augmentant la posologie du MTX progressivement afin d'atteindre rapidement une dose de 25 à 30 mg/semaine [2]. Chez nos patients une dose du MTX \geq 20 mg/semaine n'a été utilisée que dans 58% des patients.

Le 2^{ème} traitement de fond prescrit en monothérapie chez nos patients était le LEF (60%). Il a fait preuve d'une efficacité clinique et structurale, et d'une tolérance tout à fait comparables à celles du MTX et représente actuellement la meilleure alternative dans cette indication [3].

La SLZ en monothérapie n'a été prescrite que chez 9% des patients mais elle garde sa place en association avec les autres csDMARDs (54,5% des patients).

La plupart de nos patients ont reçu une faible dose de corticoïdes en association avec les csDMARDs. La corticothérapie reste la thérapeutique de choix du traitement de la poussée inflammatoire, bien que l'objectif reste un sevrage rapide [4].

Conclusion :

Dans notre étude, la prise en charge thérapeutique de la PR adoptée par les rhumatologues respecte en grande partie les recommandations nationales relatives à l'usage des csDMARDs avant le recours aux biothérapies.

Références :

- [1] Sharma P, et al. Drugs 2015; 75(17):1953-6
- [2] Mouterde G, et al. Revue du rhumatisme 2009; 76: 22-7
- [3] Combe B, et al. Revue du Rhumatisme 2007; 74:18-25
- [4] Gastaldi R, et al. Revue du rhumatisme monographies 2017; 84:377-81



Comparaison entre le score SF-36 (Short Form 36) et le score HAQ (Health Assessment Questionnaire) dans l'évaluation de la qualité de vie au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Brahem M., Hachfi H., Jomaa O., Maraoui M., Haddada I., Abdallah A., Ben Hammouda S., Younes M.
Service de rhumatologie, EPS Taher Sfar Mahdia

1. Introduction :

Le score HAQ (Health Assessment Questionnaire) est largement utilisé en rhumatologie surtout au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques. Un autre score qui a été prouvé son intérêt dans l'évaluation d'autres pathologies non rhumatologiques est le Short Form SF 36 qui évalue les différents domaines de la qualité de vie de la limitation de la performance physique à la performance mentale.

Notre objectif était de comparer les résultats des deux questionnaires dans l'évaluation de la qualité de vie des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR).

2. Patients et méthodes:

- Etude transversale durant une période de 12 mois,
- 37 patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, qui étaient suivis au service de rhumatologie de Mahdia, Tunisie.
- Le diagnostic de PR a été retenu en se basant sur les critères ACR/EULAR 2010.
- Nous avons évalué pour chaque patient le questionnaire HAQ (score entre 0 et 3), le score global moyen (score entre 0 et 100) et les huit domaines du score SF 36 (activité physique (PF), limitation du rôle physique (RP), douleur (BP), santé générale (GH), vitalité (VT), activité sociale (SF), limitation du rôle émotionnel (RE) et santé mentale (MH)).

3. Résultats :

- Age moyen de nos patients (32 femmes / 5 hommes) = $53,1 \pm 12$ ans [21-76 ans].
- Durée moyenne d'évolution de la maladie = 11 ± 10 ans [1-34ans].
- Nombre moyen des articulations douloureuses = $13,2 \pm 9,6$ et gonflées = $5,9 \pm 7$.
- Le score moyen d'activité de la maladie (DAS28) était de $5,5 \pm 1,5$ [2,9-8,2].
- Déformations articulaires spécifiques : 51,3% des patients.
- Atteinte radiologique : 83,8% des patients.
- Ostéoporse : 29,7% des patients.

Biologie:

- La moyenne de la vitesse de sédimentation (VS) = $45 \pm 27,1$ mm à H1,
- La moyenne de la CRP = $13,7 \pm 25,3$ mg/L.
- Le facteur rhumatoïde était positif dans 37,8% des cas,
- Les anti-CCP étaient positifs dans 32,4% des cas.

Traitement :

- 81,1% des patients ont été traités par le méthotrexate;
- 13,5% ont été traités par des traitements biologiques.

Evaluation de la qualité de vie:

- Le HAQ moyen = $1,58 \pm 0,91$ [0-2,875].
- Le score global moyen du SF-36 = $36,6 \pm 18,7$ [15,5-90,7].
 - 33 patients (89,2%) avaient une qualité de vie réduite (SF-36 <66,7).
 - Les moyennes des différents domaines (PF, RP, BP, GH, VT, SF, RE, MH) étaient respectivement de 31,4; 18,9; 37,4; 41,3; 40,2; 49,8; 19,8; 53,9.
 - Les domaines les plus gravement touchés étaient le RP et le RE.

Dans notre étude, le score SF36 a montré une variation en sens inverse au score HAQ, avec une corrélation significative.

4. Discussion :

- Le Short Form SF 36 est un score qui évalue les différents domaines de la qualité de vie de la limitation de la performance physique à la performance mentale. Il est de plus en plus utilisé dans la pratique médicale.
- Mais le HAQ n'a pas perdu son intérêt surtout pour l'évaluation et le suivi des pathologies inflammatoires grâce à sa simplicité.

5. Conclusion :

- Bien que le SF-36 soit plus précis que le HAQ dans l'évaluation de la qualité de vie chez les patients atteints de PR, le HAQ reste plus facile en pratique courante.



Etude de corrélation entre l'activité de la maladie et la qualité de vie au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Brahem M., Hachfi H., Jomaa O., Haddada I., Maraoui M., Abdallah A., Ben Hammouda S., Younes M.
Service de rhumatologie, EPS Taher Sfar Mahdia

1. Introduction :

- Plusieurs études ont montré une corrélation étroite entre l'activité de la maladie dans la polyarthrite rhumatoïde (PR) et la mauvaise qualité de vie, y compris les composants physiques et mentales.
- L'objectif de notre étude est d'étudier le degré de cette corrélation entre l'activité de la maladie et la qualité de vie dans une population tunisienne de PR.

2. Patients et méthodes:

- Etude transversale durant une période de 12 mois,
- 37 patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, qui étaient suivis au service de rhumatologie de Mahdia, Tunisie.
- Le diagnostic de PR a été retenu en se basant sur les critères ACR/EULAR 2010.
- Nous avons évalué pour chaque patient l'activité de la maladie, le questionnaire HAQ (coté de 0 à 3), le score SF-36 global et ses huit domaines.

3. Résultats :

- Age moyen de nos patients (32 femmes / 5 hommes) = $53,1 \pm 12$ ans [21-76 ans].
- Durée moyenne d'évolution de la maladie = 11 ± 10 ans [1-34ans].
- Nombre moyen des articulations douloureuses = $13,2 \pm 9,6$ et gonflées = $5,9 \pm 7$.
- Le score moyen d'activité de la maladie (DAS28) était de $5,5 \pm 1,5$ [2,9-8,2].

•Biologie:

- La moyenne de la vitesse de sédimentation (VS) = $45 \pm 27,1$ mm à H1,
- La moyenne de la CRP = $13,7 \pm 25,3$ mg/L.
- Le facteur rhumatoïde était positif dans 37,8% des cas,
- Les anti-CCP étaient positifs dans 32,4% des cas.

□ Traitement :

- 81,1% des patients ont été traités par le méthotrexate;
- 13,5% ont été traités par des traitements biologiques.

□ Evaluation de la qualité de vie:

- Le HAQ moyen = $1,58 \pm 0,91$ [0-2,875].
- Le score global moyen du SF-36 = $36,6 \pm 18,7$ [15,5-90,7].
 - 33 patients (89,2%) avaient une qualité de vie réduite (SF-36 <66,7).
 - Les domaines les plus gravement touchés étaient ceux de l'activité physique et émotionnelle.
- 22 patients (59,5%) avaient une activité sévère de la PR (DAS28 > 5,1) avec un HAQ moyen de 1,98 et SF-36 de 32,08.
- Un déficit global en SF-36 (<66,7) a été retrouvé dans 20 cas (90,9%).
- **Le score global du SF-36 a montré une variation en sens opposé au score HAQ, avec une corrélation significative (p = 0,000).**
- **Il a également montré une corrélation significative (en sens inverse) avec le DAS28 (p = 0,01) et le nombre des articulations douloureuses (p = 0,002).**
- **Le HAQ était corrélé au DAS28 (p = 0,01), au nombre des articulations douloureuses (p = 0,003) et des articulations gonflées (p = 0,02).**
- Cependant, nous n'avons pas trouvé de corrélation avec les marqueurs biologiques de l'inflammation (VS et CRP).

4. Discussion :

La qualité de vie au cours de la PR est fréquemment altérée chez les patients ayant une maladie active, qui n'est pas contrôlée. Il a été démontré que les scores d'évaluation de la qualité de vie sont corrélés avec les paramètres d'activité de la PR, à savoir le nombre d'articulations douloureuses et gonflées ainsi que la VS et la CRP. D'où découle l'importance d'un meilleur contrôle de cette maladie inflammatoire.

5. Conclusion :

- Notre étude a montré une corrélation significative entre différents paramètres du score d'activité de la maladie et la qualité de vie dans la PR.
- Il est donc important de contrôler l'activité de la maladie pour améliorer la qualité de vie des patients atteints de PR.



Évaluation du risque cardiovasculaire dans la polyarthrite rhumatoïde par l'équation de Framingham et des facteurs associés

Jguirim M, Brahem M, Mhenni A., Bejia I, Touzi M, Zrou S, Bergaoui N.
Service de rhumatologie, Hôpital Fattouma Bourguiba, Monastir

1. Introduction :

➤ La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie inflammatoire chronique caractérisée par une polyarthrite symétrique, déformante et destructrice, affectant les articulations périphériques, entraînant une invalidité, une morbidité et une mortalité élevée souvent dues à des complications cardiovasculaires.
➤ Le but de notre étude est d'évaluer le risque cardiovasculaire au cours de la PR en utilisant l'équation de Framingham et d'identifier les facteurs associés.

2. Patients et méthodes :

- Etude transversale incluant des patients atteints de PR, suivie pendant 6 mois au service de rhumatologie de l'hôpital universitaire Fattouma Bourguiba, à Monastir.
- Le diagnostic de la PR a été établi selon les critères ACR / EULAR 2010 et le syndrome métabolique a été diagnostiqué selon les critères NCEP / ATP III 2005.
- L'évaluation du risque cardiovasculaire était basée sur l'équation de Framingham.

3. Résultats :

- Soixante patients atteints de PR (53 femmes et 7 hommes) avec un sex-ratio de 0,13.
- L'âge moyen de nos patients = $55,4 \pm 1,54$ ans [26-77 ans].
- L'indice de masse corporelle (IMC) moyen = $30,54 \pm 14,06$ kg / m² [16,7-125 kg / m²].
- Sept patients (11,6%) étaient diabétiques, 11 (18,3%) présentaient une hypertension et 29 (49,3%) une dyslipidémie.
- La sédentarité était trouvée dans 86,5% des cas.
- Le syndrome métabolique était diagnostiqué chez 27 patients (45%).
- La durée moyenne de la PR = $9,7 \pm 8,19$ ans [0-36 ans].
- Le score moyen d'activité de la maladie (DAS 28) = $5,46$ [0,81-8].
 - 15 patients (23,8%) avaient une durée de leur PR ≤ 2 ans
 - 44 patients (69,8%) avaient une durée > 2 ans.

•Biologie :

- La moyenne de la VS = 54,26 mm à H1[12-125]
- la CRP moyenne = 29,35 mg/L [0 -142,8].
- Le facteur rhumatoïde (RF) et les anticorps anti-protéines citrullinées (ACPA) étaient positifs respectivement dans 70% et 61,7% des cas.

•Traitement :

- Les différents traitements reçus par nos patients étaient les corticostéroïdes, les anti-inflammatoires, le méthotrexate, la salazopyrine, le lévoflunomide, les antipaludiques de synthèse et les anti-TNF alpha respectivement dans 98,3%, 53,3%, 88,3%, 18,3%, 11,6% et 25% et 1,7%.
- **Le syndrome métabolique était associé à un âge plus élevé (p = 0,05), à une sédentarité (p = 0,005), à une durée de la PR > 2 ans (p < 0,001), à une VS élevée (p = 0,04), à une CRP élevée (p = 0,01), au DAS28 élevé (p = 0,004) et au traitement au méthotrexate (p < 0,001).**
- **Le score moyen de Framingham était de 9,70% [1-30%]:**
- Un patient (1,7%) présentait un risque faible (<10%) de développer une maladie cardiovasculaire à 10 ans, 51 patients (85%) présentaient un risque modéré (10 à 20%), tandis que 8 patients (13,3%) présentaient un risque élevé (> 20%) à 10 ans.
- Ce risque cardiovasculaire était associé à la présence d'un syndrome métabolique (p < 0,001).
- Dans une analyse de régression logistique multi-variée, **4 facteurs prédisant l'apparition du syndrome métabolique au cours de la PR** ont été identifiés: activité de la PR (p = 0,03), corticothérapie à forte dose (p = 0,01; OR = 2,12), méthotrexate (p = 0,01; OR = 0,49) et un score élevé de Framingham (p = 0,04).

4. Discussion :

- La pathologie cardiovasculaire est la cause principale de l'augmentation de la mortalité au cours de la PR. La mortalité par cardiopathie ischémique est augmentée de 59 et de 52 % pour les accidents ischémiques cérébraux par rapport à la population générale.
- L'Eular conseille d'évaluer le risque CV en utilisant l'équation de Score. En France, il est aussi possible d'utiliser l'équation de Framingham. Celle-ci donne un risque d'évènement alors que l'équation Score donne un risque de mortalité cardiovasculaire.

5. Conclusion :

Notre étude a montré l'importante prévalence du syndrome métabolique dans la PR et son association avec un risque cardiovasculaire plus élevé. L'activité de la maladie, le traitement aux corticostéroïdes et le score de Framingham étaient les facteurs de risque les plus impliqués.



La fatigue au cours de la polyarthrite rhumatoïde et ses facteurs associés

Jguirim M, Brahem M, Mhenni A., Bejia I, Touzi M, Zrouer S, Bergaoui N.
Service de rhumatologie, Hôpital Fattouma Bourguiba, Monastir

1. Introduction :

➤ Les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) se plaignent souvent d'une fatigue qui s'accroît pendant les poussées, entraînant une détérioration de leur qualité de vie.

➤ L'objectif de cette étude était d'évaluer le degré de la fatigue chez les patients atteints de PR et d'en déterminer les facteurs associés.

2. Patients et méthodes :

• Il s'agit d'une étude descriptive transversale menée sur une période de 6 mois, incluant consécutivement tous des patients, suivis pour PR au service de rhumatologie et au département de médecine physique et de réadaptation de l'hôpital universitaire de Monastir.

• Les variables analysées étaient les paramètres socio-démographiques, cliniques, biologiques et fonctionnelles avec une évaluation de la fatigue par l'échelle visuelle analogique de fatigue (VAS-F) et l'inventaire multidimensionnel de la fatigue (MFI-20), l'activité de la maladie (DAS 28), la capacité fonctionnelle (Questionnaire HAQ (Health assessment questionnaire)) et l'évaluation de l'anxiété et dépression (score HAD (Hospital anxiety and depression scale)).

3. Résultats :

❖ Notre étude a inclus **100 patients** avec un âge moyen de $55,88 \pm 10,5$ ans (25 à 84 ans) et une prédominance féminine (85 femmes / 15 hommes).
❖ La maladie était modérément active dans 55% des cas.

❖ Le dépassement du VAS-F était de $5,62 \pm 1,5$.

❖ La fatigue était présente dans tous les domaines évalués par le MFI-20.

❖ La fatigue physique et la fatigue générale étaient les plus élevées avec une moyenne de 12,59 et 13,43 respectivement.

❖ **La fatigue était positivement corrélée à l'âge, à l'IMC, à l'activité de la maladie, aux troubles anxieux et dépressifs, à la vitesse de sédimentation, à la capacité fonctionnelle et à la présence de signes radiologiques de destruction articulaire.**

❖ Cependant, il n'y avait pas de corrélation significative entre la fatigue et l'éducation thérapeutique.

4. Discussion :

❖ Les patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde (PR) se plaignent souvent de fatigue qui est considérée comme un symptôme extra-articulaire.

❖ Les professionnels de la santé ont longtemps porté peu d'attention à la fatigue, à son caractère multidimensionnel et à son retentissement sur la qualité de vie des patients souffrant de PR.

❖ Contrairement à la fatigue des sujets sains, la fatigue des patients est durable, inexplicite et peu soulagée par le repos.

❖ La prévalence est élevée et des caractéristiques de la maladie ont été identifiées comme des facteurs prédictifs. La fatigue au cours de la PR est très fortement liée aux facteurs psychosociaux.

❖ L'évaluation et le traitement de la fatigue sont difficiles dans la mesure où interviennent des facteurs physiques et psychologiques. Différents instruments de mesures ont été utilisés dans la PR. Ils reposent pour la plupart sur un format d'autoévaluation. Certains questionnaires sont courts, quantifiant le niveau de fatigue. D'autres permettent une évaluation multidimensionnelle de la fatigue.

❖ Les traitements de fond de la PR, spécialement les anti-TNF, diminuent la fatigue en même temps qu'ils contrôlent l'activité de la maladie. Une action directe complémentaire est hypothétique. Les traitements non pharmacologiques comprennent notamment les thérapies comportementales avec l'initiation à l'autogestion de la fatigue et les programmes d'exercice physique.

❖ En définitive, l'importance et pertinence de la fatigue comme critère de jugement ont été récemment mises en exergue par les différents groupes de recherche et cela devrait conduire à une amélioration de la prise en charge de la fatigue dans la pratique médicale courante.

5. Conclusion :

La fatigue est un symptôme majeur rencontré fréquemment chez les patients atteints de PR. Ses facteurs associés sont multiples. Le praticien doit y faire face avec une certaine prudence.



Facteurs prédictifs de l'atteinte des voies aériennes bronchiques et bronchiolaires au cours de la Polyarthrite Rhumatoïde

Triki W (1), Ben Tekaya A (1), Saidane O (1), Ben Hammamia M(2), Tekaya R(1), Mahmoud I(1), Abdelmoula L(1)

(1)

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

(2)

Service de Chirurgie Cardio-Vasculaire, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction :

L'atteinte des voies aériennes (VA) est la manifestation respiratoire la plus fréquente au cours de la Polyarthrite Rhumatoïde (PR), retrouvée dans 30 % des cas à la tomodensitométrie thoracique de haute résolution (TDM-HR). Elle peut revêtir plusieurs formes : bronchiolite folliculaire, bronchiolite constrictive, les bronchectasies et les bronchiolectasies.

Objectif:

Evaluer la prévalence et les facteurs prédictifs de cette atteinte au cours de la PR.

Matériels et méthodes:

- Etude rétrospective monocentrique
- Patients atteints de PR (critères ACR/EULAR 2009) et présentant une atteinte respiratoire, sur une période de 5 ans [2012- 2017].
- Les données sociodémographiques, cliniques étaient recueillies.
- La présence d'une atteinte des VA était documentée par une TDM-HR: bronchiolite et DDB(bronchectasies/bronchiolectasies). Une étude statistique était menée.

Résultats:

Parmi 42 patients atteints de PR et ayant une atteinte pulmonaire, 13 patients avaient une atteinte des VA. Le tableau 1 montre les caractéristiques cliniques et les paramètres de sévérité de la PR.

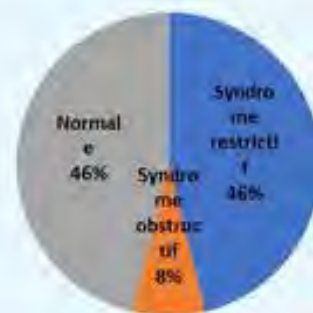
Tableau 1: Paramètres cliniques et de sévérité de la PR

Paramètres	Valeurs
Age moyen (ans)	55[39-85]
Sex ratio	1,1
Age de début de la PR (ans)	48 [30-70]
FR (+)	78,6%
ACPA (+)	42,8%
Erosions (+)	100%

Le délai diagnostique moyen de l'atteinte des VA par rapport à la PR était de 4 ans [0-15]. Pour ces 13 patients, 5 (38,46%) présentaient une symptomatologie respiratoire. Il s'agissait d'une dyspnée dans 60% des cas et d'une toux et d'infections bronchiques récidivantes dans 40% des cas.

La radiographie du thorax avait montré un syndrome bronchique dans 38,46% des cas, un syndrome interstitiel dans 30,76% des cas et elle était normale dans 30,76% des cas.

EFR



TDM-HR

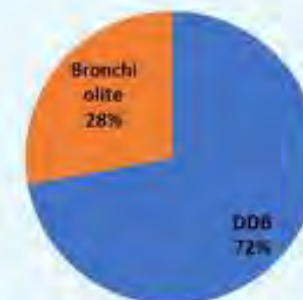


Tableau 2: Facteurs associés à l'atteinte des VA

Facteurs associés à l'atteinte des VA	p
Age	<0,001
FR	<0,001
CRP	<0,001
Érosions	<0,001
Sexe masculin	0,6
ACPA	0,7

Conclusion:

Les bronchiectasies sont plus fréquemment rencontrées chez les sujets atteints de PR que dans la population générale. Ceci a été retrouvé dans notre population PR. La TDM-HR permet le diagnostic des formes asymptomatiques. Des nouvelles études cas-témoins permettront une meilleure compréhension de l'atteinte des VA au cours de la PR.

**Les paramètres immunologiques pourraient-ils prédire le recours à la chirurgie articulaire au cours de la polyarthrite rhumatoïde?****Saidane O, Sellami M, Barhoumi R, Ben Tekaya A, Tekaya R, Mahmoud I, Abdelmoula L**

Service de rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction :

Notre objectif était de rechercher une association entre les paramètres immunologiques et la fréquence du recours à la chirurgie articulaire chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR).

Patients et Méthodes:

- Etude rétrospective transversale incluant les patients atteints de PR répondant aux critères ACR 1987 et/ou aux critères ACR/EULAR 2010 et suivis sur une période de 15 ans [2000-2014].
- Collecte des données cliniques et immunologiques : dosage du facteur rhumatoïde (FR), des anticorps anti-peptides cycliques citrullinés (ACPA) et des anticorps antinucléaires (AAN).
- La recherche de ces différents anticorps a été effectuée par des techniques immunologiques (immunofluorescence indirecte, la méthode Enzyme-Linked Immunosorbent Assay).

Résultats:

- Inclusion de 500 patients (422 femmes).
- Age moyen de 53,39 ans [21-83].
- Durée moyenne d'évolution de la PR était de 12,08 ans [2-40].
- Vingt-trois patients (39%) avaient une PR en activité sévère au moment de diagnostic.
- Le score DAS 28 VS moyen de 5,90 [3,41-8,65].
- La PR était érosive chez 56 patients (96%).

- Le FR (mesurée chez 445 patients étaient positifs dans 71,4%.
- Les ACPA (mesurées chez 85 patients) étaient positifs dans 60% des cas.
- Les AAN (mesurées chez 175 patients) étaient positifs dans 35% des cas.
- Cinquante-neuf patients (12%) avaient eu recours à la chirurgie articulaire durant cette période.
- Le FR et les ACPA étaient plus souvent positifs chez les patients opérés sans association significative ($p=0,574$, $p=0,275$ respectivement).
- Les AAN étaient significativement plus élevés chez les patients opérés (23% vs 6%; $p < 0,001$; OR = 4,65).

Conclusion:

Notre étude a montré que des AAN positifs étaient associés à un risque plus élevé de chirurgie articulaire au cours de la PR. Ces facteurs prédictifs pourraient contribuer à améliorer les modalités de surveillance des patients atteints de PR à haut risque de destruction articulaire.

19 Janvier 2019

المجلة التونسية لأمراض المفاصل و العظام

Ligue Tunisienne Anti Rhumatismale

L'obésité prédispose-t-elle à un recours plus fréquent à la chirurgie articulaire au cours de la polyarthrite rhumatoïde?**Olfa Saidane, Meriem Sellami, Rym Barhoumi, Aicha Ben Tekaya, Rawdha Tekaya, Ines Mahmoud, Leila Abdelmoula**

Service de rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction :

Connue comme une comorbidité au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR), l'obésité peut exposer à de nombreuses complications et contribue à réduire l'efficacité thérapeutique.

Notre objectif était de déterminer l'impact du surpoids et de l'obésité sur la fréquence du recours à la chirurgie articulaire au cours de la PR.

Patients et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective de 205 patients atteints de PR selon les critères ACR 1987 ou ACR / EULAR 2010 et suivis sur une période de 15 ans [2000-2014].

L'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé et le recours à la chirurgie articulaire a été relevé.

Résultats :

- Nous avons inclus 205 patients atteints de PR (130 femmes),
- Age moyen de 52,4 ans [21-83].
- Durée moyenne de la maladie était de 11,6 ans [2-40].
- Tous les patients avaient une PR en activité moyenne à sévère au moment de diagnostic Le score DAS 28 VS moyen de $5,68 \pm 1,24$.
- L'IMC moyen était de $27,98 \text{ kg/m}^2$ [15,80-40,32] avec:
 - ✓ 63 patients (30,7%) patients avaient une corpulence normale
 - ✓ 6 patients (1,2%) avaient un poids insuffisant
 - ✓ 69 patients (33,6%) étaient en surpoids
 - ✓ 67 patients (32,6%) étaient obèses.

- Le traitement initial ne dépendait pas de la catégorie d'IMC.
- L'IMC ne semblait pas influencer le recours à la chirurgie articulaire ($p = 0,059$).
- Comparativement aux sujets de corpulence normale, les patients en surpoids et obèses n'avaient pas subi plus de chirurgie articulaire (Tableau 1).

Tableau 1: Association entre l'indice de masse corporelle et la chirurgie articulaire

	Chirurgie articulaire (+)	Chirurgie articulaire (-)	p
IMC < 25 Kg/m ²	18,8%	81,2%	0,059
IMC ≥ 25 Kg/m ²	9,6%	90,4%	

Conclusion:

Notre étude a montré que l'IMC n'avait pas d'influence sur le recours à la chirurgie articulaire au cours de la PR.



Influence de la tolérance du Méthotrexate sur l'observance thérapeutique : étude transversale à propos de 100 cas

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

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction :

Le méthotrexate (MTX) reste la pierre angulaire des traitements de fond de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Il est associé à des effets indésirables digestifs (nausées, vomissements et douleurs abdominales) dont la sévérité peut conduire à une mauvaise observance thérapeutique. L'objectif de ce travail était d'évaluer la tolérance du MTX chez des patients ayant une PR à l'aide d'un score validé le Methotrexate Intolerance Severity Score (MISS) et d'évaluer l'observance thérapeutique du MTX à l'aide d'un score validé le Compliance Questionnaire on Rheumatology (CQR) et par la suite de déterminer l'influence de l'intolérance du MTX sur l'observance thérapeutique de celui-ci.

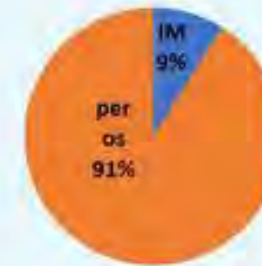
Matériels et méthodes:

- Etude transversale
- patients atteints de PR (ACR-EULAR 2009)
- Traités par des doses stables de MTX depuis au moins 3 mois, sur une période de 9 mois, entre Septembre 2016 et Juin 2017.
- Les données sociodémographiques, cliniques et para-cliniques ont été recueillies.
- Tous les patients ont répondu aux auto-questionnaires CQR et MISS évaluant respectivement l'observance et la tolérance du MTX.
- Une intolérance au MTX: score ≥ 6 avec la présence d'au moins un symptôme d'anticipation, d'association ou comportementale (réf1).
- Une mauvaise observance était définie par un CQR $<80\%$.

Résultats:

- 100 patients (87 femmes et 13 hommes) (sex ratio= 0,15)
- Age moyen : 53,57 ans.
- La dose hebdomadaire moyenne de MTX était de 15,4 mg
- La durée moyenne de prise était de 76,75 mois.

Voie du MTX



MTX



Le score MISS moyen était de 5,24[0-26].

Une intolérance au MTX était notée chez 36% des patients.

Nous n'avons pas trouvé que l'intolérance au MTX affectait l'observance thérapeutique ($p=0,07$). De même nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre l'observance thérapeutique et les différents items du score MISS (Tableau I).

Tableau I: relation entre l'observance thérapeutique et les différents items du MISS

Items du score MISS	Groupe 1	Groupe 2	P
Douleurs abdominales après MTX	15	40	0,355 (NS)
Douleurs abdominales avant MTX	7	22	0,682 (NS)
Douleurs abdominales en pensant au MTX	8	23	0,822 (NS)
Nausées après MTX	11	40	0,143 (NS)
Nausées avant MTX	5	22	0,769 (NS)
Nausées en pensant au MTX	5	23	0,912 (NS)
Vomissements après MTX	7	9	0,740 (NS)
Vomissements avant Mtx	3	4	0,187 (NS)
Fatigue	10	34	0,944 (NS)
Pleurs	2	7	0,366 (NS)
Irritabilité	10	33	0,720 (NS)
Refus	4	4	0,063 (NS)

Conclusion:

Dans notre étude, l'intolérance au MTX ne diminuait pas de manière significative l'observance de celui-ci. La présence d'effets secondaires ne suffit donc pas à expliquer à elle seule la diminution de l'observance chez les patients.



Impact de la mauvaise observance thérapeutique du MTX sur l'activité de la Polyarthrite Rhumatoïde : à propos de 100 cas

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

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction :

Le Méthotrexate (MTX) est le traitement de fond de première ligne chez les patients ayant une Polyarthrite Rhumatoïde (PR) active selon les recommandations de l'EULAR 2016 et de la SFR 2014. Le pourcentage de malades répondant au MTX varie de 50 à 60%. Cette réponse est probablement déterminée par un certain nombre de facteurs dont l'observance thérapeutique. L'objectif de ce travail était de déterminer l'impact de la mauvaise observance sur l'activité de la maladie.

Matériel et méthodes:

- Etude transversale
- Patients atteints de PR
- Traités par des doses stables de MTX depuis au moins 3 mois, sur une période de 9 mois.
- Les données sociodémographiques, cliniques, biologiques, immunologiques, radiographiques ainsi que les paramètres spécifiques de la PR (score d'activité DAS28, indice fonctionnel HAQ) et les données thérapeutiques ont été recueillies.
- Tous les patients ont répondu à un auto-questionnaire évaluant l'observance thérapeutique : Le Compliance Questionnaire on Rheumatology CQR.

Résultats:

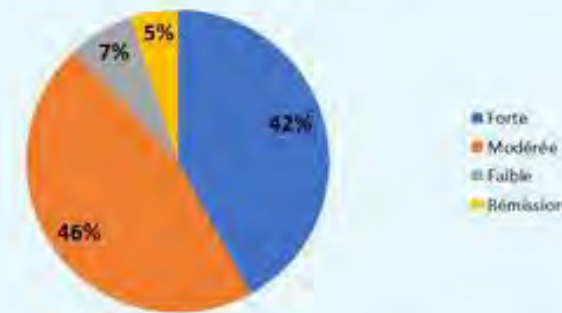
100 patients ont été inclus : 87 femmes et 13 hommes (sex ratio=0,15), Le tableau 1 illustre les caractéristiques des patients ainsi que de la maladie.

Tableau 1: caractéristiques des patients et de la maladie

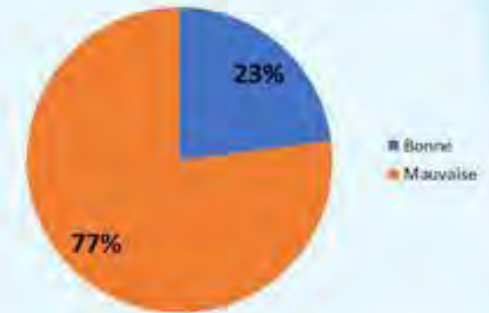
Paramètres	
Age moyen (ans)	44,2[16-74]
Age de début de la maladie (ans)	11,36±8 ans.
FR	77%
ACPA	56%
Érosive	84%
Manifestations extra-articulaire	60%

- Le score DAS 28 VS moyen: $4,7 \pm 1,33$.
- 6% des patients avaient une invalidité sévère à très sévère attestée par un indice HAQ>2

Activité de la maladie par le DAS28



Observance



La non-observance thérapeutique du MTX ne semblait pas affecter les différents paramètres d'activités de la maladie, à savoir le NAD, le NAT, la durée de la RM, le nombre de RN, L'EVA douleur, l'EGP, le HAQ ainsi que les paramètres biologiques de l'inflammation (VS et taux de CRP). Aucun lien n'a été retrouvé entre la non-observance thérapeutique du MTX et le DAS 28 VS, de même nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre la non-observance et le caractère érosif de la PR.

Conclusion:

Curieusement, dans notre étude, la non-observance thérapeutique du MTX ne semble pas augmenter de manière significative les paramètres d'activité de la PR, contrairement à ce qui a été trouvé dans la littérature. Ceci pourrait être expliqué par le pourcentage important de patients ayant une activité sévère.



Association polyarthrite rhumatoïde et rectocolite hémorragique : À propos d'une observation

Jomaa.O, Brahem.M, Hachfi.H, Abdallah.A, Younes.M

Service de rhumatologie CHU Taher Sfar Mahdia Monastir

Introduction

Bien que des multiples maladies auto-immunes puissent souvent coexister chez un même patient, l'association de la polyarthrite rhumatoïde (PR) avec la rectocolite hémorragique (RCH) est rare et a exceptionnellement été rapporté dans la littérature.

observation

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 53 ans aux antécédents familiaux de polyarthrite rhumatoïde chez son frère, qui est suivie pour RCH depuis 9 ans .Actuellement en rémission sous mesalazine. Elle a consulté dans un tableau de polyarthrite bilatérale et asymétrique des grosses et des petites articulations évoluant depuis plus de 6 semaines. L'examen a trouvé des synovites des IPP de deux mains, et du poignet droit, squeeze test positif en bilatéral et une arthrite du genou gauche. Le bilan biologique a montré un syndrome inflammatoire important avec à l'EPP un profil inflammatoire (hyper alpha 2 globulinémie polyclonale).Les radiographies standard des deux mains et des deux avant pieds ont montré une déminéralisation en bande des MCP sans lésions destructrices évidentes. L'IRM du bassin n'a pas objectivé de sacro-iliite.Un bilan immunologique a été demandé montrant des anticorps anti-CCP et un facteur rhumatoïde fortement positif. le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde a été retenu en se basant sur les critères ACR /EULAR 2010 (le score était à 7) avec un indice d'activité DAS 28 à 6,95.

La décision était de mettre la patiente sous salazopyrine 3g/j et prednisone 15mg/j avec bonne évolution clinico-biologique.

Discussion

Bien que la coexistence de la PR et d'autres maladies auto-immunes tels que le syndrome de Sjögren et thyroïdite auto-immune, est fréquent, l'association de PR et RCH est exceptionnelle et a rarement été rapportés dans la littérature. Une des raisons pour que cette association est peu fréquente: c'est le fait que la PR et la RCH ont tendance à partager des médicaments efficaces, tels que sulfasalazine et corticostéroïde et en tant que nouvel agent les anti-TNF α .Une analyse minutieuse des données HLA chez les sujets atteints de PR associée à La RCH doit nous aider à mieux comprendre l'étiologie de ces maladies et le mécanisme sous-jacent à cette association.

Conclusion

Bien que la RCH soit souvent associée à des manifestations arthritiques telles que la spondylarthrite ankylosante et la sacro-iliite, la combinaison PR avec RCH est peu fréquente et dont le mécanisme étiopathogénique est inconnu et reste à être établi.



Evaluation DAS28 échographique dans l'activité de la polyarthrite rhumatoïde

Maatallah K (1), Triki W(1), Riahi H(2), Kaffel D(1), Ferjani H(1), Chelli M(2), M.M Kchir(1), Hamdi W(1)

(1) Service de Rhumatologie, Institut d'orthopédie Mohamed Kassab

(2) Service de Radiologie, Institut d'orthopédie Mohamed Kassab

Introduction :

La prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde a connu une véritable révolution ces dernières années. C'est ainsi qu'est né le besoin d'utiliser un moyen de surveillance avec une meilleure sensibilité que l'examen clinique pour la détection des synovites tel que l'échographie.

Objectif:

Le but de notre travail était de comparer le DAS28 échographique au DAS28 standard.

Matériels et méthodes:

- Etude transversale
- Incluant des Patients atteints de PR (critères de l'ACR 1987).
- Evaluation clinique: 2 rhumatologues.
- Evaluation échographie : Radiologue expérimenté dans la pathologie ostéoarticulaire.

Résultats:

Trente patients ont été inclus avec un âge moyen de 52 ans [22-76 ans]. Le tableau 1 détaille les caractéristiques des patients ainsi que de la maladie et le tableau 2 illustre les données cliniques, biologiques, ainsi que le DAS 28 (clinique et échographique). L'âge du début de la maladie était en moyenne de 48 ans. La PR était séropositive dans 17 cas et érosive dans 25 cas. Les patients avaient en moyenne 11 articulations douloureuses et 4 articulations tuméfiées, la VS moyenne était de 41 mm à H1. Le DAS28 standard moyen était de 5,31 (1,67-7,38). Le nombre moyen de synovites objectivées à l'échographie était de 4 et le DAS28 échographique était de 5,3. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre le nombre d'articulations tuméfiées et le nombre de synovites objectivées à l'échographie ($p=0,37$) ainsi qu'entre le DAS28 standard et le DAS28 échographique ($p=0,29$).

Tableau 1 Caractéristiques des patients et de la maladie

Nombre de patients	30(22 femmes)
Age moyen (ans)	52
Age de début de la maladie (ans)	48
FR (+)	17
Erosions (+)	25

Tableau 2: Données cliniques, biologiques et indice d'activité de la maladie

Nombre d'articulation douloureuse (moyenne)	11
Nombre d'articulation tuméfiée (moyenne)	4
VS moyenne	41
DAS28 standard moyen	5,31
Nombre moyen synovites objectivé à l'échographie	4
DAS28 US (moyen)	5,32

Discussion:

L'échographie doppler est un moyen d'exploration assez séduisant par son caractère non irradiant, non invasif et non coûteux. Elle a démontré une bonne reproductibilité et une meilleure sensibilité que l'examen clinique à détecter la synovite, la ténosynovite et l'épanchement articulaire [1]. Par analogie au DAS 28 classique, Naredo et col ont proposé un DAS 28 échographique combinant les mesures échographiques, le nombre d'articulations douloureuses, EVA douleur et la VS et/ou la CRP [1,2]. Conformément aux données de la littérature, notre étude avait retrouvé une corrélation entre le DAS28 standard et le DAS28 US. Une étude multicentrique randomisée qui avait comparé plusieurs indices dont le DAS28 standard et le DAS28 US avait montré que le DAS28 US avait des propriétés métrologiques au moins aussi bonne que son homologue clinique [3]. Par ailleurs, Notre étude avait mis en évidence un écart minime non significatif entre le DAS 28 standard et le DAS 28 US. Des études à plus grande échelle seraient nécessaires pour confirmer ce résultat.

Conclusion: L'échographie a démontré son utilité dans l'évaluation de l'activité et le suivi thérapeutique de la PR. Dans notre étude, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre le DAS28 standard et son homologue échographique. Par ailleurs, il existait une corrélation très élevée entre les deux.

Références: [1] N Seknaji, Rev Mar Rhum 2013; 24: 12-9

[2] Naredo E, Arthritis Care Res 2013; 65 : 512-7

[3] P Mandl, Arthritis Care & Research 20013;65: 879-87



Pneumopathie infiltrante diffuse révélatrice de polyarthrite Rhumatoïde

W. Triki; A. Ben Tekaya; O. Saidane; R. Tekaya; I. Mahmoud; L. Abdelmoula

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie auto-immune avec multiples manifestations extra-articulaires dominées, après les nodules rhumatoïdes, par l'atteinte pulmonaire pouvant mettre en jeu le pronostic vital. La pneumopathie infiltrante diffuse (PID) est rencontrée souvent à la phase d'état mais peut être un mode de révélation de la PR dans moins de 10% des cas. Il y a peu de données concernant les atteintes pulmonaires révélatrices de PR. Nous rapportons trois observations de PID révélatrice de PR.

Matériels et méthodes:

Etude rétrospective, descriptive menée dans un milieu rhumatologique entre 2012 et 2017, ayant recueillis les patients atteints de PR selon les critères ACR/EULAR 2009 révélée par une PID. Pour chaque patient, nous avons relevé les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, radiologiques, la prise en charge thérapeutique.

Résultats:

Parmi les 42 patients de PR et ayant une atteinte respiratoire, 12 patients avaient une PID.

Tableau 1: Certaines caractéristiques et paramètres de sévérité de la PR

paramètres	valeurs
Âge moyen	68 ans
Âge de début de la PR	63,3 ans
FR	66,6%
ACPA	66,6%
Délai d'apparition de la PR% PID	4,66ans
DAS28	5,3

Toutes les patientes présentaient un syndrome restrictif moyen aux explorations fonctionnelles respiratoires (EFR). Une seule patiente avait bénéficié d'un lavage broncho-alvéolaire et qui avait montré un infiltrat inflammatoire à prédominance lymphocytaire. Toutes les patientes avaient bénéficié d'une exploration par imagerie. La radiographie de thorax était normale chez la patiente ayant un intervalle PID-PR de 1an; et elle avait montré un syndrome interstitiel chez les deux autres

Figure 1: Répartition des patientes selon les anomalies scannographiques



La PR était traité par Salazopyrine dans tous les cas. Pour l'atteinte respiratoire, une corticothérapie par voie générale était prescrite dans deux cas et par voie inhalée dans 1 cas avec une bonne évolution.

Conclusion:

Comment ne pas méconnaître une PR devant une PID ? La démarche diagnostique est essentiellement clinique, aidée par quelques examens biologiques essentiels. La recherche clinique et biologique devra être renouvelée lors du suivi dans les mois et les années suivantes afin de dépister des formes initialement idiopathiques et secondairement rattachées à un contexte donné.



Atteinte du rachis cervical inférieur au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Maatallah k, Habechi M, Rekik M, kaffel D, Ferjeni H, Hamdi W, Kchir MM

Service de rhumatologie, Institut Mohamed Kassab d'orthopedie, Manouba, Tunisie

Introduction :

L'atteinte du rachis cervical haut est la complication rachidienne la plus fréquente et la plus redoutable au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR). L'atteinte du rachis cervical inférieur (RCI) est moins fréquemment retrouvée et est peu étudiée. Le but de notre étude était de déterminer les particularités cliniques et paracliniques de cette atteinte.

Méthodes:

- Etude descriptive rétrospective portant sur les patients atteints de PR (critères ACR) et ayant bénéficiés d'une IRM rachidienne, colligés en milieu rhumatologique entre janvier 2006 et Aout 2017.
- Les données cliniques (signes fonctionnels, signes neurologiques) et radiologiques (radiographies standard et IRM du rachis cervical) ont été recueillies.

Résultats:

- 13 patients ont été colligés, dont 9 femmes (70%), âgés en moyenne de 63 ans (51-75 ans).
- Durée moyenne d'évolution de la PR: 6 ans.
 - Tous les patients étaient sous traitement de fond avec une bonne observance dans 46% des cas.
 - Signes fonctionnels:** 12 patients symptomatiques au niveau du rachis cervical: cervicalgie inflammatoire (8 cas) et de névralgie cervico- brachiale C6 (3 cas).
 - Examen physique:** limitation douloureuse du rachis cervical (5 cas) et syndrome pyramidal (7 cas).
 - La radiographie standard du rachis cervical:** ne montrait pas d'anomalie au niveau de RCI dans tous les cas.
 - Une **IRM** a été demandée pour suspicion de luxation athloïdo-axoïdienne dans 9 cas, une suspicion de myélopathie cervicarthrosique dans 3 cas et pour dorsalgie dans un cas.
 - Les résultats de l'IRM sont détaillés dans le tableau ci-dessous:

	% des patients
Discite inflammatoire (C5-C6)	30%
Anté-listhésis C4	7%
Erosions des corps vertébraux(C5 C6 C7)	7%
Bloc vertébral (C4-C5)	15%
Saillies et/ou barres disco-ostéophytiques (C4-C5,C5-C6)	92%

Discussion :

Le rachis cervical inférieur au cours de la PR peut être atteint à un ou plusieurs étages. Le tableau clinique est polymorphe, allant de la simple cervicalgie à la compression médullaire; sans parallélisme radio-clinique. Les formes asymptomatiques sont assez fréquentes.

-L'atteinte cervicale rhumatoïde inférieure est dominée par les subluxations antérieure et les spondylodiscites inflammatoires qui touchent le plus souvent l'étage C4-C5 et qui peut évoluer vers un anté-listhésis avec un retentissement médullaire qui paraît moindre à ce niveau, mais peut survenir si la dislocation est importante. Dans notre étude, la moitié de nos patients ont souffert d'un syndrome pyramidal.

-Les saillies et/ou barres disco-ostéophytiques ont été retrouvés chez 92% des patients. Ainsi, la différenciation des couples arthrosique et rhumatismales est parfois très difficile.

Conclusion:

L'atteinte du rachis cervical bas est loin d'être rare au cours de la PR et semble être dominée par l'atteinte d'origine dégénérative. Une prise en charge spécifique doit être effectuée pour améliorer la qualité de vie de ces patients.



Qualité de vie et retentissement professionnel de la polyarthrite rhumatoïde

Borgi O, Jguirim M, Ben Chekaya N, Miri S, Beltaifa M, Miri S, Zrouf S, Bejia I, Touzi M, Bergaoui N

Service de Rhumatologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction :

• La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent entraînant une destruction articulaire progressive avec des répercussions fonctionnelles, sociales, psychologiques et professionnelles importantes.

• Le but de notre travail était d'étudier le retentissement professionnel de la PR et d'étudier son impact sur la qualité de vie des sujets en est atteints.

Patients et méthode :

• Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique portant sur des patients atteints de PR et diagnostiqués au service de Rhumatologie du CHU Fattouma Bourguiba Monastir selon les critères EULAR 2010.

• Les arrêts de travail et la capacité de travail d'une part et la qualité de vie d'autre part étaient évalués respectivement par le WHO-HPQ, le WAI et le HAQ.

Résultats :

• La moitié de nos malades ont arrêtés définitivement leur activité professionnelle à cause de leur maladie.

• L'abandon du travail était retrouvé dans 12 cas (soit 48%), il est volontaire dans 11 cas (44%) et à la suite d'un licenciement économique dans 1 cas (4%). Une mise en invalidité a été constatée dans 7 cas (28%) (Figure n°1).

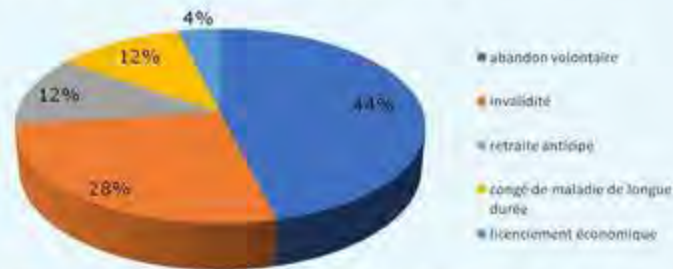


Figure 1 : Répartition de la population d'étude en fonction de la cause d'arrêt de travail

- La majorité de ces arrêts sont survenus à 5 ans d'évolution de la maladie.
- Une absence au travail a été observée dans 84%, elle était estimée à 38 heures par mois. Utilisant le WHO-HPQ, l'absentéisme relatif moyen au cours des 4 dernières semaines était à 20% et le présentéisme relatif moyen était de 70%. Les facteurs prédictifs d'arrêt de travail étaient le moyen de transport entre le lieu de résidence et celui de travail, le secteur d'activité, la catégorie professionnelle, la VS et la présence de coxopathie.
- Les patients en activité professionnelle avaient une moyenne de score WAI 28, 80% d'entre eux avaient une capacité de travail faible à modérée. Les facteurs prédictifs d'une mauvaise capacité de travail étaient le type de profession, l'exposition aux gestes en hyperflexion des poignets et aux gestes répétitifs, un taux d'absentéisme élevé, un taux de présentéisme bas et un score HAQ élevé.
- La qualité de vie de nos patients était altérée. En effet, la moyenne du score HAQ était 1,65. Il était supérieur à 0,5 chez 88% des cas les classant comme porteurs d'un handicap physique sévère (Figure2).

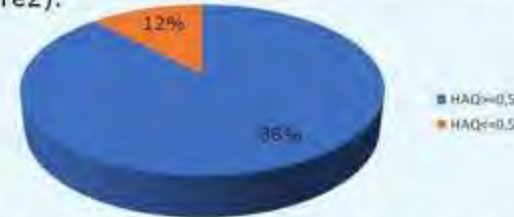


Figure 2: Répartition de la population d'étude en fonction du HAQ

- Les facteurs prédictifs d'une mauvaise qualité de vie étaient la présence de déformation articulaire et score WAI bas.

Discussion et conclusion :

• Nos résultats ont montré une capacité de travail plus altérée et un handicap physique plus sévère que celui observé dans d'autres pays. En plus des facteurs prédictifs d'arrêt de travail trouvés dans notre étude, certains auteurs insistent sur l'âge, le niveau d'instruction, les contraintes physiques et psychosociales.

• Un prolongement possible de ce travail pourrait être la poursuite de l'étude sur une période plus longue pour augmenter la taille de l'échantillon et pour augmenter la puissance statistique des résultats et vérifier la validité du WAI et du WHO-HPQ dans la PR.



Rhumatisme inflammatoire chronique et néoplasie : association fortuite ?

Rahmouni S, Rekik S, Ben Nessib D, Boussaid S, Jemmali S, Cheour E, Sehli H, El Euch M

service de rhumatologie , hôpital La Rabta

Introduction :

Des études récentes ont montré une prévalence accrue des néoplasies chez les patients présentant un rhumatisme inflammatoire chronique (RIC) Ce risque pourrait être plus important chez les patients exposés aux agents anti-TNF. L'objectif de cette étude est d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs de l'association des néoplasies aux RIC

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective portant sur 7 cas néoplasie chez des patients suivis pour RIC colligés dans un service de rhumatologie sur une période de 10 ans de 2000 à 2014

Résultats:

Tableau 1 : Caractéristiques des patients:

Homme /femme	5/2
L'âge au moment de diagnostic de la néoplasie, ans	53
Polyarthrite rhumatoïde, n :	5
Durée moyenne d'évolution, mois	134
DAS28 moyen	5,13
Spondyloarthrite ankylosante,n	2
Durée moyenne d'évolution, mois	90
BASDAI moyen	4,32
Antécédents familiaux de néoplasie, n	0
Tabagisme, n	3
Hépatite B, n	1

- Trois patients étaient sous methotrexate pendant une durée moyenne de 92 mois.
- Deux patients étaient sous biothérapie : lAdalimumab (5mois), Etanercept (14 mois) et Tocilizumab (14 mois)

Tableau 2: répartition des néoplasies:

Néoplasie	N
Pulmonaire	3
Mammaire	1
Cérébrale	1
Adénocarcinome du colon	1
Carcinome hépatocellulaire	1

- Les 3 patients ayant une néoplasie pulmonaire étaient des hommes , deux d'entre eux étaient tabagiques (40 PA) .
- La découverte était fortuite à la radiographie du thorax réalisée de façon systématique.
- L'évolution était favorable dans 85,71 % des cas,
- Deux patients avaient une localisation secondaire :
Néoplasie mammaire avec métastases osseuses
Carcinome hépatocellulaire avec carcinose péritonéale et métastases pulmonaires.
- Le patient porteur du carcinome hépatocellulaire est décédé dans un tableau d'état de choc septique.
- La découverte de la néoplasie a imposé l'arrêt du methotrexate dans 3 cas, on a eu recours au Rituximab dans 2 cas devant la forte activité de la polyarthrite rhumatoïde

Conclusion :

Un cancer sur six est causé par des conditions d'inflammation chronique, ce risque est majoré par les traitements immunosuppresseurs qui constituent un pilier du traitement de fond des rhumatismes inflammatoires chroniques
Des études au long cours de large cohorte sont nécessaires afin de définir les facteurs de risque pour les néoplasies.



Evaluation échographique du nerf médian au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Ben Abdelghani K, Boussaa H, Fazaa A, Miladi S, Ouenniche K, Kassab S, Chekili S, Laatar A

Service de rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunisie

Introduction:

Le syndrome du canal carpien (SCC) est plus fréquemment retrouvé chez les patients souffrants d'une polyarthrite rhumatoïde (PR) par rapport à des sujets témoins et ce d'autant plus qu'ils possèdent des facteurs de risque de cette pathologie.

Bien que le mécanisme de la lésion soit une compression, on constate à l'échographie que la surface de la section transversale du nerf médian est augmentée de volume et que sa mesure présente une bonne corrélation avec l'étude de la conduction nerveuse.

➤ L'objectif de cette étude était de rechercher, à l'aide de l'échographie, un SCC chez des patients suivis pour une PR.

Méthodes:

Il s'agit d'une étude transversale colligeant de façon consécutive des patients suivis pour une PR répondant aux critères ACR/EULAR 2010.

Un examen physique a été pratiqué chez tous les patients recherchant un SCC clinique puis un examen échographique a été réalisé par un rhumatologue expérimenté, en aveugle des données cliniques, utilisant un appareil de type Esaote MyLab 60 avec une sonde de balayage linéaire de 6-18 MHz.

La limite pour le diagnostic échographique de SCC était fixée à 10 millimètres carrés (mm²) de surface de la section transversale du nerf médian.

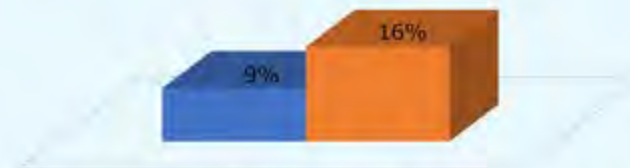
Le seuil de significativité p était fixé à 0,05.

Résultats:

- Quarante-quatre nerfs médians ont été évalués
- 21 femmes et 1 homme, avec un âge moyen de 57 ans [29-82]
- PR évoluant depuis en moyenne 11 ans [3-28]
- Deux patientes étaient sous contraceptifs oraux et deux autres étaient suivies pour une hypothyroïdie sous Lévothyroxine
- Les valeurs moyennes des scores DAS28 (vs) et DAS28 (crp) étaient respectivement de 3,85 [2,58-5,41] et 3,21 [2,68-4,03]
- Le graphique 1 montre le pourcentage de SCC suspecté par examen clinique versus par échographie.

Graphique 1: SCC à l'examen clinique versus à l'échographie

■ Examen clinique ■ Echographie



- A l'échographie, la surface de la section transversale du nerf médian était de 8mm² en moyenne [5-15]
- Une ténosynovite des fléchisseurs communs des doigts était notée dans un seul cas.
- Aucune relation n'a été retrouvée entre la symptomatologie clinique et la surface de la section transversale du nerf médian
- Une corrélation statistiquement significative a été retrouvée entre cette valeur et le score DAS28 (p=0,039).
- Aucun lien n'a été retrouvé entre la mesure de cette surface d'une part et l'âge (p=0,960), les facteurs de risque (p=0,225) ou la durée d'évolution de la PR (p=0,263) d'autre part.

Discussion/Conclusion:

Dans notre étude, 16% avaient un SCC à l'échographie.

Ce résultat est conforme aux données de la littérature. Omer Karadag et al ont trouvé une prévalence de 17% du SCC échographique parmi les patients atteints d'une PR [1].

Cependant, aucune corrélation entre les données cliniques et échographiques n'a été retrouvée dans ce travail probablement en raison du faible effectif.

Une confrontation aux données de l'électromyogramme serait nécessaire.

Référence:

1. Omer Karadag et al. Sonographic assessment of carpal tunnel syndrome in rheumatoid arthritis: prevalence and correlation with disease activity. Rheumatol Int 2012;32:2313-2319.

Atteinte de l'articulation sterno-claviculaire au cours de la polyarthrite rhumatoïde : évaluation clinique et échographique d'une articulation négligée

Ben Abdelghani K, Boussaa H, Miladi S, Fazaa A, Ouenniche K, Kassab S, Chekili S, Laatar A

Service de rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunisie

Introduction:

L'articulation sterno-claviculaire peut être touchée au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) ; cependant, son atteinte semble être sous-estimée par les rhumatologues.

Les objectifs de ce travail étaient de:

- déterminer la prévalence de l'atteinte de l'articulation sterno-claviculaire au cours de la PR
- évaluer la relation éventuelle entre les signes cliniques et échographiques.

Méthodes:

Il s'agit d'une étude transversale incluant de façon consécutive des patients suivis pour une PR répondant aux critères ACR/EULAR 2010.

Un examen clinique des articulations sterno-claviculaires a été pratiqué chez tous les patients ainsi qu'un examen échographique utilisant un appareil de type Esaote MyLAB 60 avec une sonde de balayage linéaire de 6-18 MHz par un rhumatologue expérimenté en aveugle des données cliniques.

Les lésions élémentaires suivantes étaient recherchées : érosions, ostéophytes, calcifications, synovites et présence d'un signal Doppler.

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

Résultats:

- 50 articulations sterno-claviculaires évaluées
- 24 femmes et 1 homme avec un âge moyen de 57 ans [29-82]
- PR évoluant depuis en moyenne 12 ans [3-29]
- Une corticothérapie était utilisée chez 80% des patients avec une dose journalière moyenne de 7 milligrammes
- Tous les patients étaient sous un traitement de fond : Methotrexate (n=16), Sulfasalazine (n=2), Leflunomide (n=3), Tocilizumab (n=6), Etanercept (n=1) et Infliximab (n=1)
- Le scores d'activité moyens était de 3,73 pour le DAS28 (vs) et de 3,08 pour le DAS28 (crp).
- Le diagramme 1 montre le pourcentage d'atteinte des articulations sterno-claviculaires à l'examen clinique versus à l'échographie.

Diagramme 1: Atteinte des articulations sterno-claviculaires à l'examen clinique versus à l'échographie



- Les lésions élémentaires retrouvées à l'échographie sont représentées dans le diagramme 2.

Diagramme 2: Pourcentage des lésions élémentaires retrouvées à l'échographie

■ Erosions ■ Ostéophytes ■ Synovites ■ Signal Doppler ■ Calcifications



- Une corrélation statistiquement significative a été retrouvée entre la symptomatologie clinique et la présence de calcifications à l'échographie ($p=0,018$)
- Aucune relation n'a été retrouvée pour les autres lésions élémentaires : synovites ($p=0,589$), érosions ($p=0,830$) et ostéophytes ($p=0,830$)
- Aucun lien n'a été objectivé entre le score d'activité DAS28 (vs) et la présence d'un signal Doppler ($p=0,146$).

Discussion/Conclusion:

Notre travail montre que l'échographie articulaire détecte, avec une meilleure sensibilité que l'examen clinique, l'atteinte sterno-claviculaire qui serait assez fréquente au cours de la PR.

Rodriguez-Henriquez et al avaient trouvé ce même résultat. Ils ont aussi montré que les lésions élémentaires retrouvées à l'échographie étaient plus fréquentes que chez des sujets témoins, avec une corrélation positive entre le DAS28 et la présence d'une synovite et d'un signal Doppler [1]

Une étude cas témoins, comportant une étude radiographique, avec un effectif plus important est nécessaire afin de mieux déterminer le rôle de l'inflammation systémique dans cette atteinte.

Référence:

1. Rodriguez-Henriquez et al. Sternoclavicular Joint Involvement in Rheumatoid Arthritis: Clinical and Ultrasound Findings of a Neglected Joint. Arthritis Care & Research 2013;65:1177-1182.



Caractéristiques cliniques et biologiques de la PR : Corrélation avec la présence du syndrome métabolique

Miri S.¹, Jguirim M.¹, Borji O.¹, Ben Ltaifa M.¹, Ben Chekaya N.¹, Fakhfakh R.¹, Zrour S.¹, Bejia I.¹, Touzi M.¹, Klii R.², Bergaoui N.²

¹ Service de Rhumatologie, CHU Fattouma-Bourguiba, Monastir, Tunisie

² Service de Médecine Interne, CHU Fattouma-Bourguiba, Monastir, Tunisie

Introduction

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une polyarthrite symétrique déformante et destructrice touchant les articulations périphériques et conduisant à une incapacité, une morbidité et une mortalité élevée. La prévalence du syndrome métabolique (SM) au cours de la PR semble être élevée mais reste incertaine, suggérant que l'inflammation systémique et la thérapeutique peuvent y contribuer. L'objectif de notre travail était d'étudier la corrélation entre les caractéristiques cliniques et biologiques de la PR et la présence du syndrome métabolique.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude transversale qui porte sur les patients atteints de PR, colligés au sein du service de rhumatologie du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir. Cette étude s'est étalée sur une période de 6 mois. Nous avons inclus tout patient atteint de PR avec un diagnostic établi selon les critères de l'ACR 1987 ou les critères ACR/EULAR 2010. Le syndrome métabolique a été retenu selon 3 définitions : National Cholesterol Education Program/Adult Treatment Panel III 2005 (NCEP/ATP III 2005), International Diabetes Federation 2005 (IDF 2005), and American Association of Clinical Endocrinologists 2003 (AAACE 2003).

Résultats

Dans notre population, une large prédominance féminine était notée (88,3 %) avec un sexe ratio=0,13. L'âge moyen de nos patients était de 55,4 ± 1,54 ans. La durée moyenne d'évolution de la PR était de 9,70 ± 8,19 ans (0-36 ans).

Paramètres sociodémographique	SM Présent	SM Absent	P
Age moyen	58,07 ans	53,16 ans	0,05
Sexe féminin n(%)	24 (40%)	29 (48,3%)	0,90
Activité professionnelle n(%)	8 (12,7%)	16 (25,4%)	<0,001
Activité physique	3 (4,8%)	4 (6,3%)	0,005

Résumé des caractéristiques sociodémographique de la population étudiée atteinte de PR selon la présence ou non du SM (définition NCEP/ATP III 2005)

Caractéristiques cliniques et biologiques	SM Présent N=27	SM Absent N=33	P	Caractéristiques cliniques et biologiques	SM Présent N=27	SM Absent N=33	P
Durée d'évolution de la PR(moyenne)	11,4 ans	8,32 ans	0,164	Durée d'évolution de la PR(moyenne)	11,4 ans	8,32 ans	0,164
VS(1ère heure)(moyenne)	68,89 mm	53,81 mm	0,042	VS(1ère heure)(moyenne)	68,89 mm	53,81 mm	0,042
CRP(moyenne)	40,55 mg/L	17,66 mg/L	0,018	CRP(moyenne)	40,55 mg/L	17,66 mg/L	0,018
FR positif n(%)	14 (23,3%)	19(31,7%)	0,44	FR positif n(%)	14 (23,3%)	19(31,7%)	0,44
Anti CCP n(%)	15(25,4%)	15(25,4%)	0,39	Anti CCP n(%)	15(25,4%)	15(25,4%)	0,39

Caractéristiques cliniques et biologiques de nos PR selon la présence ou non de SM (définition NCEP/ATP III 2005)

Analyse des différents traitements utilisés au cours de la PR chez nos patients selon la présence ou non du SM

→ En analyse multi variée, quatre facteurs prédictifs de survenue du SM au cours de la PR ont été identifiés notamment l'activité de la PR (DAS28), la prise de la corticothérapie à dose importante, la non prise du Méthotrexate et la non prise des APS.

Conclusion

Notre étude suggère que le SM est fréquent chez les patients âgés ayant une PR active et sévère, impliquant le rôle de l'inflammation chronique dans le développement de ce syndrome. La corticothérapie à doses élevées, les AINS et l'hyperuricémie semblent être associés à un risque accru de SM. La prise du Méthotrexate semble diminuer la prévalence de ce syndrome. Nos résultats concordent avec ceux des principales séries de la littérature.



Profil des comorbidités cardiovasculaires au cours des spondyloarthropathies et de la polyarthrite rhumatoïde

Ben Chekaya N.1, Jguirim M.1, Borgi O.1, Miri S.1, Fakhfekh R.1, Ben Letaifa M.1, Zrou S.1, Bejia I.1, Touzi M.1, klii R.2, Bergaoui N.1

1Service de Rhumatologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir (Tunisie)

2Service de Medecine Interne CHU Fattouma Bourguiba Monastir (Tunisie)

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) et les spondyloarthropathies (SPA) représentent les deux rhumatismes inflammatoires les plus fréquents. Une meilleure connaissance de l'évolution de ces maladies a mis en exergue l'importance, à côté du rhumatisme, d'autres affections que l'on appelle comorbidités, en particulier les comorbidités cardiovasculaires(CV). L'objectif de ce travail est de déterminer le profil de cette comorbidité pour les deux maladies.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective mono-centrique menée dans le service de rhumatologie de l'Hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir entre Janvier 2000 et Janvier 2014, portant sur deux populations différentes : soit 111 dossiers de patients atteints de PR et 160 dossiers de patients hospitalisés pour SPA.

Résultats :

Pour les SPA :

Les patients se répartissent en 117 hommes (73 %) et 43 femmes (27 %) soit un sexe ratio de 2,7. L'âge moyen est 37,5 ans \pm 13,5 avec des extrêmes allant de 13 à 78 ans. La comorbidité cardiovasculaire était la comorbidité la plus fréquente dans notre population observée chez 21 patients (13,12 %) : Les principales comorbidités trouvées sont décrites dans le tableau suivant:(figure n° 1)

Comorbidités cardiovasculaires	Nombre de patient	Pourcentage (%)
HTA	9	5,6
Insuffisance cardiaque	2	1,25
Cardiopathie ischémique	3	1,87
Atteintes cardiaques spécifiques	6	3,75

Figure n°1:

Les principales comorbidités CV des patients atteints des Patients atteints de SPA

Les anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ont été prescrits dans 129 cas soit 80,6 % des cas et les corticoïdes dans 34,4 % des cas.

Pour la PR:

C'est une population caractérisée par une nette prédominance féminine avec un sexe-ratio de 0,15 : soit 85% femmes et 15% hommes. L'âge moyen était de 51 \pm 14,9 ans avec des extrêmes allant de 18 ans à 80 ans.

Quatre-vingt-et-onze patients soit 82% de notre population avaient reçu des anti-inflammatoires non stéroïdien et cent-cinq patients soit 94,6% avaient reçu un traitement par la prednisone.

Un antécédent cardiovasculaire était présent chez 33 patients soit dans 29,7% des cas : Les Antécédents cardio-vasculaires sont présentés dans le tableau suivant: (figure n°2)

Antécédent cardio-vasculaires	Effectif	Pourcentage (%)
HTA	18	16,2
Insuffisance cardiaque	6	5,4
Infarctus du myocarde	1	0,9
Angine de poitrine	-	-

Figure n°2: Les principales Comorbidités CV des patients Atteints de PR

Conclusion:

Le profil des comorbidités cardiovasculaires est similaire au cours de la PR et des SPA avec une nette prédominance de l'HTA et de l'insuffisance cardiaque au cours de la PR.



Evaluation du risque de chute dans la polyarthrite rhumatoïde

Fakhfakh R¹, Jguirim M¹, Borgi O¹, Belltaifa M¹, BenChekaya N¹, Miri C¹, Zrour S¹, Béjia I¹, Touzi M¹, Klii R², Bergaoui N¹

1-Service de rhumatologie – CHU Fattouma Bourguiba Monastir(Tunisie)

2-Service de médecine interne– CHU Fattouma Bourguiba Monastir(Tunisie)

Introduction:

Les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde(PR) ont un risque accru de chute, du fait de la fréquence de la faiblesse musculaire, des gonflements et des raideurs articulaires. Notre objectif était de déterminer la prévalence des chutes et les facteurs associés au risque de chute.

Patients et méthodes:

Etude transversale incluant les patients ayant une PR répondant aux critères ACR/EULAR 1987ou 2010, sur une période de 1mois en 2018. Les données sociodémographiques, l'activité de la maladie, le retentissement fonctionnel évalué par le Health Assessment Questionnaire (HAQ) ont été recueillis. Le nombre de chutes a été précisé pendant les 12 derniers mois. Le risque de chute a été évalué par les tests suivants : test d'appui unipodal(TAU) timed get up and go test (TUG) et test de poussée sternale(TPS).

Résultats:

- Quarante patients ont été colligés, d'âge moyen de 55,8ans±14,3 et de sexe ratio (H/F) à 0,14.
- La PR évoluait en moyenne de 13, 27 ans±9,13.
- Le DAS28 moyen était de 4,56±1,19 et l'HAQ moyen était de 0,77±,74.
- Une coxite était présente chez 22,5% des patients et une gonarthrose secondaire chez 25% des patients
- Le facteur rhumatoïde était positif dans 73,5% et les anticorps anti protéines citrullinées étaient présents dans 76,5% des cas.
- La fréquence de chute par an était à 40% : 1chute/an dans 25% des cas et ≥2chutes/an dans 15% des cas.
- Un antécédent de fracture était trouvé dans 10% des cas et de luxation dans 7,5% des cas.

• Pour le TUG, TAU et TPS, un risque de chute était objectivé dans 45%, 35% et 32,5% des cas, respectivement.

• En analyse univariée, aucun des paramètres étudiés n'était associé aux antécédents de chutes. Le risque de chute (évalué par le TAU et le TUG) était associé significativement avec l'âge ($p \leq 0,01$), l'atteinte des hanches et surtout les genoux ($p < 0,05$) et le DAS28 ($p \leq 0,02$). Le risque de chute évalué par le TAU était associé significativement à l'indice articulaire ($p = 0,002$), à l'évaluation globale de la maladie(EGP) ($p = 0,005$) et le HAQ ($p = 0,015$).

Discussion:

Dans la littérature, l'incidence des chutes rétrospectives s'étend de 10-43%, l'incidence des chutes est indépendante de l'âge. Huit variables ont été examinées, par Hayashibara et al, entre groupe chuteur ou non, parmi lesquels: Synovites, destructions articulaires, prise des antihypertenseurs ou les diurétiques, le temps de l'appui monopodal, périmètre de marche et qui étaient un facteur de risque indépendant.

Conclusion:

Nos résultats montrent que le risque de chute est associé avec l'âge, l'atteinte de la hanche et du genou mais pas celle du pied, ainsi que l'indice articulaire, l'EGP, l'HAQ et le DAS28.



L'observance thérapeutique dans la polyarthrite rhumatoïde chez des patients du centre Tunisien

Fakhfakh R¹, Jguirim M¹, Borgi O¹, Belltaifa M¹, BenChekaya N¹, Miri C¹, Zrouf S¹, Béjia I¹, Touzi M¹, Klli R², Bergaoui N¹
1-Service de rhumatologie – CHU Fattouma Bourguiba Monastir(Tunisie)
2-Service de médecine interne– CHU Fattouma Bourguiba Monastir(Tunisie)

Introduction:

La prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde(PR) nécessite une bonne observance aux traitements de fond afin d'atteindre la rémission et éviter les dommages articulaires. Notre objectif était de décrire l'observance thérapeutique des patients selon les caractéristiques sociodémographique, clinico-biologique et thérapeutiques de la PR.

Patients et méthodes:

Etude transversale descriptive menée sur les patients ayant une PR répondant aux critères EULAR/ACR1987et/ou 2010. On a recueilli les données socio démographiques, clinico-biologique et thérapeutiques des patients. L'observance thérapeutique a été évaluée par la version française validée par Girerd et al du questionnaire de Morisky-Green: si score=0 : bonne observance, 1ou2 : minime problème d'observance, ≥3 : mauvaise observance. Ce questionnaire était proposé aux patients venant à la consultation externe de rhumatologie sur une période de 1mois en 2018.

Résultats:

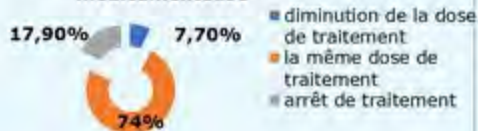
•On a inclus 39 patients, 34 femmes et 5 hommes, d'âge moyen de 55,76 ans ±14,47 et une durée moyenne d'évolution de la PR de 13, 23 ans ±9,25. Le DAS28 moyen était à 4,47±1,2. Une activité modérée et sévère de la PR était trouvée, respectivement, dans 55,3% et 34,2% des patients.

•L'observance thérapeutique était : bonne dans 20,5% des cas, mauvaise dans 38,5 % des cas et 41% des patients avaient un minime problème d'observance(Tableau1).

•Un arrêt du traitement de fond et une diminution de la dose était notée dans 17,9% et 7,7% des cas respectivement(Figure2)

•Les causes de mauvaise observance thérapeutiques étaient : la non disponibilité du traitement : 24,1%, l'oubli : 20,7%, des effets indésirables : 17,2%(Tableau1)

Figure2: modalité de la prise médicamenteuse



Score de Girerd	bonne observance thérapeutique	20,5%
Cause de mauvaise observance	Minime problème d'observance,	41%
	Mauvaise observance,	38,5 %
	Indisponibilité du médicament	24,1%
	Effet indésirable	20,7%
	Oubli	17,2%
	Traitement contraignant	17,2%
	Impression d'inefficacité	6,9%

Tableau1: l'observance thérapeutique

•La présence du diabète, l'arrêt de corticoïdes, le traitement par biothérapie étaient significativement associées à une bonne observance thérapeutique. L'indice synovial et le DAS28 étaient significativement plus élevés chez les non observants.

Conclusion:

Nos résultats suggèrent un défaut majeur d'observance aux traitements de fonds malgré l'efficacité de ces traitements. Parmi les comorbidités seule la présence de diabète a été associée à l'observance. L'indice synovial et le DAS28 sont également associés. Ces résultats ne nous permettent pas en pratique de cibler les patients à risque mais on peut imaginer que d'autres aspects déterminent d'avantages les comportements d'observance dans une démarche globale d'adhésion thérapeutique.



Les déformations de l'avant Pied au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Fakhfakh R, Zrou S, Jguirim M, Béjia I, Touzi M, Bergaoui N
Service de rhumatologie - CHU Fattouma Bourguiba Monastir(Tunisie)

Introduction:

Les déformations de l'avant-pied (AP) telles que l'hallux valgus, la subluxation ou la luxation au niveau des articulations métatarsophalangiennes (MTP) ont été signalées dans 40 à 80% des cas dans la polyarthrite rhumatoïde (PR). Notre objectif était de déterminer la fréquence et les caractéristiques de ces déformations.

Patients et méthodes:

Etude rétrospective portant sur 52 patients, pris au hasard, atteints de PR, répondant aux critères ACR1987/EULAR2010, hospitalisés au service de Rhumatologie du CHU Fattouma Bourguiba Monastir(Tunisie) entre 2012 et 2018. Les angles de l'avant pied (P1M1, M1M2, M1M5) ont été calculés à partir des clichés de face des 2 avant-pieds et on a étudié la corrélation entre les angles de l'AP avec l'activité de la maladie et sa sévérité.

Résultats:

- L'âge moyen était de $52,8 \pm 15,18$ ans et le sexe ratio à 0,21. La PR évoluait en moyenne depuis $7,77 \pm 10,76$ ans.
- Les déformations de l'avant pied étaient objectivées chez 45,7% des patients.
- Parmi ces déformations, l'hallux valgus était rapporté dans 26,9 % des cas, la griffe des orteils dans 19,2% des cas, un quintus varus dans 15,4% des cas, un étalement de l'avant pied et un effondrement de l'arche interne dans 12% des cas, un avant-pied triangulaire dans 12% des cas et un coup de vent fibulaire des orteils dans 11,5%.
- Les déformations radiologiques de l'avant-pied étaient trouvées dans 71,2% des patients, la plus fréquente était le métatarsus varus à 55,8% (médiane M1M2=15[12-25]), suivie par l'hallux valgus à 38,5% (médiane P1M1= 30[25-55]) puis l'étalement de l'avant-pied à 13,5% (médiane M1M5= 45[38-60]).

•Aucune déformation de l'avant pied n'avait été corrélée aux paramètres d'activité de la PR. Une corrélation positive significative a été trouvée entre l'hallux valgus et le score de Sharp radiologique du pied (érosion : $r=0,67$, pincement : $r=0,7$, score global : $r=0,6$; $p<0,01$) et une faible corrélation positive significative entre le métatarsus varus et le score de Sharp radiologique du pied.

Aucune corrélation n'a été trouvée entre l'étalement de l'AP et le score de Sharp. L'analyse univariée a montré aussi qu'il existe une association significative entre la présence d'hallux valgus et les manifestations extra articulaires de la PR, l'ancienneté de la maladie, l'étalement de l'avant pied et le taux de FR.

Discussion:

•La fréquence des déformations cliniques et radiographiques de tout le pied était trouvée dans 96,2% des cas dans la PR. Elle est aussi fréquente qu'au niveau de l'avant pied ou elle a atteint 71,2% de nos patients, ce résultat est concordant avec la littérature car Les déformations caractéristiques de l'avant-pied tel que l'hallux valgus, les dislocations et les subluxations au niveau des MTP des petits orteils étaient reportés dans 40-80% des cas. L'atteinte de l'avant-pied était associée significativement à une altération de la qualité de vie quotidienne (ADL) et le pronostic fonctionnel(HAQ).

Conclusion:

•Les déformations de l'avant pied étaient fréquentes, dominées par le métatarsus varus et elles étaient associées à la destruction articulaire.



Retentissement psychologique et fonctionnel de la coxite au cours de la PR

Fakhfakh R¹, Jguirim M¹, Borgi O¹, Belltaifa M¹, BenChekaya N¹, Miri C¹, Zrour S¹, Béjia I¹, Touzi M¹, Klii R², Bergaoui N¹

1-Service de rhumatologie – CHU Fattouma Bourguiba Monastir(Tunisie)

2-Service de médecine interne– CHU Fattouma Bourguiba Monastir(Tunisie)

Introduction:

La coxite rhumatoïde doit être systématiquement recherchée, elle est présente chez environ 15 % des patients et atteint particulièrement le pronostic fonctionnel. Notre objectif était de décrire la fréquence et les caractéristiques de la coxite dans la PR et évaluer son retentissement psychologique et fonctionnel.

Patients et méthodes:

Une étude transversale a été menée durant 1mois en 2018, incluant des patients ayant une PR avec ou sans coxite (critères ACR1987ou 2010) non suivis pour des troubles psychiatriques. Le retentissement fonctionnel était évalué par le Health Assessment Questionnaire (HAQ). L'évaluation psychologique était faite par la version arabe de l'échelle Hospital Anxiety and depression scale (HAD).Une symptomatologie anxieuse ou dépressive est certaine si le score ≥ 11 . On a comparé le retentissement psychologique et fonctionnel des patients avec et sans coxite.

Résultats:

•On a inclus 39 patients, d'âge moyen = 55,94ans \pm et de sexe ratio=5/34. La PR évoluait en moyenne de 13,3ans \pm 9,25. L'activité moyenne de la PR (DAS28 VS) était de 4,54 \pm 0,78.

•La coxite était présente chez **20,5%** des patients (8 cas):

- ✓ unilatérale dans 5 cas et bilatérale dans 3 cas
- ✓ toutes des femmes
- ✓ d'âge moyen de 51,25ans \pm 17,75
- ✓ l'indice de Lequesne moyen était de 12,75 \pm 2,43
- ✓L'évaluation globale de la douleur par le patient, le DAS28 moyen et l'HAQ moyen étaient plus élevés chez les patients ayant une coxite($p>0,05$).

•Une symptomatologie dépressive était trouvée dans 30,8% des PR, elle était plus fréquente dans le groupe coxite et Une symptomatologie anxieuse certaine était trouvée dans 33,3% des PR avec une fréquence plus élevée pour le groupe avec coxite (Tableau 1)

	PR avec coxite	PR sans coxite	P
L'évaluation globale de la douleur	5,25 \pm 1,75	5,43 \pm 1,61	>0,05
DAS28 moyen	4,29 \pm 1,53	4,58 \pm 1,12	>0,05
HAQ moyen	0,9 \pm 0,95	0,71 \pm 0,7	>0,05
Symptomatologie dépressive certaine	37,5%	25%	>0,05
symptomatologie anxieuse certaine	50%	28,6%	>0,05

•Un patient a bénéficié d'une prothèse totale de hanche bilatérale et un autre d'une synoviorthèse unilatérale aux corticoïdes.

Conclusion:

La symptomatologie dépressive et anxieuse était plus fréquente chez les PR avec coxite. De même que le retentissement fonctionnel était plus fréquent en présence de coxite.



Association rare polyarthrite rhumatoïde et lichen plan pigmentogène : à propos d'un cas

Feki.A, Akrouit.R, Gassara.Z, Grassa.R, Jriri.S, Ben mejdouba.M, Ezzeddine.M, Bendjemaa.S, Kallel.MH, Fourati.H, Baklouti.S

Service de rhumatologie, CHU Hedi Chaker Sfax, Tunisie

Introduction :

- Le lichen plan pigmentogène (LPP) est une variante rare de LP cutané caractérisée par la présence de lésions lichéniennes hyper pigmentées dans les zones photo-exposées ou dans les plis de flexion.
- Le LPP est fréquent en Inde et au Moyen-Orient. Cette dermatose a été rarement décrite en association avec d'autres maladies et particulièrement la polyarthrite rhumatoïde (PR).
- Nous rapportons le cas d'un LPP associée à une PR nodulaire.

Cas clinique:

- Une femme de 41 ans a été admise au service de rhumatologie
- **Motif:**
 - Elle présentait 4 mois avant son hospitalisation des poly arthralgies inflammatoires touchant de façon bilatérale et symétriques les grosses et les petites articulations épargnant les articulations inter-phalangiennes distales avec une raideur matinale supérieure à 3 heures et des réveils nocturnes multiples.
 - Elle avait signalé en plus l'apparition concomitante de nodosités sous cutanées au niveau de la face d'extension des coudes et des inter-phalangiennes distales.
 - De plus, elle avait rapporté l'apparition 2 mois après de lésions cutanés hyper pigmentés prurigineux touchant le tronc et le visage.
- **L'examen physique:**
 - des polyarthrites touchant les poignets, la 2ème et la 3ème IPP en bilatéral, les coudes, les genoux et les chevilles.
 - des lésions papuleuses hyperchromes touchant les joues, les avants bras, les mains, (fig1) les jambes, les cuisses, le dos et la face dorsale des pieds.
- **Biologie:**
 - Syndrome inflammatoire biologique
 - Facteur rhumatoïde : 3XNL
 - AntiCCP: 10X NL
 - AAN: -
- **Les radiographies des mains:** avaient montré une carpite stade 2 bilatérale. **Une biopsie cutanée** avait confirmé le diagnostic de LPP.
- **Une enquête étiologique entamée pour ce lichen** s'est révélée négative avec des sérologies hépatitiques négatives un bilan thyroïdien normal.
- **Le diagnostic de PR immuno-positive et érosive associée à un LPP est retenu.**



➢ Fig 1: montre les synovites au niveau de la main droite avec les lésions de LPP.

La patiente était mise sous:

- corticothérapie 20 mg/j pendant 7 jours puis dégression avec une dose d'entretien de 10 mg/j associée à un AINS, antihistaminique et à un crème corticoïde.
- **Le méthotrexate était instaurée comme un traitement de la PR et du lichen plan.**
- **Evolution:** A 3 mois de traitement, une amélioration de la symptomatologie articulaire et cutanée a été constatée.

Discussion:

- Le lichen plan et les dermatoses lichénoïdes ont été décrits parmi les effets secondaires cutanéomuqueux du traitement de la PR essentiellement par le leflunomide.
- Ainsi notre cas est original du fait que l'enquête étiologique n'a pas révélé de cause évidente de cette association.

Conclusion:

La myosite focale est une entité rarement rapportée dans la littérature. Sa prise en charge est non encore codifiée. Notre cas montre bien qu'une corticothérapie forte dose semble être intéressante en cas de forme réfractaire aux AINS.

Une vascularite à ANCA révélant une néoplasie pulmonaire: A propos d'une nouvelle observation

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

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

Introduction :

- Un syndrome paranéoplasique représente l'ensemble d'anomalies cliniques, biologiques et radiologiques accompagnant un cancer dont l'expression se fait hors de l'organe cancéreux, indépendamment de tout processus métastatique.
- Le cancer broncho-pulmonaire en est le plus pourvoyeur.
- Nous rapportons une observation particulière de vascularite systémique à ANCA révélatrice d'une néoplasie pulmonaire occulte.

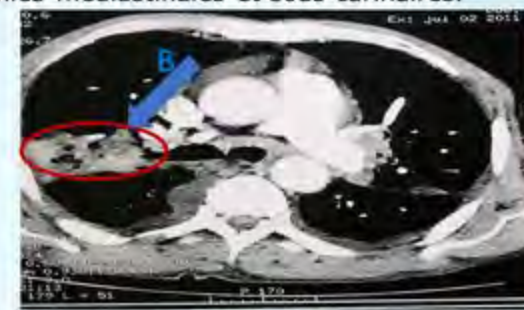
Matériels et méthodes:

- Un patient âgé de 66 ans était hospitalisé pour une altération de l'état général et un purpura vasculaire d'apparition récente.
- L'interrogatoire révélait la notion d'une fièvre prolongée, une dyspnée, des douleurs abdominales associées à une diarrhée liquidienne.
- L'examen physique trouvait un steppage à la marche, des râles crépitants diffus à l'auscultation pulmonaire sans altération hémodynamique.
- A la biologie, la VS à 51mm à la première heure et la CRP à 178 mg/l.
- La NFS avait objectivé une anémie à 11,7g/dl, une hyperleucocytose à 15610 éléments/mm³ à prédominance de neutrophiles avec une hyperéosinophilie sanguine massive à 2270 éléments/mm³.
- Le bilan rénal, phosphocalcique et hépatique étaient sans anomalies.
- Le taux de lactates déshydrogénases était élevé (2 fois la normale) et l'ionogramme sanguin objectivait une hyponatrémie persistante sans fuite urinaire.
- Devant ce tableau, le diagnostic d'une vascularite systémique était suspecté et une enquête étiologique exhaustive a été réalisée.
- Les sérologies virales, les hémocultures ainsi que les examens bactériologiques et parasitologiques des selles étaient négatives.
- La recherche des ANCA était positive de type p ANCA atypiques sans spécificité antigénique (NANA).
- Une biopsie cutanée a objectivé une vascularite leucocytoclasique avec des dépôts d'IgG, IgM et IgA.
- La radiographie thoracique objectivait une opacité alvéolaire parahilaire droite mal systématisée et à contours spiculés, une cardiomégalie et un épanchement pleural bilatéral.

- Le scanner thoraco-abdomino-pelvien a mis en évidence une polysérite, une lésion pulmonaire tissulaire suspecte et des adénopathies médiastinales et sous carinaires.



Radiographie thoracique de face
A: opacité parahilaire droite malsystématisée à contours spiculés



Scanner thoracique
B: masse pulmonaire tissulaire suspecte

- Le dosage du marqueur tumoral de type NSE était positif (3 fois la normale).
- Au terme de ces explorations, le diagnostic d'un cancer pulmonaire était évoqué mais l'évolution était rapidement fatale avant la confirmation histologique.
- Le patient était décédé suite à un OAP cardiogénique réfractaire aux traitements.

Discussion:

- Un syndrome paranéoplasique désigne les signes reliés à une tumeur occulte ou déjà connue et qui ne résultent pas de l'extension directe de cette tumeur ou de sa diffusion métastatique.
- Les néoplasies les plus pourvoyeuses sont essentiellement pulmonaires, mammaires ou digestives.
- Les syndromes paranéoplasiques les plus classiques sont rhumatologiques, endocriniennes et neurologiques.
- Une vascularite paranéoplasique associée aux ANCA est une entité rare et souvent méconnue, décrite dans un nombre réduit de cas révélant une néoplasie pulmonaire.

Conclusion:

Notre observation illustre la difficulté diagnostique face à une vascularite systémique. Le caractère paranéoplasique d'une vascularite à ANCA bien qu'il soit rare doit être gardé à l'esprit du clinicien lorsque le contexte est évocateur.

Le Purpura Thrombotique Thrombocytopénique au cours d'un lupus érythémateux systémique: A propos de 2 observations

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

service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax (TUNISIE)

Introduction :

- Le Purpura Thrombotique Thrombocytopénique (PTT) ou la maladie de Moschcowitz est une forme grave de microangiopathie thrombotique.
- Il est caractérisé par des lésions thrombotiques microvasculaires généralisées.
- Il peut être primaire ou secondaire à une infection, un néoplasie, une maladie systémique ...
- La survenue d'un PTT au cours évolutif d'un Lupus Erythémateux Systémique (LES) reste rare.

Matériels et méthodes:

- Parmi une série de 421 cas de LES durant une période de 20 ans (1996-2016), nous rapportons deux observations de patientes lupiques (0,47%) ayant présenté un PTT.

Résultats:

Première observation :

- Patiente âgée de 24 ans chez qui le diagnostic d'un Lupus Erythémateux Systémique (LES) a été retenu depuis l'année 2012.
- Cinq ans après, suite à une mal observance du traitement, elle a présenté une altération de l'état général, un syndrome œdémateux et des épisodes d'hémoptysie.
- La Numération de la Formule Sanguine (NFS) a objectivé une lymphopénie à 320 E/mm³, une thrombopénie à 73000/l et une anémie hémolytique avec présence de schizocytes à un taux de 5 %.
- Ainsi, Le diagnostic d'un PTT concomitant a une poussée du LES a été retenu.
- Devant les anomalies du sédiment urinaire et l'insuffisance rénale, une ponction biopsie rénale a été pratiquée.
- Elle a mis en évidence une néphropathie lupique stade IV très active.
- La patiente a été traitée par une corticothérapie forte dose, en association à un traitement symptomatique du syndrome œdémateux et à un traitement de la poussée rénale par des immunosuppresseurs.
- L'évolution était favorable sans récurrences ultérieures.

Deuxième observation

- Il s'agit d'une fille de 25 ans ayant un LES retenu devant une atteinte articulaire, une atteinte hématologique de type leucolymphopénie avec des AAN positifs avec des anti-DNA positifs.
- Alors que la patiente était sous plaquénil et prednisone, elle a présenté un ictère cutanéomuqueux avec une altération rapide l'état de conscience nécessitant un séjour en milieu de réanimation.
- Sur le plan biologique, elle avait une anémie hémolytique mécanique à 4,8 avec un taux d'haptoglobine effondré, les schizocytes au frottis sanguin sont à un taux de 24%.
- Devant ce tableau de PTT, un traitement par une transfusion de culots de plasma frais congelé en urgence en association à une corticothérapie forte dose a été instauré permettant une évolution favorable sur le plan clinique et biologique.
- Le recul actuel est de 12 mois.

Discussion:

- Le PTT est caractérisé par la présence d'une fièvre, d'une anémie hémolytique microangiopathique, d'une thrombopénie périphérique, des signes neurologiques centraux et d'une insuffisance rénale.
- Cette pentade clinico-biologique est rarement retrouvée en pratique clinique.
- En effet, le diagnostic est évoqué devant une anémie hémolytique avec la présence de schizocytes et une thrombopénie périphérique.
- La confirmation du diagnostic est biologique par la mise en évidence d'une activité ADAMTS 13 effondrée (inférieure à 5 %).
- L'association PTT-LES est rare avec une fréquence de 1- 4 % en fonction des études.
- Dans la majorité des cas, le LES précède la survenue du PTT.
- Le traitement de référence de cette pathologie repose sur Les échanges plasmatiques.
- Mais puisqu'il s'agit d'une pratique onéreuse, il est classique d'utiliser une corticothérapie à la dose de 1 mg/kg en cas de syndrome hémorragique modéré, autorisant un délai de quelques jours avant l'efficacité du traitement.

conclusion:

- Le PTT est une urgence diagnostique et thérapeutique.
- Notre étude incite à la nécessité de penser à cette entité face à une symptomatologie évocatrice chez les patients ayant un LES.



Purpura vasculaire récidivant isolé révélant un Syndrome de Sjögren Primitif

Belghali.S, El Achek.M.A, Farhat.A, Baccouche.K, El Amri.N, Zeglaoui.H, Bouajina.E

Service de Rhumatologie Farhat Hached Sousse

Introduction :

Au cours du Syndrome de Sjögren (SS) une atteinte systémique responsable de manifestations extraglandulaires viscérales par le biais d'une infiltration lymphocytaire et/ou une vascularite leucocytoclasique est présente dans la moitié des cas.

Nous rapportons un cas de SS inauguré par un purpura vasculaire récidivant, isolé des membres inférieurs et déclenché par la position debout prolongée.

Observation :

Une jeune patiente âgée de 19 ans, ayant un antécédent familial de lupus chez la mère, présentait depuis un an un purpura non palpable sur les deux membres inférieurs associé à des arthralgies mécaniques des deux chevilles. Ces lésions se développaient peu après une position debout prolongée imposée par son métier. Par ailleurs, elle n'avait pas de xérophtalmie ni de xérostomie et elle n'avait présenté aucun autre signe articulaire ou extra articulaire.

Sur le plan cutané les lésions purpuriques étaient diffuses non palpables siégeant au niveau des deux membres inférieurs ne s'effaçant pas à la vitro pression sans infiltration ni extension ou nécrose. L'examen ostéo-articulaire était strictement normal.

A la biologie, il n'existait pas de syndrome inflammatoire (vitesse de sédimentation à 6mm H1, CRP à 5mg/l, GB à 8200 éléments avec une prédominance lymphocytaire).

Au bilan étiologique, les sérologies des hépatites étaient négatives, la cryoglobulinémie normale et le bilan immunologique montrait un facteur rhumatoïde positif, des ACPA négatives et des AAN positifs à 1280 d'aspect moucheté. Le typage des AAN avait révélé des anti SSA positifs et des anti SSB positifs.

Une biopsie des glandes salivaires accessoires était pratiquée montrant une sialadénite grade I de CHISOLM. Le diagnostic de SS primitif était retenu.

Un traitement à base d'hydroxychloroquine a été initié avec une très bonne évolution clinique à savoir une disparition quasiment totale des lésions purpuriques des membres inférieures.

Conclusion :

Les présentations cliniques du SS ne sont pas toujours typiques et facile à reconnaître notamment lorsqu'elles ne présentent pas de symptômes secs cliniques.

Les manifestations extra-glandulaires du SS sont multiples et variés pouvant révéler la maladie. Parmi ces manifestations, le purpura vasculaire est rarement rencontré et encore plus rarement révélateur de la maladie. La position debout prolongée pourrait être un facteur aggravant possible du purpura chez notre patiente.



Formes graves de sarcoïdose systémique : à propos de deux cas

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

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

La sarcoïdose peut revêtir des aspects graves qui peuvent mettre en jeu le pronostic fonctionnel ou vital. Nous en rapportons deux cas.

Observations :

Observation N°1 :

Une patiente âgée de 52 ans ayant un antécédent de pneumopathie infectieuse et de sarcoïdose avec atteinte pulmonaire, hépatique, splénique et ostéo-articulaire invalidantes des deux hanches. Six mois après le diagnostic, elle s'est présentée avec des troubles de la marche et de la station debout, des fuites urinaires ainsi que des troubles mnésiques. A l'examen elle avait un déficit moteur des ceintures proximales, un syndrome pyramidal et cordonal postérieur. A la biologie, elle n'avait ni de syndrome inflammatoire biologique ni d'autres anomalies. Une TDM cérébrale avait montré une hydrocéphalie non compressive avec signe de résorption sans myélite. Une ponction lombaire avait ramené un liquide clair avec examen direct négatif et recherche de BK négative. Le diagnostic de neurosarcoïdose était retenu et la patiente était mise sous corticothérapie (1mg /kg) avec une évolution progressivement favorable et disparition des troubles mnésiques, des fuites urinaire avec amélioration du déficit musculaire et disparition des troubles de la marche.

Observation N°2 :

Une patiente âgée de 47 ans sans antécédents pathologiques notables qui s'est présentée pour des polyarthrites des petites et des grosses articulations fébriles, une éruption cutanée, des myalgies des ceintures ainsi qu'une dyspnée d'effort avec des troubles digestifs. A l'examen elle était subfébrile, elle avait un visage bouffi, des synovites des poignets et des lésions papuleuses prurigineuses siégeant au niveau des mains, des avants bras, des jambes et des dos des pieds sans ADP superficielles palpables. A la biologie, elle avait une anémie hypochrome microcytaire ferriprives, un SIB, une cholestase sans cytolyse et une hypercalcémie maligne à 3,06 mmol/L associés ainsi qu'une hypercalciurie et une hypo albuminémie. Une série de sérologie était négative. Un bilan immunologique était normal. L'enquête paranéoplasique était négative. Une TDM thoracique avait montré des ADP médiastinales et des micronodules parenchymateux et une BGSA avait conclu à une sialadénite chronique granulomateuse sans nécrose. L'EFR pratiquée était normale. Le diagnostic de sarcoïdose avec hypercalcémie maligne était retenu et la conduite à tenir était une corticothérapie à la dose de 1mg/kg et de l'hydroxychloroquine 400mg/j. L'évolution était favorable avec amélioration clinique et biologique d'où l'indication d'une dégression progressive de la corticothérapie.

Conclusion :

La sarcoïdose peut se présenter avec des formes sévères mettant en jeu le pronostic fonctionnel et vital. Une prise en charge multidisciplinaire est souvent nécessaire afin d'assurer une prise en charge rapide adéquate.

Etude descriptive de la Maladie de Still de l'adulte destructrice

Ben Tekaya A, Zouaoui K, Ben Ammar L, Saidane O, Tekaya R, Mahmoud I, Abdelmoula L
Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie.

Introduction :

La maladie de Still de l'adulte est une maladie inflammatoire rare, de diagnostic difficile et dont l'éthiopathogénie reste encore incomplètement élucidée. C'est une pathologie qui touche les articulations et qui peut être destructrice, nécessitant une prise en charge thérapeutique particulière. Le but de notre étude est de décrire les aspects clinico-radiologiques et thérapeutiques de la Maladie de Still de l'adulte dans sa forme destructrice.

Matériel et Méthodes :

Etude rétrospective et descriptive colligeant 8 cas de Maladie de Still de l'adulte suivis au service de rhumatologie de l'Hôpital Charles Nicolle. Les données sociodémographiques, cliniques et paracliniques étaient recueillies.

Résultats :

Caractéristiques des patients		Type d'atteinte structurale	Nombre de cas
Médiane d'âge	50 ans	Carpite fusionnante	2
Sexe ratio	2H/6F	Coxite bilatérale destructrice	1
Triade caractéristique de la MSA	4 cas	Arthropathie destructrice des genoux	1
atteinte articulaire à type de polyarthrite bilatérale et symétrique	8 cas		

Tab1: caractéristiques des patients

Tab 2: Type d'atteinte structurale



Fig: Carpite fusionnante stade 2

Traitement	Nombre de cas
Traitement symptomatique: corticothérapie par voie générale	100% des cas
Traitement local : synoviorthèse à l'acide osmique	1
Traitement local : synoviorthèse à l'hexatrione	1
Méthotrexate	3
Salazopyrine	1
Infliximab	1
Prothèse totale des hanches	1

Tab3: Traitement

Discussion:

- La maladie de Still de l'adulte est une maladie hétérogène auto-inflammatoire, rare, qui touche les sujets de plus de 16 ans.
- Elle se caractérise sur le plan clinique par une fièvre, des arthralgies/artrites et un rash cutané associés à d'autres signes systémiques et sur le plan biologique on note la présence d'un syndrome inflammatoire.
- La MSA peut être associée à des lésions structurales et le traitement repose sur la corticothérapie, les anti-inflammatoires non stéroïdiens +/- un traitement de fond synthétique ou biologique (anti IL1+++) et dans certains cas on a recours à la chirurgie.
- Le pronostic articulaire demeure néanmoins meilleur que celui de la polyarthrite rhumatoïde ou le lupus érythémateux systémique.

Conclusion :

La présence de destruction articulaire au cours de la maladie de Still de l'adulte pourrait conditionner le pronostic et l'évolution vers une forme chronique. Ceci impose sa recherche systématique afin d'améliorer la prise en charge initiale.



Activité physique chez les adultes tunisiens atteints de lupus érythémateux systémique

Feki.A, Akrouit.R, Grassa.R, Gassara.Z, Ben Djemaa.S, Ezzeddine.M, Kallel.MH, Fourati.H, Baklouti.S
Service de rhumatologie, CHU Hedi Chaker Sfax, Tunisie

Introduction :

- Le lupus érythémateux systémique (LES) est maladie auto-immune chronique dotée d'un grand polymorphisme clinique.
- Comme d'autres maladies inflammatoires chroniques tels que la polyarthrite rhumatoïde l'activité physique (AP) chez les patients atteints de LES semble être limitée par les charges de la maladie.
- L'objectif de cette étude d'explorer les niveaux d'AP des adultes atteints de LES et d'étudier leur associations avec les différentes caractéristiques de la maladie.

Patients et méthodes:

- Il s'agit d'une étude transversale incluant des patients atteints de LES (critères ACR 1987).
- L'activité de SA a été évaluée par le SLEDAI.
- L'AP a été mesurée à l'aide du IPAQ-SF (International Physical Activity Questionnaire - Short Form).
- Ses items enregistrent le temps consacré à l'AP de 3 niveaux (important, modéré et en marche) ainsi que le temps passé à s'asseoir à la semaine dernière.
- Les scores continus [exprimés en équivalent métabolique de tâche (MET-min/semaine)] et catégoriques (niveau faible, modéré et élevé) ont été déterminés.
- Le temps de sédentarité (assis) a été exprimé en minutes/semaine.
- Une valeur $p < 0,05$ était considérée comme significative.

Résultats :

Données épidémiologiques

- 68 patients atteints de LES ont été colligés
- L'âge moyen: 39 ans (14 - 70 ans).
- Répartition des patients selon les sexe : Fig1

Fig1: Répartition selon le sexe



Les données cliniques

- Un facteur déclenchant : était noté dans 2 cas : la prise de d-penicillamine et post accouchement.
- ATCDS familiaux de lupus: étaient notés chez une patiente.
- Les signes cliniques: Fig2
- Le SLEDAI moyen: $2,4 \pm 2,8$
- Le traitement: corticothérapie: 68,7% /cyclophosphamide prescrit chez 7 patients.

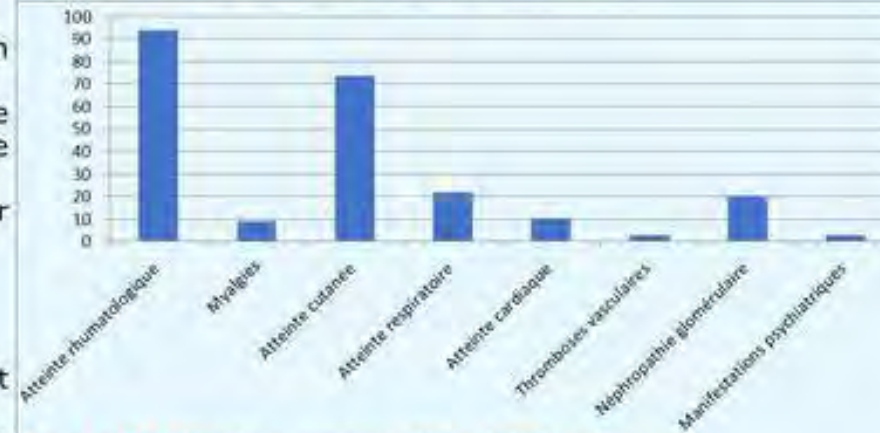


Figure 2: Pourcentage des manifestations cliniques

Les principales anomalies biologiques

- Anémie : 61,7%
- Lymphopénie : 54,41%
- Leucopénie 44,11%
- VS élevée: 70,5%
- CRP : 55,8 %
- Anti-ADN : 50%
- Anti-Sm : 19,1%.

Exploration de l'activité physique

- Le temps moyen de sédentarité: $1440,5 \pm 428,5$ minutes/semaine
- Le score continu IPAQ-SF moyen: $2639,5 \pm 2856,34$ MET- min/semaine.
- Niveau d'AP:
 - 58% des patients présentaient un faible niveau
 - 25,9% avaient un niveau modéré
 - 16,1% des patients présentaient un niveau d'AP élevé.
- Pas d'association significative n'a été objectivée avec le niveau d'activité physique et l'âge, le sexe, l'activité de la maladie et le type de traitement reçu.

Conclusion:

Notre étude a prouvé que la majorité des patients atteints de LES avait un niveau bas d'AP avec augmentation du temps de sédentarité. Vu les risques de développer une maladie chronique secondaire aux faibles niveaux d'AP, l'exercice physique devrait être recommandé dans le cadre des soins complets de LES.

Modalités évolutives au cours de la maladie de still : à propos de 21 cas

S.jiri, M.ben majdouba, S.ben djemaa, Z.gassara, A.feki, R.grassa, R.akrout, M.ezzedine, MH.kallel, H.fourati, S.baklouti
CHU HEDI CHEKER SFAX

Introduction :

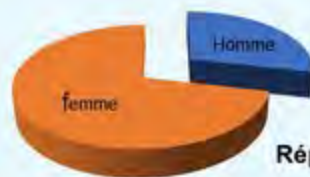
La maladie de Still de l'adulte (MSA) décrite par Bywaters en 1971 est une maladie systémique inflammatoire rare dont le diagnostic repose classiquement sur une triade associant une fièvre hectique, une arthrite et une éruption cutanée fugace et dont l'évolution est très variable. Le but de ce travail est de décrire les différents aspects évolutifs de cette maladie.

Patients et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive de 21 cas de MSA répondant tous aux critères diagnostics de Yamaguchi colligés au service de rhumatologie de Sfax sur la période s'étendant de 1999 à 2018.

Résultats:

- ✓ un sexe ratio (H/F)=0.4
- ✓ L'âge moyen au moment du diagnostic était de 32 ans



Triade clinique : manifestations cliniques les plus fréquentes

atteinte articulaire	100%
une fièvre	100%
Éruption cutanée fugace	85.7%

Sur le plan thérapeutique

AINS	21.4%
Corticothérapie générale	93.75%
methotrexate	9 cas

- Le suivi régulier des patients avec un recul moyen de 3 ans a montré trois modalités évolutives :
 - ✓ **monocyclique** dans 52.4% où la majorité des patients ont eu une rémission en 12 mois en moyenne.
 - ✓ **intermittente** dans 23.8% avec des poussées consécutives dont la fréquence moyenne était de 2 poussées par an et une durée moyenne de 12 jours.
 - ✓ **une évolution chronique** notée dans 23.8% des cas également dont la manifestation la plus fréquente était articulaire et qui semble avoir le moins bon pronostic fonctionnel devant la destruction articulaire notée dans 80% des cas sur des clichés radiologiques standards.

Discussion:

- ✓ l'évolution de la maladie de still est difficilement prévisible, pouvant être monophasique , intermittente ou récurrente , ou bien chronique.[1]
- ✓ la MSA est donc une maladie extrêmement polymorphe, tant dans son expression clinique que dans son profil évolutif.[2]
- ✓ la stratégie de prise en charge de la MSA est désormais bien cadrée et adaptée selon différents éléments à savoir la présentation clinique , le terrain du patient et plus spécifiquement son mode évolutif.[2]

Conclusion:

Au cours de la maladie de still de l'adulte rien ne permet de prédire l'évolution lors de la présentation initiale. Un suivi régulier sous traitement bien conduit permet de réduire la fréquence des poussées et la probabilité de passage à la chronicité.

Adult onset Still disease: toward more efficient treatments M. Ridene, B. Fautrel**Faculté de médecine de Tunis, Tunisie. ** Service de rhumatologie, groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière, Paris. [1]

*PNDS Maladie de STILL de l'adulte et de la forme systémique de l'Arthrite Juvénile Idiopathique ayant évolué jusqu'à l'âge adulte Centre de Référence des Maladies Auto-Inflammatoires et de l'Amylose Inflammatoire CeRéMAIA / 2017 . [2]



Retentissement de l'arthrite juvénile idiopathique sur la scolarité et l'éducation des enfants et des adolescents : à propos d'une série de 59 cas

Feki.A, Akrouit.R, Jriri.S, Benmejdouba.M, BenDjmeaa.S, Ezzeddine.M, Kallel.MH, Fourati.H, Baklouti.S

Service de rhumatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction :

L'arthrite juvénile idiopathique (AJI) est le rhumatisme inflammatoire infantile chronique le plus fréquent,

Elle peut être à l'origine d'un retentissement important sur la vie et la scolarité des patients atteints de cette maladie.

L'objectif de notre étude est d'évaluer le retentissement de l'AJI sur la vie scolaire des adolescents tunisiens.

Matériels et méthodes:

- La population d'étude répondait aux critères de l'International League of Association of Rheumatology (ILAR) pour le diagnostic d'AJI.
- Les paramètres sociodémographiques relatifs aux patients, les données cliniques et biologiques relatifs à la maladie ont été recueillis.
- Les données concernant le fonctionnement scolaire ont été obtenues : le niveau d'études des patients (analphabète, niveau primaire, secondaire ou tertiaire), leur statut scolaire actuel : en cours de scolarisation ou arrêt d'études et la cause d'abandon, et la notion d'échec scolaire qui se manifeste par les abandons et les redoublements.

Résultats:

Caractéristiques épidémiologiques

- 59 malades atteints d'AJI ont été inclus.
- L'âge moyen de début de la maladie était de 11 ans 7mois.

Caractéristiques cliniques

- **Forme clinique**
 - polyarticulaire sans FR : 7 cas
 - polyarticulaire avec FR : 2 cas
 - enthésite en rapport avec une arthrite (ERA): 7 cas

- **La moyenne du DAS28** : 4,33 +/- 1,12 avec une activité importante chez 3 patients.
- **Coxite:**
 - 16 patients avaient une coxite (27,1 %).
 - bilatérale chez 8 patients.
 - L'examen avait révélé une limitation de la mobilité de la hanche dans tous les plans dans 7 cas et un flessum irréductible de la hanche dans 2 cas.
 - L'indice algo-fonctionnel de Lequesne était en moyenne de 11,3.

Traitement

- Tous les patients ont bénéficié initialement d'un traitement médical associant des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et de la rééducation.
- Un traitement de fond est instauré chez 13 patients:
 - salazopyrine dans 5 cas
 - methotrexate dans 8 cas
 - Une synoviorthèse de la hanche à l'acide osmique a été indiquée chez 3 patients : forme polyarticulaire (1 cas) et ERA (2cas).
 - Le recours à un traitement biologique était nécessaire dans 5 cas d'AJI ayant une moyenne IAF à 15.
 - Il s'agissait d'infliximab dans 1 cas et d'etanercept dans les autres.

Retentissement sur la scolarité et l'éducation

- Les patients scolarisés: 45%
- Les patients analphabètes de 2%
- Scolarité arrêtée à cause de la maladie: 25%
- Le pourcentage d'échec scolaire était de 44%.
- Le niveau éducationnel était associé à la durée de la maladie ($p = 0,07$)
- Pas d'association significative entre la scolarité et la forme de la maladie ($p = 0,9$) ni les traitements reçus (corticoïde ($p = 0,4$), salazopyrine ($p=0,69$) et méthotrexate ($p = 0,9$)).

Conclusion:

Notre étude suggère que la scolarité des patients atteints d'AJI est perturbée par les paramètres de la maladie notamment l'activité et le retentissement fonctionnel, d'où l'intérêt d'une prise en charge adéquate de ces malades afin d'augmenter leurs rendements scolaires.

Etude descriptive du syndrome de Gougerot-Sjögren primitif : à propos de 31 cas

M. Ben Majdoub, S. Ben Jemaa, S. Jeriri, Z. Gassara, K. Ghribi, R. Grassa, A. Feki, R. Akrouf, M. Ezzeddine, MH. Kallel, H. Fourati, S. Baklouti

Service de rhumatologie CHU Hedi Chaker Sfax

Introduction :

Le syndrome de Gougerot-Sjögren (SGS) est une exocrinopathie auto-immune fréquente responsable d'un syndrome sec oculaire et buccal en plus des manifestations systémiques. Il peut être primitif ou secondaire à une autre affection auto-immune. L'objectif de notre étude est de rappeler les caractéristiques cliniques, biologiques et immunologiques de la forme primitive.

Patients et méthodes :

- Etude rétrospective de 31 cas de SGS primitif colligés dans un service de rhumatologie sur une période de 20 ans.
- Le diagnostic du SGS était retenu selon les critères American European Consensus group (AECG) ou les critères ACR 2012.

Résultats :

Femmes	Hommes	Age moyen
30	1	56,25 ans

Circonstance de découverte	Fréquence/nombre de cas
Xérostomie ou xérophtalmie	90%
Atteinte du système nerveux périphérique	2 cas
Hypertrophie parotidienne	1 cas
Phénomène de Raynaud	1 cas

Les manifestations systémiques étaient dominées par les atteintes arthro-musculaires surtout les polyarthralgies inflammatoires présentes chez 93,5% des patients, une arthrite était notée seulement dans 4 cas.

Examen	Résultat	Fréquence	Traitement prescrit	Fréquence
Examen ophtalmologique	•Syndrome sec oculaire(BUT altéré) •Kératite ponctuée superficielle	•90% •26%	Corticoïdes (faible dose)	100%
Bilan inflammatoire	Syndrome inflammatoire biologique	32,25%	AINS	58%
Anticorps anti-nucléaires (Anti-SSA ou anti-SSB)	Positifs	66% (16 cas)	Anti-paludéens de synthèse	22,5%
Facteur rhumatoïde	positif	45%	Méthotrexate	2 cas
Biopsie labiale	Sialadénite modérée ou sévère	77,4%		

Aucun cas de lymphome n'a été noté chez les 31 patients durant leur suivi régulier avec un recul moyen de 3,5 ans

Discussion:

Le SGS est la connectivite la plus fréquente, La prépondérance féminine de la maladie est nette, La maladie peut survenir à tout âge, mais c'est le plus souvent vers 45-50 ans. C'est la constatation progressive d'une sécheresse oculaire et/ou buccale qui représente la circonstance de découverte la plus fréquente. La polyarthrite est certainement la plus fréquente des manifestations extra-glandulaires.

Conclusion:

Le SGS primitif est une maladie fréquente en rhumatologie, son évolution est lentement progressive, la complication la plus redoutable est la survenue d'un syndrome lymphoprolifératif (1%). Les traitements font appel aux corticoïdes, aux antipaludéens de synthèse et aux immunosuppresseurs dans des indications précises.



Caractéristiques du lupus érythémateux systémique chez les patients âgés plus de 50 ans

Jguirim M, Brahem M, Mhenni A., Bejia I, Touzi M, Zrou S, Bergaoui N.
Service de rhumatologie, Hôpital Fattouma Bourguiba, Monastir

1. Introduction :

- Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie auto-immune chronique caractérisée par une atteinte multi-systémique. Il est rare après l'âge de 50 ans et les études sur les patients âgés atteints de LES sont plus rares.
- L'objectif de notre étude était d'analyser le profil clinico-biologique et thérapeutique des patients atteints de LES et âgés de plus de 50 ans.

2. Patients et méthodes :

Etude rétrospective de 1997 à 2016, incluant tous les patients atteints de LES, répondant aux critères de la classification de l'American College of Rheumatology et suivis au sein du service de rhumatologie de l'hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir, en Tunisie.

3. Résultats :

- Parmi 86 patients atteints de LES, 30 patients (27 femmes et 3 hommes) étaient âgés de plus de 50 ans.
- Age moyen = 60 ± 7 ans [50-80 ans].
- 4 patients (13,3%) étaient diabétiques et 6 (20%) avaient une hypertension.
- Les principales atteintes systémiques étaient les suivantes : manifestations rhumatologiques, rénales et neuropsychiatriques dans 100%, 10% et 6,7% des cas respectivement.
- L'érythème en vespertilio était présent chez 30% des patients, les ulcérations buccales dans 13,3% des cas, le syndrome de Raynaud chez 13,3%.
- Le diagnostic de LES était isolé dans 60% des cas, associé au syndrome de Sjogren dans 16,7% des cas et à des arthrites dans 23,3% des cas.

•Biologie:

- Lymphopénie dans 33,3% des cas;
- Leucopénie dans 10% des cas;
- Anémie hémolytique dans 26,7% des cas.
- Concernant le profil immunologique, les anticorps anti-nucléaires (ANA), anti-ADN et anti-Sm étaient positifs dans 80%, 53,3% et 16,7% respectivement.

•Traitement:

- 90% de nos patients ont reçu de la corticothérapie par voie orale (Prednisone) et 73,3% ont été traités par les anti-paludiens de synthèse.

4. Discussion :

- Le LES est certes une maladie de la femme jeune mais elle peut être observée à tout âge comme le témoigne certaines séries de la littérature.
- Le LES de révélation tardive est souvent de diagnostic difficile du fait d'un mode de révélation atypique (faible prévalence des signes cutanés inauguraux) et du nombre de diagnostics à évoquer chez des patients plus âgés avec plusieurs comorbidités.
- Les signes cliniques sont alors souvent initialement atypiques ne s'accompagnant pas des manifestations cutanées habituelles.
- En dehors des complications habituelles de la corticothérapie, des manifestations rares comme le sarcome de Kaposi doivent être évoqués notamment devant des manifestations cutanées atypiques.
- En dehors du terrain cardiovasculaire, le traitement devra prendre en compte une certaine fragilité du système immunitaire qui peut aboutir à plus d'infections mais aussi à des manifestations plus graves tels que le sarcome de Kaposi.

5. Conclusion :

- Notre étude a montré que 34,8% de nos patients âgés de plus de 50 ans. Les manifestations cliniques les plus communes étaient les manifestations rhumatologiques et cutanées.
- Une approche multidisciplinaire est recommandée pour le traitement de ces patients particuliers.



Profil épidémiologique et clinico-biologique du lupus érythémateux systémique chez une population Tunisienne de 86 patients

Jguirim M, Brahem M, Mhenni A., Bejia I, Touzi M, Zrou S, Bergaoui N.
Service de rhumatologie, Hôpital Fattouma Bourguiba, Monastir

1. Introduction :

➢ Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie systémique et auto-immune caractérisée par un polymorphisme clinique important et une diversité d'anticorps. Le rôle pathogène de ces anticorps, leur corrélation avec les manifestations cliniques et l'évolution ne sont pas encore bien compris.

➢ Les objectifs de notre étude sont de décrire le profil épidémiologique, clinique, biologique, immunologique et thérapeutique du LES et d'analyser d'autres maladies auto-immunes pouvant être associées à cette maladie.

2. Patients et méthodes :

Etude rétrospective de 1997 à 2016, incluant tous les patients atteints de LES, répondant aux critères de la classification de l'American College of Rheumatology et suivis au sein du service de rhumatologie de l'hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir, en Tunisie.

3. Résultats :

- Notre étude a inclus 86 cas de patients lupiques (78 femmes et 8 hommes) avec un sex-ratio (masculin / féminin) de 0,1.
- Les principaux troubles viscéraux étaient les suivants: manifestations rhumatologiques, neuropsychiatriques et rénales chez 100%, 41,9% et 16,3% respectivement.
- L'érythème à vespertilio était présent chez 19,2% des patients.

•Biologie:

- lymphopénie dans 37,2% des cas;
- leucopénie dans 31,1% des cas;
- anémie hémolytique dans 29,1% des cas.

• **Pour le profil immunologique**, les anticorps anti-nucléaires (AAN), anti-DNA, anti-nucléase et anti-Sm étaient positifs dans respectivement 88,8%, 80,4%, 34,8% et 35,6%.

•Traitement:

➢ 90% de nos patients ont reçu de la corticothérapie par voie orale (Prednisone) et 73,3% ont été traités par les anti-paludiens de synthèse.

•Évolution:

➢ Nous avons obtenu une rémission complète chez 57,6% des patients et nous avons déploré 2 décès.

➢ Le diagnostic de LES isolé était retenu dans 68,5% des cas, associé au syndrome de Sjogren dans 17,4% et à la polyarthrite rhumatoïde dans 8,1% des cas.

❖ Notre étude a montré que la présence d'arthrite était significativement associée à la présence d'alopécie ($p = 0,01$), de sclérodémie ($p = 0,03$), d'anémie hémolytique ($p = 0,05$), de facteur rhumatoïde ($p = 0,04$) et de traitement par les antipaludiens de synthèse ($p = 0,02$) et méthotrexate ($p = 0,01$).

4. Discussion :

- Le lupus érythémateux aigu disséminé (LEAD) ou lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie chronique auto-immune systémique non spécifique d'organe caractérisée par la production d'AAN particulièrement les anticorps anti-ADN natifs.
- Le LES se caractérise par un grand polymorphisme clinique et une atteinte multi systémique de gravité variable. Son évolution est faite de poussées entrecoupées de phases de rémission.
- Les manifestations clinico-biologiques et le profil évolutif sont variables d'une étude à l'autre.

5. Conclusion :

Notre étude a confirmé le polymorphisme clinique du LES, ses différents profils biologiques et immunologiques.



Le RHUPUS: étude descriptive de sept cas

Jguirim M, Brahem M, Mhenni A., Bejia I, Touzi M, Zrou S, Bergaoui N.
Service de rhumatologie, Hôpital Fattouma Bourguiba, Monastir

1. Introduction :

•Le syndrome de rhus est une maladie rare associant cliniquement et immunologiquement la polyarthrite rhumatoïde (PR) et le lupus érythémateux systémique (LES).

•Sa prévalence est d'environ 0,09%.

•Nous avons étudié sept cas tunisiens de syndrome de Rhus suivis dans un service de rhumatologie.

➢Notre objectif est de décrire les caractéristiques clinico-biologiques et thérapeutiques du syndrome de Rhus.

2. Observations :

•Le syndrome de Rhus a été diagnostiqué chez 7 femmes suivies au service de rhumatologie de l'hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir.

•Age moyen = 43,1 ans ± 9,9 [27-58 ans].

•Le diagnostic était assuré par les critères de l'American College of Rheumatology dans tous les cas.

•Caractéristiques rhumatologiques :

- ❑ Polyarthrite touchant les mains et les pieds : 4 cas (57,1%).
- ❑ Déformations articulaires spécifiques de la PR : 4 cas (57,1%).

•**Atteinte respiratoire:** 1 cas (14,2%).

•**Syndrome de Sjogren:** 5 patients (71,4%).

•Manifestations cutanées:

- ❑ érythème en vespertilio:42,8% (3 cas),
- ❑ photo-sensibilité:42,8% (3 cas),
- ❑ alopecie: 57,1% (4 cas),
- ❑ ulcérations buccales:14,2% (1 cas)
- ❑ syndrome de Raynaud: 42,8% (3 cas).

•**Des troubles biologiques** (anémie, lymphopénie et leucopénie) ont été retrouvés respectivement dans 57,1% (4 cas), 28,5% (2 cas) et 28,5% (2 cas).

•**Les données immunologiques** ont montré des anticorps antinucléaires positifs dans tous les cas, des facteurs rhumatoïdes positifs chez 6 patients et des anticorps anti-peptide citrullinés positifs dans 2 cas.

•**Traitement:** tous nos patients ont reçu des corticostéroïdes systémiques (Prednisone) et 5 patients (71,4%) ont été traités par des médicaments antipaludiens de synthèse.

4. Discussion :

❖Le rhus est une entité clinique rare . Sa prévalence est de l'ordre de 0,09 %. La revue de la littérature trouve plutôt des cas isolés. Une seule série Mexicaine a rapporté un nombre élevé de 22 cas de rhus .

❖Les principaux diagnostics différentiels sont la PR avec des atteintes extra articulaires, LES avec polyarthrite ou bien une connectivite mixte.

❖Le diagnostic de rhus est alors porté quand l'une de ces pathologies ne valident leurs critères diagnostiques. Certains auteurs considèrent que le rhus est un état de chevauchement entre PR et LES puisque les anti-CCP qui sont hautement spécifiques de la PR et les anti DNA/Sm qui sont hautement spécifiques du LES existent tous les deux dans le rhus.

❖Les critères diagnostiques du rhus selon certains auteurs sont: la présence de polyarthrite symétrique érosive, de manifestations cliniques de LES et la présence d'anticorps anti DNA ou anti Sm.

❖Son étiopathogénie est un sujet de controverse et fait inclure des facteurs génétiques avec une fréquence élevée des allèles HLA DR1/ HLA RD2, des facteurs hormonaux surtout les hormones sexuelles et des facteurs environnementaux.

5. Conclusion :

•Le syndrome de rhus est rare et parfois très compliqué.

•Le pronostic de cette association de deux maladies auto-immunes dépend de troubles systémiques, mais il est meilleur que le LED et pire que la PR.



Profil clinique et paraclinique de la sclérodémie systémique

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

Service de rhumatologie CHU Farhat Hached Sousse

Introduction :

La sclérodémie systémique (SS) est une affection rare, qui touche avec prédilection la femme, d'étiologie encore inconnue. Elle est associée à un risque important d'atteinte viscérale, particulièrement digestive, pulmonaire, cardiaque ou rénale, qui compromet aussi bien le pronostic fonctionnel que vital. Le but de notre étude est de décrire les caractéristiques cliniques et para cliniques de cette atteinte.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 32 dossiers des patients atteints de sclérodémie systémique et suivis dans notre service sur une période de 17 ans [2001-2017].

Résultats :

IL s'agit de 32 patients d'âge moyen de 47,62 ans [15-78]. La tranche d'âge la plus représentée était celle entre 40 et 50 ans (21,87 %). Le sex-ratio (F/H) était de 7.

La sclérodémie faisait partie d'un syndrome de chevauchement dans 31,3%. Elle était révélée dans la majorité des cas par un syndrome de Raynaud (90,6 %).

L'atteinte cutanée était dominée par une sclérodactylie (81,3%) et une sclérose cutanée (78,1%). Des télangiectasies, une calcinose et des troubles pigmentaires étaient retrouvés respectivement dans 18,8%, 3,1% et 25%. Un ulcère pulpaire (21,9%) et une gangrène digitale (6,3%) étaient aussi retrouvés.

La capillaroscopie (faite dans 56,3%) montrait une microangiopathie (31,3%) et un aspect de mégacapillaire (21,9%).

L'atteinte articulaire était prédominante à type d'arthralgie (65,6%) et d'arthrite (34,4%), destructrice dans 31,3% des cas : résorption des houpes phalangienne (9,4%), acro-ostéolyse (3,1%).

Une ostéoporose était trouvée dans 21,9%.

Une atteinte digestive (53,1%) à type de dysphagie (28,1%), oesophagite peptique (18,8%), endobrachyoésophage (3,1%) et hypotonie du SIO (31,3%).

Une atteinte pulmonaire (31,3%) à type de dyspnée (28,1%), toux sèche et hémoptysie (6,3%). Une HTAP était retrouvée dans 9,5%. La TDM thoracique a révélé une pneumopathie interstitielle diffuse dans 37,5% des cas. Un syndrome restrictif à l'EFR était présent dans 21,9% des cas.

Une atteinte cardiaque était présente dans 12,5% des cas (y compris un cas de tamponnade occasionnant un décès).

Aucune atteinte rénale, neurologique ou psychiatrique n'était présente.

Discussion:

La SS est une maladie rare, sa prévalence est variable selon les pays variant de 3 à 24 cas pour 100000 habitants. Des foyers de plus forte prévalence ou incidence ont été décrits, suggérant une influence de facteurs extérieurs environnementaux, et facteurs toxiques professionnels et occupationnels.

Presque tous les patients atteints de SS ont un **phénomène de Raynaud** qui constitue habituellement le premier signe de la maladie. Des études ont récemment proposé d'utiliser **la capillaroscopie** comme marqueur clinique de la sévérité de la maladie.

L'atteinte rénale: La crise rénale sclérodémique est une des complications majeures récemment estimée à 2% dans la cohorte EUSTAR. Les anticorps anti-ARN polymérase III sont fortement associés au risque de crise rénale et peuvent être utilisés pour identifier les patients à risque .

HTAP: Sa prévalence est d'environ 9 % et le gold standard pour son diagnostic est le cathétérisme cardiaque droit. Son pronostic s'est amélioré par rapport aux séries historiques avec un taux de survie à 3 ans de 60% dans l'HTAP et de 50% dans l'HTAP secondaire à la fibrose pulmonaire.

L'atteinte pulmonaire: La fibrose pulmonaire est une cause importante de décès. Le diagnostic et le pronostic reposent sur les tests fonctionnels pulmonaires et la TDM. Les facteurs prédictifs sont: le caractère diffus de l'atteinte cutanée, l'âge avancé, des valeurs basses de CVF et de DLCO, des anticorps anti-Scl70.

L'atteinte cardiaque: L'atteinte du myocarde est due à l'atteinte de la microcirculation et est associée à un mauvais pronostic . L'atteinte cardiaque peut être silencieuse, soulignant ainsi la nécessité d'un dépistage rigoureux.

L'atteinte digestive: Le tube digestif est atteint chez 75 à 90 % des patients. L'ectasie vasculaire de l'antra gastrique constitue une complication rare (1%).

L'atteinte articulaire: était associée à une maladie plus sévère. Certaines études récentes ont souligné l'intérêt potentiel des nouvelles méthodes d'imagerie comme l'échographie et l'IRM pour améliorer l'évaluation de l'atteinte articulaire .

conclusion:

La sclérodémie est une maladie rare pouvant revêtir des formes graves. Une surveillance viscérale régulière s'avère importante afin d'améliorer le pronostic fonctionnel et vital.

[1] Muriel Elhai. Sclérodémie systémique : progrès récents. Rev Rhum 2015.

[2] Z. Aydi. Epidemiological, clinical and evolutionary peculiarities of interstitial lungdisease in systemic sclerosis.

[3] E. Hachulla. Systemic sclerosis. EMC-Rhumatologie Orthopédie 2005.



Myosite localisée inaugurale d'une maladie de behçet

Jomaa.O, Brahem.M, Hachfi.H, Abdallah.A, Younes.M

Service de rhumatologie CHU Taher Sfar Mahdia Monastir

Introduction

La maladie de Behçet est une vascularite systémique. Les atteintes musculaires au cours de cette pathologie sont rares, s'exprimant souvent par des myalgies diffuses ou une myosite généralisée, mais la myosite localisée reste exceptionnelle. Nous rapportons un cas d'une myosite localisée révélant une maladie de Behçet chez un jeune homme de 25 ans.

Observation

Mr A.M aux antécédents de fistule anale opérée il y a 3mois et d'allergie aux AINS, admis pour exploration d'une tuméfaction nodulaire au niveau de la face antéro-externe de la cuisse gauche, évoluant depuis un mois dans un contexte d'apyrexie. L'interrogatoire a révélé la notion d'aphtose bipolaire récidivante évoluant par poussée depuis plusieurs années Cette aphtose a été objectivée ainsi à l'examen physique. La biologie a montré un syndrome inflammatoire avec des enzymes musculaire (CPK, LDH) normaux. Le diagnostic de maladie de Behçet est fortement évoqué sur les nouveaux critères internationaux de la maladie de Behçet (score = 4), celui de la myosite localisée sur les caractères cliniques de l'induration, la normalité des enzymes musculaires et les données de l'IRM ayant montré une myosite associé à une fasciite de muscle vaste latéral confirmé par l'histologie de la biopsie musculaire qui a objectivé une plage de fibrose avec infiltrat inflammatoire chronique. L'évolution sous corticoïdes (10 mg par jour) et colchicine (1 cp/j) était favorable.

Discussion

La myosite au cours de la maladie de Behçet est exceptionnellement inaugurale. La myosite peut être localisée et peu symptomatique comme notre patient ou généralisée avec fièvre, douleurs musculaires diffuses et rhabdomyolyse. Le diagnostic est fait sur l'association clinique et IRM (hypo signal T1 et hyper signal T2, avec aspect nodulaire). Sur le plan histologique, l'infiltration lymphocytaire est fréquente avec parfois des lésions de vascularite ou de nécrose musculaire associée, plus rarement des lésions granulomateuses. Dans la littérature, la moitié des cas sont de résolution spontanée, l'autre moitié régresse sous corticothérapie.

Conclusion

La myosite localisée est une manifestation rare compliquant la maladie de Behçet. Elle nécessite l'IRM et la biopsie musculaire pour sa confirmation mais elle répond bien à la corticothérapie.



La place du Méthotrexate dans l'arsenal thérapeutique de la maladie de Still de l'adulte

Feki.A, Akrouit.R, Jriri.S, Ben mejdouba.M, Ezzeddine.M, Bendjemaa.S, Kallel.MH, Fourati.H, BAklouti.S

Service de rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie

Introduction :

- La maladie de Still de l'adulte (MSA) est une maladie inflammatoire rare d'étiologie inconnue.
- Elle constitue un diagnostic d'élimination, après avoir écarté les causes infectieuses. Sa prise en charge est non encore codifiée.
- Elle se base essentiellement sur la corticothérapie. Cependant un traitement d'épargne cortisonique semble parfois nécessaire.
- Le but de cette étude est de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des formes nécessitant l'instauration du méthotrexate (MTX) comme un traitement de fond.

Matériels et méthodes:

- Il s'agit d'une étude rétrospective, dans le service de rhumatologie de Sfax, étalée sur une durée comprise entre Janvier 1995 et Juin 2017 colligeant 16 cas de MSA.
- Tous nos malades répondent aux critères diagnostiques de Yamaguchi.
- Seuls les patients dont leur traitement avait inclut le MTX ont été inclus dans cette étude.

Résultats:

Caractéristiques épidémiologiques

- Parmi les 16 cas de MSA, 6 patients ont été mis sous MTX.
- 4 patients étaient de sexe féminin (sex-ratio F/H =2).
- L'âge moyen de début était 39 ans (21-60 ans).
- Aucun malade n'avait les antécédents de RAA ni d'arthrite juvénile.

Caractéristiques cliniques

- Tous les patients avaient comme symptômes révélateurs la triade classique (fièvre-arthralgies-éruption).
- Les signes articulaires étaient retrouvés dans 100% des cas :
 - des arthrites dans 5 cas
 - des arthralgies dans tous les cas.
- Une atteinte pharyngée était notée dans 4 cas.
- Des adénopathies périphériques étaient constatées dans 1 cas.
- Une hépatomégalie était notée dans un cas.
- Un épanchement péricardique était décrit dans un cas.

Caractéristiques biologiques

- Un syndrome inflammatoire ainsi qu'une hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile étaient présents chez tous les patients. Une cytolyse hépatique est identifiée chez 2 patients et une cholestase hépatique chez 1 patient. Une hyperferritinémie est constatée dans tous les cas.

Le traitement

- Tous nos malades ont été traités par des corticoïdes à 0,5-1mg/kg.
- Les indications du traitement par MTX ont été réparties comme suit:
 - corticorésistance dans 2 cas
 - corticodépendance dans 3 cas
 - une forme destructrice dans un cas
- bonne évolution clinique biologique et radiologique dans tous les cas.

Conclusion:

La MSA nécessitant le recours au MTX est plus fréquente chez l'adulte proche de la quarantaine de sexe féminin. Le tableau clinique inaugural associe tous les signes cardinaux de la triade classique avec fréquence plus élevée d'arthrite. Le MTX était efficace dans cette étude. Cependant, dans les cas de MSA réfractaires au MTX, les agents biologiques peuvent être une alternative thérapeutique intéressante.



Myosite focale du quadriceps : à propos d'un nouveau cas et revue de la littérature

Feki.A1, Akrouit.R, Hentati.Y 2, Jriri S 1, Ben mejdouba.M1, Ezzeddine.M1, Bendjemaa.S1, Kallel.MH1, Fourati.H1, Baklouti.S1

1:Service de rhumatologie, CHU Hedi Chaker Sfax, Tunisie

2:Service de radiologie,CHU Hedi Chaker Sfax, Tunisie

Introduction :

- La myosite focale est une myopathie bénigne rare caractérisée par une inflammation focale dans un seul muscle squelettique ou un seul groupe musculaire.
- Elle atteint principalement les membres inférieurs.
- Dans la littérature 200 cas ont été rapportés.
- Nous décrivons le cas d'une femme âgée présentant une myosite focale du quadriceps.

Cas clinique:

- Une femme de 62 ans a été admise au service de rhumatologie
- **Motif:** douleur de la cuisse gauche évoluant depuis 2 mois, d'horaire mixte, résistante à plusieurs classes d'AINS et aux antalgiques habituels et occasionnant progressivement une impotence totale du membre inférieur gauche
- **pas d'antécédent de chirurgie ni de traumatisme préalable.**
- **A l'examen physique:**
 - elle ne pouvait pas marcher.
 - L'extension du genou gauche était limitée.
 - La circonférence de la cuisse gauche était légèrement augmentée avec une sensibilité à la palpation musculaire du quadriceps.
 - Le reste de l'examen physique était normal.
- **Biologie**
 - bilan inflammatoire était négatif.
 - Les enzymes musculaires étaient normaux.
 - Le bilan immunologique (facteur rhumatoïde, anti-CCP, AAN et ANCA) était normal.
- **Une échographie des parties molles de la cuisse gauche** a été faite, objectivant une tendinite des muscles ischio-jambiers au niveau de leur insertion ischiatique.
- Une infiltration cortisonique locale écho-guidée a été pratiquée à ce site mais sans amélioration.
- **Une IRM de la cuisse gauche était ainsi faite** montrant:
 - sur les images pondérées STIR (fig1)un hyper signal diffus et homogène du vaste latéral, médial et du vaste intermédiaire du quadriceps gauche.
 - Sur les images pondérées T1, il y avait un signal iso intense du quadriceps.
 - Après injection de gadolinium, il y avait une prise de contraste de ce muscle.



➢ Fig 1: un hyper signal diffus et homogène du vaste latéral, médial et du vaste intermédiaire du quadriceps gauche.

- **Une biopsie musculaire écho-guidée** avait éliminé un néoplasie et a révélé une infiltration lymphocytaire péri vasculaire.
- **Une corticothérapie** a été mise en place (1 mg / kg / jour) pendant 2 mois avec dégression lente associée à une rééducation quotidienne.
- **L'évolution** était progressivement favorable avec récupération de la fonction de la marche initialement par un déambulateur puis sans aide.

Discussion:

- La myosite focale est une myopathie rarement rapportée.
- L'IRM est utile pour le diagnostic.
- La biopsie musculaire est nécessaire pour confirmer le diagnostic et nier les autres diagnostics différentiels.
- L'auto-régression est commune.
- Dans d'autres cas, des anti-inflammatoires non stéroïdiens ou des stéroïdes peuvent être prescrits.

Conclusion:

La myosite focale est une entité rarement rapportée dans la littérature. Sa prise en charge est non encore codifiée. Notre cas montre bien qu'une corticothérapie forte dose semble être intéressante en cas de forme réfractaire aux AINS.

Dyslipidémie dans les rhumatismes psoriasiques

Athimni.S, Slouma.M , Dhahri.R , Metoui.L , Guediche N.H, gharsallah.I, louzir .B

service de médecine interne Hôpital p militaire rincipal d'instruction de Tunis

Introduction :

Le rhumatisme psoriasique est une maladie inflammatoire chronique dont la nécessité d'un suivi rapproché a permis de constater l'existence de comorbidités associées. La dyslipidémie est l'une des principaux facteurs de risque cardiovasculaire pouvant expliquer la surmortalité chez ces patients.

L'objectif de ce travail est d'évaluer la fréquence de la dyslipidémie dans le rhumatisme psoriasique et d'identifier les facteurs associés.

Matériels et méthodes :

Étude rétrospective menée au service de médecine interne de l'hôpital militaire principal d'instruction de Tunis sur la période de janvier à juin 2018 incluant 21 patients atteints de rhumatisme psoriasique selon les critères Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS). Les caractéristiques démographique, cliniques et biologiques notamment le bilan lipidique ont été relevés.

Résultats :

Nous avons inclus 21 patients : Le sex Ratio H/F 1,33. L'âge moyen était de $34,2 \pm 3$ ans. Le délai diagnostique était de $2 \pm 1,5$ ans . La moyenne du suivi $3,47 \pm 2,5$ ans. 38% des patients étaient tabagique. La BMI moyenne $27,4 \pm 4$ kg.m² . Deux patients étaient en surpoids et un seul était obèse selon les définitions de l'OMS.

L'atteinte cutanée du psoriasis précédait celle du rhumatisme dans 40% des cas, était de découverte concomitante dans 35% et dans 25% des cas l'atteinte articulaire était précoce.

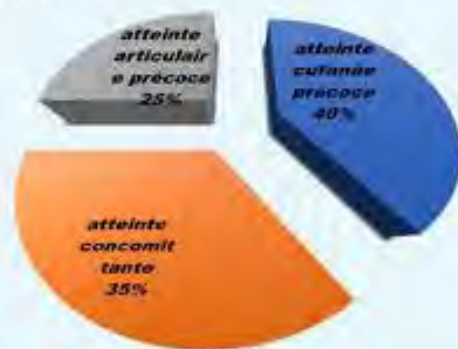


Fig1: répartition selon la Chronologie de l'atteinte cutanée et articulaire.

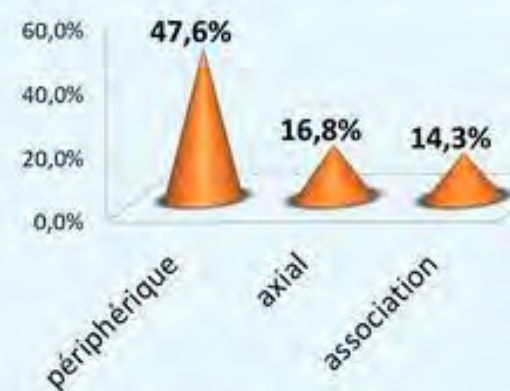


Fig2: mode de début

En dehors du psoriasis, les patients avaient comme pathologies associées :

Le diabète (DT2) chez 10% patients, l'hypertension (HTA) 5%. L'hypothyroïdie, l'insuffisance aortique, la dépression et l'insuffisance rénale ont été retrouvés respectivement chez un patient chacune. L'ostéoporose était retrouvée chez 9,5 % des patients. Le syndrome inflammatoire biologique (SIB) était retrouvé dans respectivement 52,4% pour la CRP et 33,3% des cas pour la VS,

Concernant le bilan lipidique : 42,9% des patients avaient une hypertriglycéridémie et 20% une hypercholestérolémie. Le taux de LDL était $> 1,8$ mmol/l traduisant un risque CV modéré à élever. Le coefficient LDL/HDL était $> 3,5$ chez plus de 60% des patients. L'hyperuricémie considérée comme un facteur de risque associé a été notée chez 19,04 % patients.

paramètres	P
Le sexe	0,422
la BMI	0,471
Le syndrome inflammatoire biologique	0,916
l'atteinte axiale radiographique	0,432
BASMI	0,452
DASDAI	0,632
le taux de l'acide urique	0,046
l'âge	0,002
la durée d'évolution de la maladie	0,023
l'atteinte cutanée précoce	0,041
Traitement AINS	0,348
Anti TNFα	0,772

tableau I: L'étude de corrélation entre la dyslipidémies et les facteurs de la maladie

Conclusions

La dyslipidémie est un facteur de MCV qu'il faut dépister et traiter. il est particulièrement élevé dans notre série. Nos résultats concordent avec ceux de la littérature : Un âge avancé, l'ancienneté de l'atteinte cutanée et de la maladie et finalement le taux d'acide urique étaient des facteurs associés

Spondyloarthrite chez le militaire tunisien : des particularités ?

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

service de médecine interne , hôpital militaire principal d'instruction de Tunis

Introduction :

La spondyloarthrite (SpA) est une pathologie handicapante notamment lorsqu'elle touche les jeunes militaires.

L'objectif de cette étude était de déterminer le profil de la SpA chez le militaire tunisien.

Matériels et méthodes :

Étude rétrospective de 68 cas de SpA colligés au service de médecine interne sur une période de 7 ans. Pour chaque malade nous avons recueillis les données démographiques, la durée de la maladie, les caractéristiques de la SpA ainsi que les différents traitements.

Résultats:

Tableau 1: Caractéristiques des patients atteints de spondyloarthrite

Age moyen (ans)	36,6 ± 12
Sex-ratio	2,77
Age de début de la maladie (ans)	33,8 ± 11
Délai diagnostique (mois)	40
BASDAI moyen	6,81
Biothérapie :	23 patients
Infliximab	13
Etanercept	6
Adalimumab	4

- Une lombalgie inflammatoire était le motif de consultation chez 66,11 % des patients.
- Quinze patients avaient une atteinte axiale non radiographique.
- L'atteinte périphérique était présente dans 39,70% des cas et a constitué le premier symptôme dans 36,76 % des cas.
- Une coxite a été notée dans 35% des cas (n=24).
- Elle était révélatrice de la SA dans la moitié des cas.
- Pour le reste des patients, le délai moyen entre le début de la SA et l'apparition de la coxite était de 25 mois [0-264].
- La présence d'uvéïte était significativement associée à l'élévation de la vitesse de sédimentation ($p < 0,0001$).
- Le tabagisme était plus fréquent chez les patients ayant une atteinte pulmonaire (76.9 % versus 43,5%, $p = 0,057$).
- La vitesse de sédimentation (VS) était significativement plus élevée chez les patients ayant une atteinte cardiaque (79,66 mm H1 versus 36,12 mm H1, $p = 0,001$)

Tableau 2: Manifestations extra-articulaires

Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (n)	11
Psoriasis (n)	10
Atteinte Oculaire (n) :	13
Uvéïte antérieure	9
Sécheresse oculaire	4
Atteinte cardiaque (n):	5
Insuffisance aortique	3
Troubles de la conduction	2
Péricardite	1
Atteinte pulmonaire (n) :	13
Pneumopathie interstitielle diffuse	6
Micronodule	3
Emphysème	1
Bronchectasie	1
Pleurésie	2

Discussion:

De même que Kahn, nous avons trouvé que la SA était 3 fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme,

Nos données ont également montré que 39,7% des patients avaient une atteinte périphérique de façon cohérente avec ce qui a été observé lors de travaux précédents [1].

Notre étude a souligné la fréquence élevée des MEA. Elles semblent être associées à la durée de la maladie et la vitesse de sédimentation. Ces résultats sont concordants avec les données de la littérature

Conclusion :

Les caractéristiques cliniques de nos patients apparaissent largement similaires à celles de la littérature. La particularité qu'offre notre série est le délai diagnostique qui était moins important que certaines études [2], cela est dû essentiellement à la surveillance médicale renforcée en milieu militaire.

1. De Winter, J, et al. (2016). Prevalence of peripheral and extra-articular disease in ankylosing spondylitis versus non-radiographic axial spondyloarthritis: a meta-analysis. *Arthritis research & therapy*, 18(1), 196.
2. Wendling, D., Claudepierre, P., & Prati, C. (2013). Pourquoi un diagnostic et une prise en charge précoces des spondyloarthrites?. *Revue du rhumatisme*, 80(5), 435-438.



SPA mimant une spondylodiscite : à propos d'un cas

S.jriri, M.ben majdouba, S.ben djemaa, Z.gassara, A.feki, R.grassa, R.akrouf, M.ezzedine, MH.kallel, H.fourati, S.baklouti
CHU HEDI CHEKER SFAX

Introduction :

La présence d'une érosion osseuse est un signe d'une grande valeur pour le diagnostic de spondylodiscite infectieuse. La spécificité de ce signe n'est cependant pas parfaite ; plusieurs pathologies discales non infectieuses peuvent également s'accompagner d'une érosion vertébrale. Nous rapportons le cas d'une spondylarthrite ankylosante se présentant par une discopathie érosive colligée dans un service de rhumatologie.

observation :

Patient T.A âgé de 36 ans, grand tabagique sans antécédents pathologiques notables qui a consulté pour lombofessialgies inflammatoire rebelles à un traitement symptomatique, évoluant depuis 1 an dans un contexte d'apyrexie et sans altération de l'état général.

A L'examen une raideur rachidienne était notée avec une douleur à la percussion des épineuses dorsales et lombaires et à la mobilisation ; sans syndrome radiculaire associé. Une douleur à la mise en tension de l'articulation sacro iliaque gauche avec un signe de trépied positif et une douleur à l'écartement rapprochement des ailes iliaques étaient signalées. Le bilan biologique était strictement normal.

Pour le bilan radiologique standard les radiographies du rachis dorsolombaire face et profil ont montré des syndesmophytes étagés avec une mise au carré des vertèbres quant à la radiographie du bassin nous avons noté une sacroïlite bilatérale stade III. Un complément d'exploration par une IRM rachidienne était montrant discrète prise de contraste disco vertébrale en L2 L3, L4 L5, L5 S1 avec des anomalies de signal de type MODIC I et des érosions des plateaux vertébraux en L4 L5.

Conclusion:

Les discopathies érosives de la spondylarthrite ankylosante sont parfois difficiles à distinguer d'une spondylodiscite infectieuse. L'existence d'abcès de compression médullaire et l'évolution radiologique orientent vers une origine infectieuse.



RX. Rachis dorsolombaire de face: syndesmophytes



RX. Bassin de face: sacro iléites bilatérales



IRM rachis SQ T2:discopathie érosive étagée

Intérêt de l'observation:

Les spondylodiscite aseptiques sont parfois difficiles à différencier des spondylodiscite à pyogènes d'où l'intérêt majeur ,d'une part, de l'IRM pour éliminer une origine infectieuse, faire un bilan lésionnel précis et suivre l'évolution sous traitement et d'autre part devant la présence de critères évocateurs de spondylarthropathie ainsi que sur l'évolution clinique, biologique et radiologique.

Expression clinique et radiologique de l'atteinte de l'aponévrose plantaire au cours de la Spondyloarthrite

Maatallah K1, Sellami M1, Kaffel D1, Riahi H2, Ferjani H1, Chelly Bouaziz M2, Kchir MM1, Hamdi W1

1 : Service de rhumatologie, Institut MT Kassab d'orthopédie, La Mannouba, Tunisie

2 : Service de radiologie, Institut MT Kassab d'orthopédie, La Mannouba, Tunisie

Introduction :

L'atteinte enthésitique distale des membres inférieurs est la plus fréquente au cours de la spondyloarthrite (SpA). Elle touche en particulier le calcaneum se traduisant par une enthésite achilléenne ou plantaire.

Notre objectif était d'étudier l'expression clinique et radiologique de l'aponévrosite plantaire au cours de la SpA.

Patients et Méthodes :

- Etude prospective incluant 74 patients atteints de SpA à type de spondyloarthrite ankylosante répondant aux critères de New York modifiés.
- Tous les patients ont été explorés par des radiographies des 2 talons de profil et une échographie de l'aponévrose plantaire.
- Collecte des données démographiques, radiographiques, échographiques ainsi que les caractéristiques clinique de la maladie et de l'atteinte de l'aponévrose plantaire,
- **Score radiographique global:** somme des 3 signes **radiographiques** (érosion, enthésophyte et épaissement des enthéses) au niveau des 2 enthéses.
- **Signes échographiques d'enthésite aiguë:** épaissement des enthéses, l'étude en mode Doppler, hypoéchogénicité de l'enthésite.
- **Signes d'enthésite chronique:** fissuration intra tendineuse, enthésophyte, érosions osseuses.
- **Score échographique d'enthésite aiguë:** somme des signes échographiques présents d'enthésite aiguë, variant de 0 à 10.
- **Score échographique d'enthésite chronique:** somme des signes échographiques présents d'enthésite chronique, variant de 0 à 6.
- **Score échographique global:** somme des 2 scores et variant de 0 à 16.

Résultats :

La population étudiée était composée de 52 hommes et 22 femmes (sex-ratio de 2,36), âgés en moyenne de $36 \pm 11,4$ ans.

La durée moyenne d'évolution de la maladie était de $10,8 \pm 9$ ans.

Tableau 1: Paramètres cliniques d'évaluation de l'aponévrose plantaire

Paramètre	Valeur
Score moyen de l'EVA douleur enthéses	$5,5 \pm 2,9$
Score moyen de la question 4 du BASDAI	$5,3 \pm 3,1$
SPARCC moyen	$2,9 \pm 3,9$
MASES moyen	$3,2 \pm 3,4$
Palpation douloureuse de l'aponévrose plantaire	16 patients (17% des enthéses étudiées)



Figure 1: Résultats de l'étude radiographique

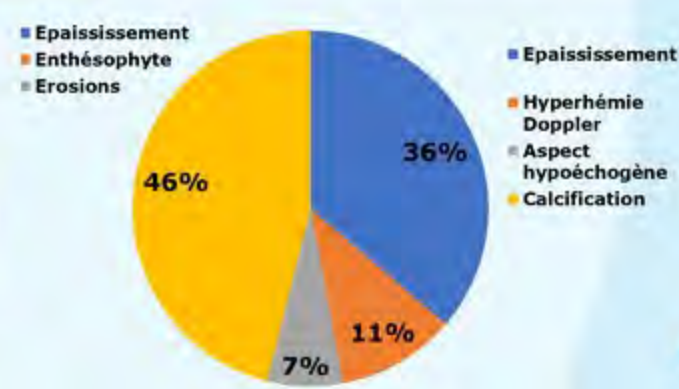


Figure 2: Résultats de l'étude échographique

- ✓ Le score radiographique moyen était de $0,7 \pm 1,08$.
- ✓ Le score échographique aigu moyen était de $0,8 \pm 1,01$.
- ✓ Le score échographique chronique moyen était de $0,8 \pm 1,1$.
- ✓ Le score échographique global moyen était de $1,7 \pm 1,6$.

Conclusions:

L'atteinte de l'aponévrose plantaire est fréquente et souvent asymptomatique au cours de la SpA, pouvant être détectée par le recours à la radiographie standard ou au mieux l'échographie.

Influence de l'atteinte de l'enthésite achilléenne sur les paramètres cliniques de la Spondyloarthrite axiale

Meriem Sellami, Wafa Hamdi, Dhia Kaffel, Hanene Ferjani, Kaouther Maatallah, Mohamed Montacer Kchir

Service de rhumatologie, Institut MT Kassab d'orthopédie, La Mannouba, Tunisie

Introduction :

L'enthésite achilléenne est une atteinte caractéristique et fréquente au cours de la spondyloarthrite (SA). Cette atteinte enthésitique pourrait influencer l'activité de la maladie et la qualité de vie des patients.

Notre but était d'étudier la corrélation entre l'évaluation clinique de l'atteinte de l'enthésite achilléenne et les paramètres cliniques spécifiques de la SA.

Patients et Méthodes :

- Etude prospective portant sur 74 patients (54 hommes) atteints de SA à type de spondyloarthrite répondant aux critères de New York modifiés.
- Collecte des caractéristiques cliniques et d'activité de la maladie à type de :
 - ✓ Bath ankylosing spondylitis disease activity index (BASDAI)
 - ✓ Bath ankylosing spondylitis functional index (BASFI)
 - ✓ Ankylosing Spondylitis Quality (AsQoL)
 - ✓ Evaluation globale de l'activité de la maladie par le patient (EGP)
 - ✓ Evaluation globale médecin (EGM)
- Les paramètres cliniques étudiés de l'atteinte enthésitique étaient :
 - ✓ Echelle visuelle analogique (EVA) douleur des enthèses
 - ✓ Question 4 du BASDAI relative à la douleur des enthèses
 - ✓ Score Spondyloarthritis Research Consortium of Canada (SPARCC)
 - ✓ Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score (MASES)

Résultats :

- L'âge moyen était de $36,05 \pm 11,47$ ans.
- L'ancienneté moyenne de la SA était de $10,8 \pm 9,02$ ans.
- Le tableau 1 résume les caractéristiques cliniques de la maladie et de l'atteinte enthésitique
- Le tableau 2 montre les corrélations entre les paramètres cliniques de l'enthésite achilléenne et les paramètres cliniques de la spondyloarthrite
- Concernant les paramètres qualitatifs de la SA, aucune association n'a été notée entre la douleur à la palpation de l'enthésite achilléenne et le sexe ($p=0,552$), l'obésité ($p=0,351$), le début juvénile ($p=0,343$), la présence de coxite ($0,552$) et l'activité de la maladie ($0,259$).

Tableau 1: Résumé des caractéristiques cliniques de la maladie et l'atteinte enthésitique

Paramètre	Valeur
Score moyen de l'EGP	$5,1 \pm 2,4$
Score moyen de l'EGM	$5,4 \pm 2,5$
BASDAI moyen	$4,8 \pm 2,6$
BASFI moyen	$4,3 \pm 3,08$
AsQoL moyen	$7,8 \pm 5,9$
Score moyen de l'EVA douleur enthèses	$5,5 \pm 2,9$
Score moyen de la question 4 du BASDAI	$5,93 \pm 6,07$
SPARCC moyen	$5,5 \pm 2,9$
MASES moyen	$3,2 \pm 3,4$

Tableau 2: Corrélation entre les paramètres cliniques de l'enthésite achilléenne et les paramètres cliniques de la Spondyloarthrite

	Age	Age de début	Durée d'évolution de la SA	EGP	EGM	BASDAI	BASFI	ASQoL
EVA douleur enthèses	r 0,195 p 0,017	0,140 0,291	0,229 0,106	0,739 0,000	0,459 0,000	0,643 0,000	0,564 0,000	0,441 0,000
Question 4	r 0,064	0,033	0,079	0,306	0,256	0,261	0,212	0,209
BASDAI	p 0,442	0,803	0,580	0,000	0,000	0,000	0,000	0,011
MASES	r 0,202 p 0,014	0,196 0,137	0,088 0,539	0,453 0,000	0,469 0,000	0,363 0,000	0,427 0,000	0,324 0,000
SPARCC	r 0,271 p 0,003	0,208 0,114	0,165 0,248	0,517 0,000	0,495 0,000	0,408 0,000	0,396 0,000	0,525 0,000
Douleur de l'enthésite achilléenne	p 0,218	0,238	0,632	0,02	0,000	0,214	0,001	0,000

Conclusions :

L'enthésite achilléenne au cours de la SA est associée à une maladie plus active, à un retentissement fonctionnel plus important avec une altération de la qualité de vie.

Place de la radiographie dans l'évaluation de l'atteinte de l'aponévrose plantaire au cours de la Spondyloarthrite

Maatallah K1, Sellami M1, Riahi H2, Kaffel D1, Ferjeni H1, Chelly Bouaziz M2, Kchir MM1, Hamdi W1

1 : Service de rhumatologie, Institut MT Kassab d'orthopédie, La Mannouba, Tunisie

2 : Service de radiologie, Institut MT Kassab d'orthopédie, La Mannouba, Tunisie

Introduction :

La radiographie standard est un outil simple et peu coûteux fréquemment utilisé dans l'évaluation de l'atteinte de l'aponévrose plantaire. L'atteinte de l'aponévrose plantaire est souvent d'origine dégénérative mais peut également rentrer dans le cadre d'une atteinte inflammatoire des enthèses au cours de la Spondyloarthrite (SpA). La corrélation entre les données radiographiques et cliniques de l'enthésite plantaire a été peu étudiée.

Notre objectif était d'étudier la corrélation entre les signes radiographiques de l'atteinte de l'aponévrose plantaire et les paramètres cliniques et biologiques de la SpA et de l'atteinte enthésitique.

Patients et Méthodes :

- Etude prospective portant sur 74 patients atteints de SpA à type de spondyloarthrite ankylosante répondant aux critères de New York modifiés.
- Collecte des données démographiques et des caractéristiques cliniques et biologiques.
- Les indices spécifiques de la maladie :
 - ✓ Bath ankylosing spondylitis disease activity index (BASDAI)
 - ✓ Bath ankylosing spondylitis functional index (BASFI)
 - ✓ Ankylosing Spondylitis Quality (AsQoL)
 - ✓ Evaluation globale de l'activité de la maladie par le patient (EGP)
 - ✓ Evaluation globale médecin (EGM)
- L'atteinte enthésitique de l'aponévrose plantaire a été évaluée par : échelle visuelle analogique (EVA) douleur enthèses, le score Spondyloarthritis Research Consortium of Canada (SPARCC) et la présence ou non de douleur à la palpation de l'aponévrose plantaire.
- Tous les patients ont été explorés par des radiographies des 2 talons de profil.

Résultats :

- Nous avons inclus 52 hommes et 22 femmes, âgés en moyenne de $36 \pm 11,4$ ans.
- L'âge de début moyen de la maladie était $19,7 \pm 11$ ans.
- La durée moyenne d'évolution de la maladie était de $10,8 \pm 9$ ans.
- La palpation de l'aponévrose plantaire était douloureuse chez 16 patients (17% des enthèses étudiées).

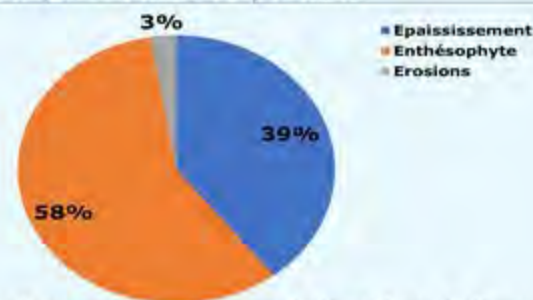


Figure 1 : Résultats radiographiques de l'atteinte de l'aponévrose plantaire

Tableau 1: Etude de corrélation entre les paramètres radiographiques et cliniques de l'atteinte de l'aponévrose plantaire

Paramètre	Epaississement	Enthésophyte	Erosion
EVA douleur enthèses	p=0,455	p=0,002	p=0,169
SPARCC	p=0,265	p=0,000	p=0,536
Douleur à la palpation de l'enthèse	p=0,112	p=0,021	p=0,168
Age	p=0,255	p=0,002	p=0,723
EGM	p=0,235	p=0,003	p=0,221
EGP	p=0,147	p=0,001	p=0,463
BASDAI	p=0,366	p=0,025	p=0,178

- L'âge de début de la maladie, la durée d'évolution du rhumatisme, l'indice de masse corporelle, le BASFI et l'ASQoL n'étaient pas associées aux signes radiographiques de l'aponévrosite plantaire.
- Aucune association significative n'a été notée entre la vitesse de sédimentation et la protéine C réactive et les données radiographiques.

Conclusions :

La présence d'enthésophyte est le signe radiologique le plus corrélé aux paramètres cliniques de l'atteinte enthésitique de l'aponévrose plantaire.



Le statut en vitamine D influence-t-il le niveau de fatigue au cours de la SPA ?

Triki W (1), Tekaya R (1), Jemmali I (2), Saidane O (1), Ben Tekaya A (1), Mahmoud I (1), Bouzid K (2), Abdelmoula L(1)

(1) Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

(2) Service de Biochimie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction :

La fatigue est une plainte fréquemment rapportée par les patients atteints de spondylarthrite ankylosante (SPA), qui du fait de son impact négatif sur leurs activités quotidiennes, altère la qualité de vie. L'influence de la carence en vitamine D sur le niveau de fatigue a été rapportée dans de nombreuses maladies inflammatoires chroniques, notamment le lupus érythémateux systémique, la polyarthrite rhumatoïde et la sclérose en plaque. L'objectif de cette étude était d'évaluer le niveau de fatigue chez les patients présentant une SPA et de déterminer l'influence du statut en vitamine D sur ce paramètre.

Matériels et méthodes:

- Etude transversale
- Patients atteints de SPA selon les critères ASAS 2009, sur une période de 7 mois, entre Avril et Octobre 2016.
- Les données anamnestiques ainsi que les données de l'examen physique ont été colligées.
- Les paramètres relatifs à la maladie ont été relevés.
- Tous les patients ont répondu à des auto-questionnaires évaluant l'activité de la SPA (BASDAI et ASDAS-crp), la gêne fonctionnelle (BASFI) et la fatigue (FACIT-F).
- Un dosage de la vitamine D a été réalisé pour tous les patients.

Résultats:

40 patients ont été inclus: 27 hommes et 13 femmes

Le tableau 1 illustre les caractéristiques des patients et de la maladie.

Tableau 1: caractéristiques des patients et de la maladie

Paramètres	
Age (ans)	43,55±12,26 [26-74]
Durée moyenne d'évolution de la SPA (ans)	13,45±8,70 [3-38]
Score moyen ASDAScrp	2,57±0,97 [0,85-4,37]
BASDAI	5,55±3,21 [0-10]
Facit	21,13.
Anti-TNFα (%)	60%

fig1: répartition des patients selon le degré de Fatigue

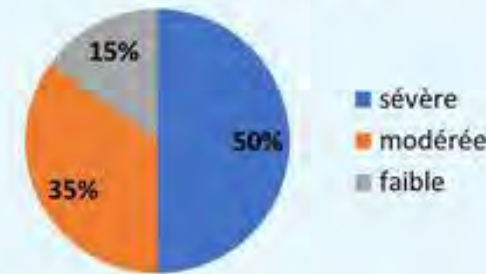
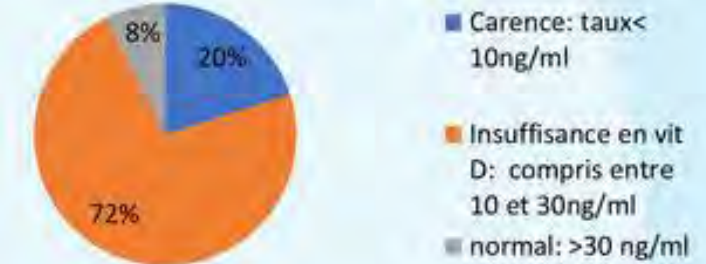


fig2: répartition des patients selon le taux de vitamine D



Les facteurs corrélés à la fatigue au cours de la SPA étaient le sexe féminin ($p = ,05$), la douleur rachidienne ($p < 0,001$), la douleur enthésitique ($p < 0,001$), l'activité de la maladie ($p < 0,001$) et la gêne fonctionnelle ($p < 0,001$). Le taux de vitamine D n'était pas corrélé au niveau de fatigue ($r = -0,02$, $p = 0,91$).

Conclusion:

Ce travail a permis d'illustrer la fréquence de la fatigue et de l'hypovitaminose D au cours de la SPA. Néanmoins et à l'opposé des autres rhumatismes inflammatoires, le statut en vitamine D ne semble pas avoir d'impact sur la fatigue. Des études à plus large effectifs seraient contributives afin de mieux explorer cette relation.



Evaluation de l'activité de la maladie (RAPID3) chez les patients atteints de spondylarthrite

MAATALLAH K, BOUDEN S, REKIK M, KAFFEL MD, FERJANI H, HAMDI W, KCHIR MM

Introduction :

Le RAPID3 est un auto questionnaire simple qui permet d'évaluer l'activité de la maladie au cours de la Polyarthrite rhumatoïde. Quelques études ont rapportés qu'il est également corrélé à l'activité de la maladie au cours de la spondylarthrite L'objectif de notre étude était de chercher une corrélation entre le score RAPID3 et les différents paramètres d'activité de la maladie.

Patients et méthodes :

Il s'agissait d'une étude prospective réalisée sur une durée de quatre mois ayant inclus 53 patients suivis pour spondyloarthrite qui répondent aux critères de classification de l'Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS). Nous avons évalué la fonction, la douleur et l'état global de santé par le RAPID3. Puis, nous avons étudié la corrélation entre le RAPID3 et le BASDAI, le BASFI, l'EVA douleur, l'état global du patient (EGP), la durée de la raideur matinale (RM) et le nombre de réveils nocturnes (RN).

Résultats :

Nous avons colligé 44 hommes (83%) et 9 femmes (17%), d'âge moyen 42.09 ± 17.40 ans. Le BASDAI moyen était $5,21 \pm 1,99$, le BASFI moyen était $5,70 \pm 1,97$, la moyenne de l'EGP était $67,19 \pm 22,60$, celle de l'EVA douleur était $6,25 \pm 2,26$, la RM moyenne était $54,82 \pm 6,09$ minutes et le nombre de RN moyen était 3 ± 2 . La moyenne du RAPID3 était $5,8 \pm 1,7$. Le RAPID3 était significativement corrélé avec le BASFI ($r=0,477$, $p=0,021$), le BASDAI ($r=0,608$, $p=0,001$), l'EVA douleur ($r=0,560$, $p=0,001$), l'EGP ($r=0,510$, $p=0,003$), la durée de la raideur matinale ($r=0,444$, $p=0,018$) et le nombre de réveils nocturnes ($r=0,387$, $p=0,042$).

Conclusion:

Nos résultats concordent avec les données retrouvées dans la littérature et il semble possible d'utiliser cet auto-questionnaire simple et rapide au cours de la surveillance des spondyloarthrites.



Performance of different criteria defining inflammatory lumbar back pain in radiographic and non-radiographic axial spondyloarthritis

HAMDI W, BOUDEN S, MAATALLAH K, FERJANI H, KAFFEL MD, KCHIR MM

Introduction :

Inflammatory lumbar back pain (IBP) is the revealing symptom of Axial Spondyloarthritis (AS) in the most of cases. Therefore, recognizing an IBP is important in early diagnosis, especially in non-radiographic AS. Different criteria were established for defining IBP. None of them showed his superiority. Recently, the Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS) presented a new definition of IBP. The aim of our study was to evaluate the performance of the ASAS criteria and to compare them with the old criteria Calin, Calin 3/5 and Berlin for IBP.

Methods:

A Prospective cross-sectional study was performed including patients with chronic lumbar back pain (≥ 3 months), and hospitalized in the department of rheumatology between January 2014 and December 2017. All the patients responded to a standardized questionnaire that took into account the parameters forming the ASAS, the Calin and the Berlin criteria for IBP. For the Calin score, at least four out of five criteria were required to be considered as positive, for this study we used also the Calin 3/5 which required only three criteria out of 5 be considered as positive. The sensitivity and specificity of each criterion was calculated based on the progression to confirmed AS or not after 2 years of patient recruitment.

Results:

Forty patients were included. Twenty-eight (70%) were female. The mean age was 39 years [17-59]. A familial history of AS was reported in 10% of cases. A personal history of psoriasis was found in 17,5% and inflammatory bowel disease in 2,5%. The mean duration of the history of IBP at the recruitment was 61,6 months [6-430]. A trauma preceded symptoms in 15% of cases and a delivery in 5% of cases. The diagnosis of AS was confirmed according to the criteria of Amor in 37 cases and denied in 3 cases. The ASAS criteria were positive in 12 cases/37, Calin and Berlin in 18 cases/37 each and Calin 3/5 in 32 cases/37. Specificity of all criteria was 33,3%. The sensitivity was better for the criteria Calin 3/5 (86.4%) compared to the criteria Calin and Berlin (48.6%) each and ASAS (32.4%). The positive predictive value was 94%, 90%, and 85.7% respectively, and the negative predictive value was 16.6%, 5%, and 3.8%, respectively. For the criteria Calin 3/5 the likelihood ratio (LR) + was 1.29 and the LR- was 0.42. For the criteria Calin and Berlin the LR + was 0.72 and the LR- was 1.56. For the ASAS criteria the LR + was equal to 0.48 and the LR- was equal to 2.06. The homogeneity of the variances Q test was positive only for the criteria Calin 3/5 (Q=+ 0.52).

Conclusion:

Our study suggests that among the classification criteria currently available to define IBP, the Calin 3/5 criteria have the best sensitivity and that all criteria Calin, Calin 3/5, Berlin and ASAS have the same specificity. Therefore, we can conclude that the Calin 3/5 criteria can be used for first sorting of patients due to satisfactory sensitivity.



Association myasthénie auto immune avec spondyloarthrite : À propos d'un cas

Jomaa.O, Brahem.M, Hachfi.H, Abdallah.A, Younes.M

Service de rhumatologie CHU Taher Sfar Mahdia Monastir

Introduction

La myasthénie est souvent associée à d'autres affections ayant en commun une origine immunologique démontrée ou probable. C'est le cas de la polyarthrite rhumatoïde, du lupus érythémateux systémique et de l'anémie de Biermer. Cependant, l'association spondyloarthrite-myasthénie demeure inhabituelle. Nous en rapportons une nouvelle observation.

Observation

Patiente âgée de 55 ans, suivie pour myasthénie auto-immune bien équilibrée sous traitement médical avec ostéoporose sous résidronate mono sodique. Elle a été hospitalisée en octobre 2015 dans un tableau de polyarthrite chronique bilatérale et asymétrique évoluant depuis 6 mois, touchant le poignet gauche, les métacarpo-phalangiennes des 2^{ème} et 3^{ème} doigts droits et le genou gauche, associée à une lombalgie, une cervicalgie ainsi qu'une uvéite antérieure de l'œil droit. Le bilan biologique a montré un syndrome inflammatoire modéré. Les radiographies ont objectivé une sacroïlite stade 4 avec une déminéralisation osseuse et mise en carré des vertèbres sans syndesmophytes décelables. Le diagnostic de spondyloarthrite avec atteinte axiale et périphérique a été retenu chez cette patiente myasthénique. L'évolution était favorable sous anti-inflammatoires non stéroïdiens et rééducation fonctionnelle.

Discussion

La myasthénie est une maladie auto-immune liée à un blocage des récepteurs de la plaque motrice par des anticorps anti récepteurs d'acétylcholine, traduite par une fatigabilité excessive de la musculature striée. Elle est associée à une autre maladie auto-immune ou à une connectivite dans 10 à 15% des cas, Cette association n'est certainement pas fortuite, faisant intervenir des facteurs immunologiques essentiellement le système HLA DR [1, 2, 3,5]. Mais l'association myasthénie à une spondylarthropathie (type SPA) était peu décrite dans les séries anciennes de la littérature. La rareté de cette association, fait que les mécanismes physiopathologiques restent inexplicés.

Conclusion

L'association de la myasthénie à d'autres maladies auto-immunes n'est certainement pas fortuite et bien que l'association myasthénie-spondyloarthrite apparaît rare dans la littérature, Il serait recommandé de réaliser systématiquement des radiographies du rachis lombaire et des sacro-iliaques chez les patients atteints de myasthénie se plaignant de douleurs lombaires basses souvent attribuées à tort à des douleurs musculaires dans le cadre de leur myasthénie.

Evaluation de l'état de santé et de la qualité de vie par l'ASAS Health Index chez les patients atteints de spondylarthrite

Maatallah k, Habechi M, Rekik M, kaffel D, Ferjeni H, Hamdi W, kchir MM:

Service de rhumatologie, Institut Mohamed Kassab d'orthopedie, Manouba, Tunisie

Introduction :

L'ASAS Health Index (ASAS HI) est un nouveau questionnaire validé comportant 17 items de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.

- Les objectifs de notre étude étaient d'évaluer le ASAS HI chez des patients tunisiens porteurs d'une spondylarthrite et de chercher une corrélation entre ce score et les différents paramètres cliniques de la maladie.

Materiels et méthodes :

Il s'agissait d'une étude prospective réalisée sur une durée d'un mois (Aout 2017) ayant inclus 53 patients suivis pour spondylarthrite qui répondent aux critères de classification de l'Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS). Nous avons évalué leur état de santé par l'ASAS HI pour chercher une corrélation entre ce score et l'ASQOL, le BASFI, le BASDAI et les données cliniques liées à la maladie (l'EVA douleur, l'état global du patient (EGP), la durée de la raideur matinale et le nombre de réveils nocturnes).

Résultats :

53 patients ont été inclus dont les caractéristiques sont détaillées dans le tableau ci-dessous:

Sexe masculin, (%)	83
Age moyen (ans)	42 [24-59]
BASDAI moyen	5.21 ± 1.99
BASFI moyen	5.70 ± 1.97
EGP moyen	67.19 ± 22.60
EVA douleur moyenne	6.25 ± 2.26
la RM moyenne (MINUTES)	54.82 ± 6.09
le nombre de RN moyen	3 ± 2
Score ASAS HI moyen	10.28 ± 2.26

-Le score global de l'ASAS HI était significativement corrélé avec le BASFI ($r=0,550$, $p=0,007$) le BASDAI ($r=0,475$, $p=0,014$) et l'ASQOL ($r=0,646$, $p<0,001$).

Conclusion :

Les résultats rapportés dans cette étude confirment la faisabilité, et la fiabilité de l'ASAS HI chez les patients atteints de spondylarthrite. Ce nouvel indice procure des informations pertinentes sur le fonctionnement et la santé des patients atteints de spondylarthrite.



Etude de la validité de la mesure de la densité osseuse au niveau du radius au cours des spondyloarthrites

Borgi O, Jguirim M, Beltaifa M, Fakhfakh R, Miri S, Ben Chekaya N, Zrour S, Bejia I, Touzi M, Bergaoui N

Service de Rhumatologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction :

- Les spondyloarthropathies (SpA) dont le chef de file la spondyloarthrite ankylosante (SA) est un groupe de rhumatisme inflammatoire chronique caractérisé par une évolution progressive vers l'ossification et l'ankylose, avec parallèlement le développement d'une ostéoporose diffuse. Différentes techniques ont été utilisées pour évaluer la masse osseuse au cours des SpA.
- Le but de ce travail est d'étudier la validité de la mesure de la densité minérale osseuse (DMO) au niveau du radius au cours des SpA.

Patients et méthode :

- La DMO au niveau du radius a été mesurée chez 60 patients suivis pour SpA (SA, rhumatisme psoriasique (RP) et rhumatisme associé aux MICI). La valeur diagnostique de notre test (mesure de la DMO au niveau du radius) par référence à un diagnostic a été étudiée en utilisant la courbe ROC (Receiver Operating Characteristic).
- La **courbe ROC** est un outil graphique permettant de représenter la capacité d'un test à discriminer entre la population des malades et des non malades. La courbe ROC représente en ordonnée la proportion des tests positifs parmi la population malade (sensibilité) en fonction de la proportion de tests positifs parmi la population non malade (complément de la spécificité ou spécificité en abscisse) pour toutes les valeurs seuils envisageables.
- A partir de la courbe ROC, on peut définir la **sensibilité** et la **spécificité** correspondantes à notre test diagnostique ainsi que les valeurs prédictives positives et négatives (VPP et VPN).

Résultats :

- L'âge moyen des patients était 40,52± 11,28 ans. Il s'agissait de 57 hommes et 3 femmes.
- Le profil pathologique des patients était le suivant : SA dans 55 cas (92%), rhumatisme des MICI dans 4 cas (7%) et RP dans un seul cas (Figure1)

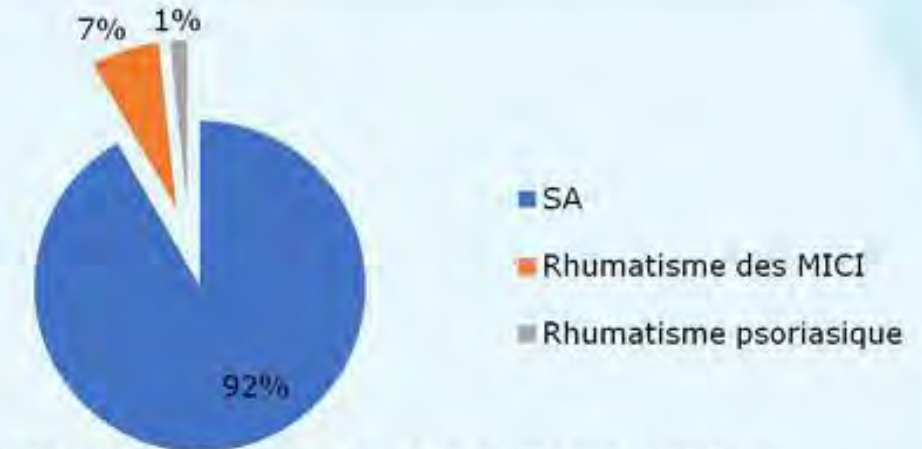


Figure 1: Répartition des patients selon le profil pathologique

- Le T-score moyen du radius était -0,833±0,963 DS.
- La mesure de la DMO au niveau du radius a permis de retenir le diagnostic de l'ostéoporose dans 6,6% des cas et l'ostéopénie dans 30% des cas.
- Ainsi, ce test a une **sensibilité de 0,75, une spécificité de 0,95, une VPP de 0,91 et une VPN de 0,81.**
- La valeur T-score égale à **-1,150 DS** est la **valeur seuil** au niveau du radius qui permet de trancher entre une densité osseuse minérale normale et une ostéopathie raréfiante.

Discussion et conclusion :

- Notre travail a montré une bonne sensibilité et une bonne spécificité de la mesure de la DMO au niveau du radius en matière de détection d'ostéopathie raréfiante au cours des SpA, en particulier au cours de la SA, ce qui nous mène à conclure que ce test diagnostique est valide pour l'évaluation du statut osseux chez les patients atteints de SpA et surtout en cas de maladie très avancée avec des phénomènes d'ostéoformation très importants ou en cas de difficultés techniques de positionnement des patients sur la table de l'examen au stade d'ankylose des hanches et des sacro-iliaques.



Observance des anti TNF alpha chez les patients atteints de spondyloarthrite

Habechi M, Maatallah K, Kaffel D, Ferjeni H, hamdi W, Kchir MM

Service de rhumatologie, Institut Mohamed Kassab d'orthopedie, Manouba, Tunisie

Introduction :

Les patients atteints de spondyloarthrite (SpA) nécessitent un traitement au long cours pour un contrôle optimal de la maladie et éviction des complications . L'observance thérapeutique est souvent faible au cours des maladies chroniques, l'observance des anti TNF alpha au cours de la SpA est cependant peu étudiée.

Méthodes:

Il s'agissait d'étude prospective transversale réalisée au service de rhumatologie incluant des patients atteints de SpA et traités par anti TNF alpha. Les patients ont été contactés par téléphone et interrogés à l'aide d'un questionnaire pré établi pour évaluer l'observance aux anti TNF alpha sur les 6 derniers mois du traitement. Un patient était considéré non observant s'il avait manqué une dose ou décalait une dose de plus de 50% du temps prévu.

Résultats:

32 patients atteints de SpA ont été inclus dont les caractéristiques sont détaillées dans le tableau ci-dessous:

Sex-ratio H/F		3.5
Age moyen (ans)		42 [20-72]
Niveau socio-économique	faible	33%
	Moyen	66%
Niveau d' instruction ,n(%)	primaire	15(46,8)
	secondaire	9(28,1)
	universitaire	5(15,6)
	analphabète	3(9,3)
Activité professionnelle		75%
Durée d' évolution moyenne (ans)		10 [3-32]
BASDAI moyen		4.5
Les Anti TNF alpha , n(%)	l'Etanercept	22 (68,7)
	l' Adalimumab	6 (18,7)
	l'Infliximab	4(12,5)
Durée moyenne du traitement (mois)		36 [6-120]

-Soixante-huit pour-cent des patients étaient non observants.

-Le traitement a été arrêté 4 fois en moyenne [1-12] pour une durée moyenne de 3 semaines [1-10].

-Les causes d'arrêt du traitement sont détaillées dans le tableau suivant:

		% des patients
Retard de la prise en charge		63
Effets indésirables	Causes infectieuses	68,7
	Réaction d'hypersensibilité	3,1
Sensation de guérison		18
Inefficacité du traitement		5
Déplacement		13

-Les patients ayant un bon niveau socio économique et ceux ayant un niveau d'instruction élevé étaient plus observant mais sans atteindre le seuil de significative ($p=0,06$) et ($p=0,07$) respectivement.

Discussion :

Les facteurs prédictifs de la bonne observance thérapeutique des Anti-TNF alpha chez les patients atteints de SpA peuvent être regroupés en 4 grands chapitres selon qu'ils sont liés au sujet lui-même , à son environnement (Le retard de la prise en charge par la sécurité sociale constitue un obstacle au suivi du traitement, à notre pays) ,au caractère chronique et invalidant de la maladie et à l'efficacité des thérapeutiques actuels (Le fait que la biothérapie expose à des effets indésirables notamment infectieux nécessitant un suivi médical rigoureux, peut expliquer ,en partie , le défaut de la persistance des patients).

Conclusion:

Dans notre étude deux tiers des patients ne prenaient pas correctement leur traitement en rapport avec des causes diverses, ce qui souligne l'importance d'une évaluation régulière de la compliance des patients à leur traitement avant toute décision thérapeutique



Le statut en vitamine D chez les patients atteints de spondylarthrite ankylosante

Feki.A1, Akrouf.R1, Jriri.S1, Benmejdouba.M1, Ben Djmeaa.S1, Ezzeddine, M1, Kallel.MH1, Ghorbel.A2, Fourati.H1, Ayadi.F2, Baklouti.S1

1: Service de rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie

2: Laboratoire de biochimie CHU Habib Bourguiba Sfax Tunisie

Introduction :

- La spondylarthrite ankylosante (SPA) est le second rhumatisme inflammatoire chronique de l'adulte après la polyarthrite rhumatoïde.
- Certaines études de la littérature supposent l'hypothèse d'une hypovitaminose D associée à ce rhumatisme.
- Le but de cette étude est d'étudier le statut en vitamine D chez des patients atteints de SPA puis les comparer avec des témoins sains appariés.

Matériels et méthodes:

- Il s'agit d'une étude transversale type cas-témoins incluant 47 patients atteints de SPA répondants aux critères de New York modifiés et 47 témoins appariés selon l'âge, le sexe et l'IMC.
- Un dosage de la 25OH vitamine D a été pratiqué chez les 2 groupes.
- Une Carence en vitamine D est définie par un taux < 10 ng/ml, un Déficit si le taux est compris entre 10 et 20ng/ml, une insuffisance si le taux est compris entre 21 et 29 ng/ml. Un Statut normal en vitamine D est définie par un taux ≥ 30 ng/ml.
- Dans l'analyse statistique une p < 0,05 est considérée comme significative.

Résultats:

Caractéristiques épidémiologiques

- L'âge moyen des patients était de 43,81 ± 13,47 ans.
 - Le sex-ratio H/F était de 2,9/1 dans les 2 groupes.
 - Parmi nos patients, 29,8% étaient sédentaires.
- L'IMC moyen de nos patients était de 25,5 ± 6,1kg/m².

Caractéristiques cliniques

- l'âge de début moyen de SA était 28,1 ± 9,1 ans
- La durée d'évolution moyenne de 15,07 ± 10,9 ans.
- Le BASDAI moyen était de 3,4 ± 1,69.
- 21 patients présentaient une forme active (soit 44,6%) au moment du recrutement.

- L'ASDAS calculé par la CRP était en moyenne de 2,36 ± 0,96.
- 12 patients avaient une activité modérée
- 23 patients avaient une maladie active
- 6 patients avaient une maladie très active.
- Le BASFI moyen était de 43,51 ± 24,6 %

Le traitement

- 41 patients (87,2%) étaient sous AINS.
- 19 patients (40,4%) étaient sous traitement de fond au moment de l'étude.
- 8 patients étaient sous anti TNFα.

Vitamine D

- La valeur moyenne de la vitamine D chez les patients était de 14,89 ± 7,26 ng/ml [3-29,47] sans différence significative avec les témoins (15,09 ± 6,75 ng/ml, p= 0,893).
- Le statut en vitamine D était réparti comme suit :
 - un statut normal chez 4 patients (8,5%)
 - un déficit chez 22 patients (46,8%)
 - une insuffisance chez 7 patients (14,9%)
 - une carence chez 14 patients (29,8%).
- Ainsi 91% de nos patients avaient des taux bas de la vitamine D.
- Aucune association significative n'a été constatée entre la vitamine D et l'âge des patients, le sexe et l'IMC ni avec les paramètres de la maladie (la durée d'évolution, le BASDAI, l'ASDAS et le BASFI).

Conclusion:

Une hypovitaminose D semble être associée à la SPA dans cette étude. Cependant des chiffres bas ont été aussi constatés aussi chez les témoins sains soulevant une autre fois la problématique des valeurs seuils de cette vitamine probablement à rectifier dans notre population tunisienne.

Atteinte des hanches au cours des SPA

Miri S.¹, Jguirim M.¹, Ben Ltaifa M.¹, Ben Chekaya N.¹, Borji O.¹, Fakhfakh R.¹, Zrouf S.¹, Bejia I.¹, Touzi M.¹, Klii R.², Bergaoui N.¹

¹ Service de Rhumatologie, CHU Fattouma-Bourguiba, Monastir, Tunisie

² Service de Médecine Interne, CHU Fattouma-Bourguiba, Monastir, Tunisie

Introduction

L'atteinte de l'articulation coxo-fémorale est une complication fréquente au cours des spondyloarthrites (SPA) qui modifie le pronostic fonctionnel. Le but de ce travail est d'évaluer la fréquence de cette atteinte, ses caractéristiques cliniques et radiologiques.

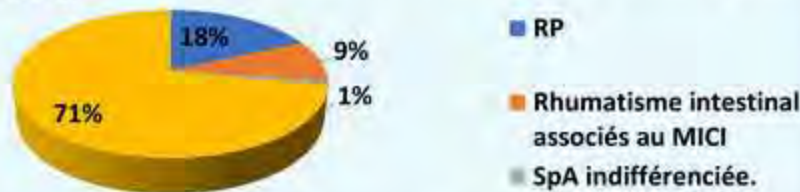
Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude **rétrospective monocentrique** menée au service de rhumatologie de l'hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir entre 1999 et 2013 portant sur 160 patients atteints de SpA. Pour être inclus dans notre étude, tous les malades devaient répondre aux critères diagnostiques de chaque entité clinique : critères de New York modifiés et d'AMOR pour la SPA primitive, critères de CASPAR pour le rhumatisme psoriasique et les critères de l'ESSG pour les SpA.

Résultats

Parmi les 160 patients atteints de SpA, nous avons compté 116 cas de SPA primitive (72 %), 29 cas de RP (18 %), 14 cas de rhumatisme intestinal associés au MICI (9 %) et 1 cas de SpA indifférenciée.

Répartition des patients selon le type de spondyloarthropathie :



Nos patients se répartissent en 117 hommes et 43 femmes soit un **sexe ratio** de 2,7 H / 1 F.

L'âge moyen de début était de 37,5 ans \pm 13,5 avec des extrêmes allant de 13 à 78 ans.

L'ancienneté de la maladie était variable selon le type de SpA. Globalement, elle varie de 0 à 15 ans avec une moyenne de 1 \pm 2 ans avec une ancienneté plus élevée dans le groupe de RP.

La VS moyenne est de 53 mm \pm 33,59 et la CRP moyenne était de 34,45 mg/L \pm 45,77. Un **syndrome inflammatoire biologique** était trouvé chez 62 % des cas de SPA primitive, 48% des cas de RP, 85,7 % de cas de rhumatisme intestinal.

Les **manifestations extra-articulaires** étaient présentes chez 30 patients atteints de SPA primitive et 4 patients atteints de RP.

La **sacroiliite radiologique** était retrouvée chez 98 patients soit 61,25 %. Elle était bilatérale chez 89 patients soit 56 % et unilatérale chez 9 patients soit 5 %.

Une **coxite** a été observée chez 85 patients soit 53,125 %. L'atteinte est unilatérale chez 21 cas soit 24,7 % et bilatérale chez 64 cas soit 75,3 %.

La fréquence de l'atteinte des hanches en fonction de type de SpA est donnée par ce tableau:

Type de SpA	Forme axiale		Forme périphérique		Forme mixte	
	Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)
SPA primitive	42	(36,2)	29	(25)	45	(38,8)
Rhumatisme Psoriasique	3	(12)	22	(75)	4	(13)
Rhumatisme intestinal	5	(35,7)	6	(42,8)	3	(21,5)
SpA indifférenciée	0		1		0	

A propos du **traitement** : 90 % de nos patients avaient reçu des antalgiques, 80,6 % de nos patients avaient reçu des AINS et 34,4 % avaient reçu des corticoïdes. La SLZ était prescrite dans 82 cas soit 51,3 %. La MTX était prescrite dans 28 cas soit 17,5 %. Les anti-TNF α étaient prescrits dans 17 cas soit 10,6 %. Neuf patients ont eu un remplacement prothétique de la hanche dont 6 unilatéral et 3 bilatéral.

Conclusion

L'atteinte de la hanche marque un tournant évolutif et péjoratif au cours des spondyloarthrites. Elle doit être recherchée systématiquement au moment du diagnostic car elle peut être inaugurale de la maladie.

Atteinte des hanches au cours des SPA

Miri S.¹, Jguirim M.¹, Ben Ltaifa M.¹, Ben Chekaya N.¹, Borji O.¹, Fakhfakh R.¹, Zrouf S.¹, Bejia I.¹, Touzi M.¹, Klii R.², Bergaoui N.¹

¹ Service de Rhumatologie, CHU Fattouma-Bourguiba, Monastir, Tunisie

² Service de Médecine Interne, CHU Fattouma-Bourguiba, Monastir, Tunisie

Introduction

L'atteinte de l'articulation coxo-fémorale est une complication fréquente au cours des spondyloarthrites (SPA) qui modifie le pronostic fonctionnel. Le but de ce travail est d'évaluer la fréquence de cette atteinte, ses caractéristiques cliniques et radiologiques.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude **rétrospective monocentrique** menée au service de rhumatologie de l'hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir entre 1999 et 2013 portant sur 160 patients atteints de SpA. Pour être inclus dans notre étude, tous les malades devaient répondre aux critères diagnostiques de chaque entité clinique : critères de New York modifiés et d'AMOR pour la SPA primitive, critères de CASPAR pour le rhumatisme psoriasique et les critères de l'ESSG pour les SpA.

Résultats

Parmi les 160 patients atteints de SpA, nous avons compté 116 cas de SPA primitive (72 %), 29 cas de RP (18 %), 14 cas de rhumatisme intestinal associés au MICI (9 %) et 1 cas de SpA indifférenciée.

Répartition des patients selon le type de spondyloarthropathie :



Nos patients se répartissent en 117 hommes et 43 femmes soit un **sexe ratio** de 2,7 H / 1 F.

L'âge moyen de début était de 37,5 ans \pm 13,5 avec des extrêmes allant de 13 à 78 ans.

L'ancienneté de la maladie était variable selon le type de SpA. Globalement, elle varie de 0 à 15 ans avec une moyenne de 1 \pm 2 ans avec une ancienneté plus élevée dans le groupe de RP.

La VS moyenne est de 53 mm \pm 33,59 et la CRP moyenne était de 34,45 mg/L \pm 45,77. Un **syndrome inflammatoire biologique** était trouvé chez 62 % des cas de SPA primitive, 48% des cas de RP, 85,7 % de cas de rhumatisme intestinal.

Les **manifestations extra-articulaires** étaient présentes chez 30 patients atteints de SPA primitive et 4 patients atteints de RP.

La **sacroiliite radiologique** était retrouvée chez 98 patients soit 61,25 %. Elle était bilatérale chez 89 patients soit 56 % et unilatérale chez 9 patients soit 5 %.

Une **coxite** a été observée chez 85 patients soit 53,125 %. L'atteinte est unilatérale chez 21 cas soit 24,7 % et bilatérale chez 64 cas soit 75,3 %.

La fréquence de l'atteinte des hanches en fonction de type de SpA est donnée par ce tableau:

Type de SpA	Forme axiale		Forme périphérique		Forme mixte	
	Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)
SPA primitive	42	(36,2)	29	(25)	45	(38,8)
Rhumatisme Psoriasique	3	(12)	22	(75)	4	(13)
Rhumatisme intestinal	5	(35,7)	6	(42,8)	3	(21,5)
SpA indifférenciée	0		1		0	

A propos du **traitement** : 90 % de nos patients avaient reçu des antalgiques, 80,6 % de nos patients avaient reçu des AINS et 34,4 % avaient reçu des corticoïdes. La SLZ était prescrite dans 82 cas soit 51,3 %. La MTX était prescrite dans 28 cas soit 17,5 %. Les anti-TNF α étaient prescrits dans 17 cas soit 10,6 %. Neuf patients ont eu un remplacement prothétique de la hanche dont 6 unilatéral et 3 bilatéral.

Conclusion

L'atteinte de la hanche marque un tournant évolutif et péjoratif au cours des spondyloarthrites. Elle doit être recherchée systématiquement au moment du diagnostic car elle peut être inaugurale de la maladie.



L'atteinte du rachis cervical au cours de la spondylarthrite ankylosante (SPA)

Feki.A, Akrouit.R, Grassa.R, Gassara.Z, Ben Djmeaa.S, Ezzeddine.M, Kallel.MH, Fourati.H, Baklouti.S

Service de rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie

Introduction :

- L'atteinte du rachis cervical au cours de la SPA est moins fréquente que celle des autres étages (lombaire et dorsal).
- Cependant, cette atteinte ne semble pas être rare.
- Le but de ce travail est de rapporter la fréquence de cette atteinte, ses caractéristiques cliniques et surtout radiologiques.

Matériels et méthodes:

- Il s'agit d'une étude transversale incluant 79 cas de SPA (qui ont bénéficié d'une radiographie du rachis cervical).
- colligés dans le service de rhumatologie CHU Hedi Chaker à Sfax.
- Seuls les patients ayant une atteinte cervicale clinique et/ou radiologique ont été inclus dans cette étude.

Résultats:

- 40 patients présentaient une atteinte cervicale (50,6%).
- 25 patients avaient une atteinte clinique seule
- 5 patients avaient une atteinte radiologique seule
- 10 patients avaient une atteinte clinique et radiologique.
- Le sex-ratio (H/F) était de 25/15 soit 1,6.
- L'âge moyen de diagnostic de la SPA était de 43 ans (18 et 72 ans).

Sur le plan clinique

- les cervicalgies d'horaires inflammatoires avaient dominé la symptomatologie (62,5%).
- Elles étaient:
 - inaugurales dans 48,5% des cas
 - tardive dans 25% des cas.
- Une limitation des mouvements articulaires du rachis cervical a été constatée dans 37% des cas.
- Les signes neurologiques étaient absents dans cette série.

Sur le plan radiologique

- une rectitude du rachis cervical dans 10 cas
- une spondylite antérieure de Romanus dans 3 cas
- une ankylose de l'articulaire postérieure dans un cas
- des syndesmophytes dans 5 cas. fig1



Fig 1: syndesmophytes cervicaux antérieurs étagés

Le traitement

- La totalité des patients étaient sous anti-inflammatoires non stéroïdiens
- 9 patients étaient sous anti-TNF alpha.
- 15 avaient bénéficié en plus d'une rééducation du rachis cervical.

L'évolution sous traitement

- était bonne dans 50% des cas avec régression des signes fonctionnels,
- stationnaire dans 13 cas
- mauvaise avec accentuation des cervicalgies dans 37% des cas.

Conclusion:

L'atteinte du rachis cervical dans la SPA n'est pas rare mais souvent négligée. Ainsi pour une prise en charge précoce et meilleure, le bilan radiologique d'une SPA doit comporter systématiquement en plus de la radiographie de la charnière dorsolombaire et du bassin, une radiographie du rachis cervical.



Myélopathie cervicale révélant une fluorose osseuse: à propos d'un cas

Gassara Z. (1), Ben Majdouba M. (1), Ezzeddine M. (1), Feki A. (1), Akrouf R. (1), Kallel MH. (1), Fourati H. (1), Baklouti S (1).

(1) Rhumatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction :

La fluorose osseuse est une maladie osseuse rare caractérisée par une fixation osseuse massive de Fluor, qui survient sous forme d'endémie en Afrique de Nord. La voie de contamination classique est la voie hydro tellurique. Les complications neurologiques essentiellement la compression médullaire peuvent être révélatrices de la maladie. Nous rapportons un cas de fluorose osseuse révélée par un tableau de compression médullaire cervicale.

Observation:

Un homme âgé de 70 ans, originaire de Sidi Bouzid, a été hospitalisé pour tableau d'impotence fonctionnelle des deux membres inférieurs avec fatigabilité et troubles de la marche associés à des troubles vésico-sphinctériens à type d'incontinence urinaire, évoluant depuis 2 mois. L'examen clinique trouva une paraparésie spastique avec des réflexes ostéo-tendineux vifs au niveau des 2 membres inférieurs et un signe de Babinski positif en bilatéral. La numération formule sanguine était normale, la vitesse de sédimentation était à 17 mm à la première heure et la fonction rénale était correcte. Les radiographies standards ont objectivé une ostéocondensation diffuse homogène prédominante sur le squelette axial, des ostéophytes volumineux et irréguliers et des ossifications des membranes interosseuses (au niveau des avant-bras et des jambes) et des enthèses.

Le diagnostic de fluorose osseuse a été retenu devant l'origine géographique du patient, la notion de consommation depuis le jeune âge des eaux de puits riches en Fluor et les caractéristiques radiologiques et après élimination des autres étiologies des ostéocondensations diffuses.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) a objectivé une compression médullaire cervicale par l'hypertrophie et l'ossification du ligament jaune avec des signes de souffrance médullaire (Myélopathie cervicale).

Une intervention neurochirurgicale a été proposée pour ce patient à type de laminectomie cervicale étagée.



Fig: IRM en séquence T2 : Hypertrophie et hyposignal lié à l'ossification du ligament vertébral commun postérieur (Flèches) à l'origine d'une compression médullaire cervicale

Conclusion :

Notre observation concerne un cas de fluorose osseuse révélé par une compression médullaire cervicale. Le diagnostic a été retenu devant des arguments anamnestiques et radiologiques. Sur le plan clinique, notre patient ne présentait aucune plainte osseuse et c'est l'atteinte neurologique qui a révélé sa pathologie. Les complications neurologiques constituent un facteur de mauvais pronostic. Elles surviennent généralement après des expositions prolongées et à des doses très élevées de Fluor comme le cas de notre patient qui consommait les eaux de puits dès le jeune âge et de façon quotidienne.

Intérêt de l'observation :

Les complications neurologiques ne concernent que 10% des cas de fluorose osseuse mais elles constituent un facteur de mauvais pronostic. Il faut savoir penser à la fluorose osseuse devant une compression médullaire chronique avec des arguments anamnestiques et radiologiques en faveur.

19 Janvier 2019

المجلة التونسية لأمراض المفاصل و العظام

Ligue Tunisienne Anti Rhumatismale

Les méga-apophyses vertébrales : Une cause rare de douleur rachidienne

Ben Tekaya A, Zouaoui K, Ben Ammar L, Saidane O, Tekaya R, Mahmoud I, Abdelmoula L

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie.

Introduction :

L'hypertrophie des apophyses épineuses ou transverses sont une étiologie rare de rachialgies.

La présence de méga-apophyses transverses de L5 est assez fréquente. Mais un contact entre ces méga-apophyses avec le sacrum ou l'ilion réalisant le syndrome de Bartolotti est plus rare, touchant de 5 à 7% de la population.

Le but de ce travail était de décrire deux nouvelles observations des apophysomégalies.

Observation 1:

Il s'agit d'une patiente âgée de 32 ans, aux antécédents d'ulcère gastro-duodéal et maladie coeliaque, qui a consulté pour une lombalgie mécanique chronique.

La symptomatologie était majorée par l'antéflexion, non impulsive et sans signes extra-articulaires associés. L'examen du rachis lombaire avait montré un syndrome rachidien avec un indice de Schöber à 1cm et une distance doigts-sol à 20cm. L'examen neurologique était sans anomalies.

La radiographie de rachis lombaire et du bassin avait montré une méga-apophyse transverse droite de L5 qui s'articule avec l'aile iliaque du Sacrum (Voir figures A et B) Le syndrome de Bertolotti a été retenu. La patiente avait été mise sous traitement symptomatique associé à des séances de rééducation fonctionnelle avec une bonne évolution clinique.

**Figure A****Figure B**

Observation 2 :

Une jeune fille âgée de 19 ans, étudiante, sans antécédents pathologiques notables s'est présentée pour une cervicalgie mécanique chronique. A l'examen, nous avons noté une saillie douloureuse de l'épineuse de C7.

La radiographie du rachis cervical avait objectivé une hypertrophie de l'apophyse épineuse de C7. Un complément d'exploration par une imagerie par résonance magnétique n'a pas montré de retentissement canalaire.

L'évolution était favorable sous traitement symptomatique.

Discussion:

❖ Les rachialgies mécaniques peuvent dans certains cas être en rapport avec une méga-apophyse transverse ou épineuse. Cette apophysomégalie peut être à l'origine d'une néo-articulation, comme dans le syndrome de Bartolotti.

❖ Le diagnostic positif repose sur l'imagerie : la Radiographie standard et/ou TDM/IRM rachidienne.

❖ Le traitement reste symptomatique et repose sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens et la rééducation fonctionnelle et dans les cas rebelles on a recours à la chirurgie.

❖ Les récurrences restent fréquentes.

Conclusion :

Le diagnostic radiologique des méga-apophyses est facile. Néanmoins la prise en charge thérapeutique demeure décevante dans les cas rebelles au traitement médical. Les récurrences douloureuses sont nombreuses même après chirurgie.



Intérêt de la ponction biopsie disco-vertébrale au cours des spondylodiscites infectieuses à enquête infectieuse est négative.

Hmila S, Baccouche K, Lataoui S, Elamri N, Zeglaoui H, Bouajina E

CHU FARHAT HACHED SOUSSE

Introduction :

Malgré une enquête infectieuse rigoureuse au cours des spondylodiscites infectieuses, le germe peut persister inconnu, d'où l'intérêt de faire une Biopsie Disco-vertébrale (BDV).

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'apport de la PBDV percutanée sous contrôle scannographique pour le diagnostic du Germe lorsque l'enquête étiologique est négative.

Matériel et méthodes :

Nous avons analysé de façon rétrospective 11 cas de spondylodiscites infectieuses dont l'enquête infectieuse était non concluante et qui ont eu recours à une biopsie disco-vertébrale scannoguidée suivie d'une série de 3 hémocultures. Ces cas ont été colligés au service de rhumatologie de Farhat Hached sur une période de 10 ans (2008 à 2017).

Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de 60 ans (avec des extrêmes allant de 15ans à 83 ans) avec une légère prédominance féminine (54%).

Le diagnostic de spondylodiscite a été confirmé grâce à l'imagerie par résonance magnétique pour tous les patients. La localisation était de siège lombaire pour 10 patients (dont un cas de spondylodiscite bifocale L3L4 et L4L5) et dans un cas de siège dorsal. La BDV a pu identifier le germe dans 45% des cas.

La culture du fragment était positive dans 36% des cas et a permis d'identifier dans 3 cas un germe banal (Staph. aureus et SCN), et dans un cas des BAAR .

L'étude anatomopathologique a mis en évidence dans un cas la présence d'un granulome géantocellulaire sans nécrose caséuse mais dans 10 cas un infiltrat inflammatoire non spécifique, et les hémocultures systématiques faites dans les suites de la BDV étaient positives pour un seul patient (9% des cas) et ont permis d'isoler un Staph. aureus meticillino-sensible.

discussion :

devant toute spondylodiscite infectieuse clinico-biologique avec une imagerie concordante et une enquête infectieuse négative, le recours à la ponction biopsie disco-vertébrale est nécessaire. Il est nécessaire de faire au minimum trois prélèvements osseux et du disque avec un lavage de l'espace discal au sérum physiologique et des hémocultures dans les 4 heures suivant le geste, éventuellement une PCR.

La négativité de la PBDV peut être due à plusieurs causes dont l'antibiothérapie préalable, le retard d'acheminement ou de mise en culture, la mauvaise qualité du prélèvement, ou liée à la présence de germes atypiques tels que le BK, les levures ..etc.

L'apport de la PBDV varie entre 27% et 52% des séries françaises. Les germes les plus impliqués étaient successivement le staph. Aureus, le staph. Coagulase Négative et le streptocoque ce qui concorde avec nos résultats. Les hémocultures post-ponction sont positives dans environ 30% des cas. Si l'enquête infectieuse persiste négative, on peut avoir recours à une deuxième biopsie radioguidée ou à une biopsie chirurgicale, éventuellement un traitement d'épreuve antituberculeux.

conclusion :

La BDV est capitale pour identifier le microorganisme en cause et est contributive dans 45% de nos cas. La discordance avec les résultats de la littérature pourrait être due à la petite taille de l'échantillon.

Références :

1-A.Defasque C, Cyteval J, B. Zerlauth M, P. Baron. Performance de la ponction-biopsie discovertebrale devant une suspicion de spondylodiscite avec enquête bactériologique négative.

2-Gillard J, Boutoille D, Varin S, Asseray N, Berthelot J, Maugars Y. Spondylodiscites présumées infectieuses sans preuve bactériologique à propos de huit cas, comparaison des aspects cliniques, du pronostic et du traitement antibiotique avec les spondylodiscites à pyogènes documentées



Titre: Lombosciatique du sujet âgé : à propos de 25 cas

Auteurs: Grassa.R, Feki.A, Jriri.S, Ben Majdouba M, Gassara.Z, Ezzedine.M, Ben Jmeaa.S, kallel.M.H, Fourati.H, Akrouit.R; Baklouti.S

Adresse: Rhumatologie CHU Hedi Cheker Sfax Tunisie

Introduction :

La lombosciatique commune est une pathologie de l'adulte jeune, plus rare chez le sujet âgé où l'origine arthrosique domine. Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, radiologiques et évolutives de la lombosciatique du sujet âgé.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 100 patients (ayant une lombosciatique d'origine discale non compliquée) sur une période d'un an (entre janvier 2009 et décembre 2009) dont 25 étaient des sujets âgés, au service de rhumatologie au CHU Hedi Cheker de Sfax Tunisie.

Résultats :

- *L'âge moyen de nos patients était de 73,24 ans(66 à 87 ans).
- *Une légère prédominance féminine avec un sex-ratio F/H égal à 1,27.
- *Le délai moyen de consultation était de 26 mois.
- *Un facteur déclenchant a été retrouvé dans 24°/° des cas.
- *Les douleurs étaient impulsives à la toux dans 64°/° des cas.
- *Une claudication radiculaire intermittente a été notée chez 52°/°des cas.
- *Des troubles sphinctériens étaient signalés dans 16°/° des cas.
- *La lombosciatique selon le trajet L5 était plus fréquente dans notre service (84°/°).Elle était unilatérale dans 60°/°des cas.

A l'examen du rachis lombaire:

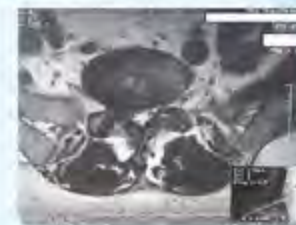
Indice de shober moyen	signe de la sonnette	Lasègue	L'examen neurologique	
2.31 cm	64°/°	36°/°	sans anomalies	Pathologique 16°/°
			84°/°	

- EVA1moyen 7.31 et l'indice de Quebec IQ1 moyen : 68.5 (33-97).

Sur les radiographies standards:

- *Un pincement discal a été retrouvé dans 48°/°des cas et des signes d'arthrose rachidienne dans 52°/°des cas.
- *Un scanner du rachis lombaire était demandé dans 8°/° des cas et une IRM dans 24°/° cas.
- *Une hernie discale responsable d'un conflit disco-radiculaire avec une concordance radio-clinique a été retrouvée dans 06 cas.

Radiographie du rachis lombaire de profil montrant un rachis dégénératif avec un pincement discal plus marqué en L5 S1 .



IRM du rachis lombaire: coupe axiale en séquence T2 montrant une hernie discale paramédiane droite à l'étage L5 S1

Pour le traitement :

- *Les antalgiques étaient prescrits chez la majorité des cas : les AA pallier 1 dans 76°/°des cas, les AA pallier 2 dans 24°/° des cas, et les AA pallier 3 dans 12°/° des cas.
- *Les AINS étaient prescrits dans 80°/° des cas.
- * Une corticothérapie par voie générale était prescrite dans 20°/° des cas.
- *Une série d'infiltration épidurale (1à3) était pratiquée dans 68°/° des cas. :(8 patients avaient reçus 3 infiltrations, 8 cas : 2 infiltrations, 1cas : 1infiltration).

Evolution :

Une amélioration favorable était notée dans 35.29°/° des cas dont 83.33°/° ayant reçus des infiltrations épidurales.

Conclusion :

Parmi les traits particuliers de la lombosciatique de sujet âgé, on trouve la rareté du facteur déclenchant et la fréquence de la claudication radiculaire intermittente.

Il faut toujours penser à éliminer une cause secondaire d'où la nécessité des explorations radiologiques de deuxième intention.

La prise en charge thérapeutique est la même que la sciatique commune de l'adulte avec des résultats satisfaisants.

Hydatidose vertébrale du rachis lombaire: à propos d'un cas

Gzam Y, Manaa M, Belakhal S, Kaab B, Suissi A, Doggui MH

Service de Médecine Interne, hôpital des forces de sécurité intérieure, la Marsa

Introduction :

Les localisations osseuses du kyste hydatique sont rares. La localisation rachidienne représente 40 à 50 % de ces localisations. A ce propos, nous rapportons un cas d'hydatidose vertébrale du rachis lombaire révélée par des lombocruralgies.

Observation :

C'est un homme âgé de 28 ans, sans antécédents pathologiques notables, sévissant en un milieu rural, qui présente depuis 3 mois des lombocruralgies gauches d'allure inflammatoires et d'aggravation progressive. L'examen physique montre un patient apyrétique en bon état général et une raideur à l'examen du rachis lombaire.

Par ailleurs, il n'y avait pas de déficit moteur, ni troubles sphinctériens, ni d'anesthésie en selle. Le bilan biologique était correct (pas de syndrome inflammatoire biologique ni d'hyperéosinophilie). La radiographie du rachis lombaire montrait une vertèbre L3 borgne (figure 1). L'IRM médullaire a montré une masse kystique poly-lobulée multi-vésiculaire de la région lombaire à développement vertébral L2 et L3, intra-canalair et dans les parties molles pré-vertébrales et rétro-aortique (figure 2).



*Figure 1: Radiographie du rachis lombaire de face



*Figure 2: IRM du rachis lombaire en coupes axiales, pondérées T2

Le diagnostic d'hydatidose vertébrale a été fortement suspecté malgré une sérologie hydatique négative.

Le patient a été mis sous traitement général à base d'albendazole puis adressé en chirurgie orthopédique pour la prise en charge chirurgicale. Le diagnostic est confirmé formellement à postériori par l'examen anatomopathologique.

Discussion:

La localisation vertébrale du kyste hydatique est rare, caractérisée par une symptomatologie clinique non spécifique avec évolution lente. Le diagnostic est souvent fait tardivement même en pays d'endémie. L'atteinte rachidienne se localise dans le corps vertébral, le rachis dorsal est le plus fréquemment atteint (80 %). L'atteinte neurologique survient de manière progressive mais inéluctable vers la compression médullaire ou radiculaire. L'aspect radiologique n'est pas spécifique. La tomодensitométrie et surtout l'imagerie par résonance magnétique permettent de mieux définir les lésions osseuses, d'évaluer l'extension intracanalair et donc de mieux orienter le geste chirurgical. Chez notre patient, le diagnostic fut suspecté sur les données de l'imagerie, surtout l'IRM, et confirmé après l'exérèse chirurgicale par l'examen anatomopathologique. Le traitement de l'hydatidose vertébrale est chirurgical. La place du traitement médical est non négligeable. Il fait appel à l'albendazole. Il est indiqué dans les formes inopérables et en péri-opératoire pour réduire le risque de dissémination et de rechutes. Le pronostic est imprévisible à cause de la fréquence élevée des récives, de l'atteinte neurologique ainsi que du caractère incomplet de l'exérèse chirurgicale. Pour améliorer le pronostic, un diagnostic précoce grâce à l'imagerie en coupes ainsi qu'une prévention active et efficace s'imposent.

Conclusion:

L'hydatidose vertébrale est une affection rare et insidieuse. Le traitement est basé sur l'exérèse radicale des lésions qui est rarement possible expliquant la fréquence des récives. Son pronostic reste péjoratif, ce qui met en relief l'importance de la prévention.

Profil étiologique de la compression médullaire dans un milieu rhumatologique : à propos de 34 cas

Gassara Z. (1), Ben Djemaa S. (1), Feki A. (1), Grassa R. (1), Kallel MH. (1), Fourati H. (1), Akrouf R. (1), Baklouti S (1).

(1) Rhumatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction :

La compression médullaire (CM) peut compliquer plusieurs pathologies observées en milieu rhumatologique. Elle constitue un facteur de mauvais pronostic. Le but de ce travail est de décrire le profil étiologique des cas de compression médullaire colligés dans un service de rhumatologie.

Méthodes:

Etude rétrospective incluant 34 patients hospitalisés pour compression médullaire durant 28 ans (1990-2018).

Nous avons exclu: Les CM traumatiques, les causes dégénératives (Hernie discale et myélopathie cervicoarthrosique) et les causes intradurales (les neurinomes et les méningiomes).

Résultats:

- Sexe-ratio H/F = 1,6.
- Age moyen: 62,8 ans.
- Le niveau de la compression était dorsal chez 19 patients (55,9%), lombaire (35,3%, n=12) et cervical (8,8%, n= 3).
- La cause était le myélome multiple (MM) chez 11 patients (32,4%), les métastases osseuses (MO) (29,4%, n= 10), les spondylodiscites infectieuses (SPD) (23,5%, n= 8), la fluorose osseuse (8,8%) et enfin la maladie de Paget (5,9%).

Pour le groupe de MM : Il s'agissait d'un MM de type IgG dans 49,6% des cas, de type IgA (37,9%) et de type à chaînes légères (10,7%). L'étage de la compression était dorsal chez 54,5% et lombaire chez 45,5% des malades. Les onze patients avaient tous reçu une corticothérapie. 5 avaient reçu une radiothérapie décompressive et une laminectomie a été envisagée chez 4 patients.

Pour le groupe des MO : L'étage de la compression était dorsal dans 50% des cas et lombaire dans 50% des cas. La localisation primitive était pulmonaire chez 3 patients, rénale chez 2 patients, digestive chez 2 patients, mammaire chez une patiente, prostatique chez un patient et non déterminée chez un patient. Les dix patients ont reçu une corticothérapie et une radiothérapie à visée décompressive.

Pour le groupe des SPD : Il s'agissait d'une spondylodiscite tuberculeuse chez 75% des cas et à pyogènes chez 25% des cas. Une fièvre était retrouvée chez 25% des patients. Un terrain d'immunodépression était retrouvé chez 25% des patients. L'étage de la compression était thoracique (87,5%) et lombaire (12,5%). Un geste chirurgical était nécessaire pour cinq patients (62,5%).

Pour les trois cas de fluorose osseuse: L'étage de la compression était cervical (100% des cas). La voie de contamination était hydro tellurique (100% des cas). Une ostéocondensation diffuse avec ossification des membranes interosseuses étaient retrouvées chez les trois malades. Le mécanisme de la compression à l'IRM était l'ossification avec hypertrophie du ligament vertébral commun postérieur. Une laminectomie cervicale décompressive était envisagée pour 2 malades.



Différentes étiologies de la compression médullaire



Conclusion :

En excluant les atteintes dégénératives disco-vertébrales, plusieurs autres pathologies peuvent se compliquer ou être révélées par un tableau de compression médullaire essentiellement les causes malignes et infectieuses. Dans notre série, le myélome multiple était la maladie causale la plus fréquente suivi des métastases osseuses vertébrales et épidurales puis le mal de Pott.



Les névralgies cervico-brachiales en milieu hospitalier

Brahem M, Hachfi H, Jomaa O, Jouirou R, Abdallah A, Younes M.
Service de Rhumatologie, Hopital Taher Sfar Mahdia.

1. Introduction :

Notre objectif était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques, étiologiques, thérapeutiques et évolutifs de la névralgie cervico-brachiale (NCB) observée en milieu hospitalier.

2. Patients et méthodes:

Etude rétrospective portant sur les dossiers de patients hospitalisés pour NCB colligés dans le service de rhumatologie durant une période de 7 ans (2014 à 2018).

L'hospitalisation était justifiée par des problèmes diagnostiques et /ou thérapeutiques de ces NCB.

3. résultats:

- Soixante deux patients (52 femmes et 10 hommes),
- Age moyen = $56,8 \pm 11,1$ ans [29-79].
- Durée moyenne d'évolution = 2,74 ans [0-25 ans].
- La présentation clinique variait de douleurs cervicales simples jusqu'à des signes neurologiques graves.
- Le port de charge lourde : 6 patients (9,6%).
- La moyenne de EVA douleur = $6,94 \pm 1,4$ [4-9].
- NCB bilatérale : 38,7% des cas,
- NCB d'origine inflammatoire : 14 cas (22,6%), mécanique : 32 cas (51,6%).

• Examen neurologique:

- une hypoesthésie dans le territoire radiculaire dans 1 cas,
- un syndrome pyramidal dans 4 cas,
- un déficit moteur dans 1 cas,
- des troubles vésico-sphinctériens dans 1 cas.

• **Radiographie standard:** Une discopathie dans 34,5% des cas.

5. Conclusion :

La fréquence de la NCB commune ne doit pas faire méconnaître la possibilité de NCB symptomatique qui peut révéler des pathologies parfois plus graves et qui nécessitent des mesures thérapeutiques différentes et même urgentes.

• **L'IRM** pratiquée chez 37 patients (59,7%):

• **Indications:** en cas d'échec du traitement médical, de troubles neurologiques associés, de discordance radio-clinique ou de NCB symptomatique.

• Résultats:

- protrusion discale : 24 cas (38,7%),
- hernie discale : 6 cas (9,6%)
- canal cervical étroit : 13 cas (20,9%).

• Sur le plan étiologique:

- ❖ la NCB était commune d'origine discale dégénérative : 60 cas (69,7%).
- ❖ Dans 2 cas: la NCB était symptomatique (un cas de métastases vertébrales d'un cancer mammaire et un cas de spondylodiscite infectieuse).

• Traitement:

- Le traitement symptomatique était indiqué pour tous les patients à base d'antalgiques (100%), anti-inflammatoires (72,6%), corticothérapie par voie générale (66,1%) et prégabaline (8,1%).
- Le traitement chirurgical a été préconisé chez 3 patients ayant des troubles neurologiques.
- La rééducation a été prescrite chez 43,5% des patients et le port d'un collier cervical chez 11,3%.

• **L'évolution** était marquée par une amélioration de la symptomatologie plus que 50% dans 40,3% des cas, moins de 50% dans 19,4% des cas et non évaluée dans 40,3% des cas.

• La composante fonctionnelle a été objectivée chez 6 patients (9,6%).

4. Discussion :

La NCB est un motif fréquent de consultation en rhumatologie, elle nécessite parfois une hospitalisation pour problème diagnostique ou thérapeutique. Elle est souvent d'origine commune, mais dans des rares situations elle peut révéler une cause secondaire infectieuse ou tumorale et parfois inflammatoire.

Profil évolutif d'une série de 44 cas de SPDI

Dhahri R, Hannachi S, Metoui L, Slouma M, Abid R, Battikh R, Gharsallah I, Louzir B
Service de Médecine Interne de l'HMPIT

Introduction :

La spondylodiscite infectieuse (SPDI) est une ostéo-arthrite vertébrale qui est responsable d'une importante morbidité. Son profil évolutif dépend de la rapidité du diagnostic et de la prise en charge ainsi que de la nature du germe responsable.

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

Patients et méthodes:

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive portant sur 44 dossiers de patients hospitalisés pour SPDI 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. L'âge moyen était de 52,5 ans [15 - 77]. Le suivi était régulier pour 37 patients (SDP=17 cas, SDT=20 cas) avec une durée moyenne de 20 mois [5 - 48]. Pour les spondylodiscites à pyogènes, l'évolution était favorable dans 13 cas (68,4%) et défavorable dans 6 cas. Plusieurs complications ont été notées à savoir des complications infectieuses dans 2 cas, neurologiques dans 10 cas et orthopédiques pour 4 patients (Fig.1). Dans la SDDT, des complications neurologiques étaient notées chez deux patients à type de :

•Tétraparésie avec obnubilation et aphasie en rapport avec un accident vasculaire ischémique secondaire à une vascularite cérébrale ayant bien évolué sous traitement antituberculeux avec récupération de la marche et de la parole après 2 mois de traitement.

•Miliaire tuberculeuse cérébrale objectivée à l'IRM avec évolution favorable au bout d'une année de traitement.

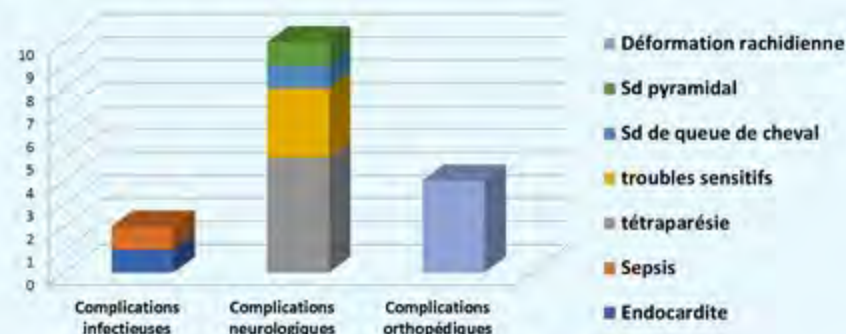


Fig.1 Complications des SPDI

Discussion :

Plusieurs complications peuvent émailler l'évolution des SPDI et être responsables de séquelles irréversibles. Les complications infectieuses sont surtout l'apanage des SPDI à pyogènes et imposent une prise en charge urgente. Le bacille Koch est souvent responsable de troubles neurologiques graves et de déformations rachidiennes importantes. Les complications neurologiques sont peu fréquentes mais parmi les plus redoutables car elles engagent souvent le pronostic vital et fonctionnel des patients. Sur le plan orthopédique, le retard d'une prise en charge adéquate avec une immobilisation efficace peut être à l'origine d'une angulation en cyphose responsable de douleurs rachidiennes mécaniques par trouble statique.

Conclusions :

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



Les manifestations ostéo-articulaires secondaires à une intoxication chronique au fluor : à propos de 2 cas

Ben Ammar L., Ben Tekaya A., Saidane O., Zouaoui K., Tekaya R., Mahmoud I., Abdelmoula L.

Service de Rhumatologie., Hôpital la Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction :

La plupart des métaux qui traversent l'organisme par voie digestive, respiratoire ou parentérale s'accumulent dans le squelette. Ils forment des dépôts le long des surfaces osseuses et peuvent être incorporés à la substance minérale. A très faibles doses, ces métaux dont le fluor, sont nécessaires pour le contrôle de certaines réactions enzymatiques. Mais à forte doses, ils deviennent toxiques et perturbent la calcification osseuse. Le fluor, par exemple, entraîne dans la plupart des cas une densification osseuse souvent associée à une ostéosclérose, mais également peut entraîner une ostéomalacie avec risque de fracture [1]. Nous rapportant 2 cas d'intoxication chronique au fluor.

Observation 1:

Patient, âgé de 69ans, originaire et demeurant à Nafta, aux antécédents de diabète sous insuline, d'hypertension artérielle et d'insuffisance rénale, admis pour exploration de lombalgies mécaniques évoluant depuis 18mois. A l'examen, il avait un syndrome rachidien avec un indice de Shoeber à 2cm. Un bilan radiographique exhaustif a montré la présence d'une ostéocondensation diffuse et homogène prédominant sur le squelette axial évoquant une maladie métabolique (fig1). Par ailleurs, le bilan phosphocalcique et l'électrophorèse des protéines étaient normaux et il n'avait pas de syndrome inflammatoire biologique. Devant l'aspect radiographique et la présence d'une fluorose dentaire, un dosage du fluor urinaire a été fait revenant positif confirmant ainsi le diagnostic de fluorose osseuse chronique.

Observation 2:

Patiente âgée de 34ans, aux antécédents de fracture des deux fémurs au jeune âge, admise pour exploration de douleurs pelvi-rachidiennes évoluant depuis 4ans associées à une altération de l'état général. Le diagnostic d'ostéomalacie a été retenu devant la perturbation du bilan phosphocalcique : une hypocalcémie à 2mmol/l, des PAL élevées à 217U/L, une PTH élevée à 274.4ng/l et une hypovitaminose D, la présence de stries de Looser Milkman avec un aspect en cœur de carte à jouer du bassin, des fractures des branches ilio-pubiennes (fig2) et la présence d'une ostéoporose sévère à l'ostéodensitométrie osseuse. La sérologie de la maladie cœliaque était négative et la fonction rénale et l'ionogramme sanguin et urinaire étaient normaux. Par ailleurs, devant la notion d'ingestion d'eau de pluie et de thé, un dosage du fluor urinaire a été fait revenu élevé à 5.86mg/l, ainsi le diagnostic d'ostéomalacie secondaire à une intoxication au fluor a été retenu.

Discussion :

Le fluor est un métal nécessaire à l'organisme humain. L'apport journalier varie entre 1 et 3mg par jour, apporté par la nourriture, l'eau et l'air mélangé avec des particules de fluor. Il pénètre le flux sanguin pour être distribué au squelette et plus particulièrement incorporé dans la substance minérale osseuse [1]. L'intoxication chronique au fluor entraîne une modification de

la trame osseuse avec le plus souvent l'apparition d'une ostéosclérose surnommée la fluorose squelettique [1], mais peut également dans certain cas être responsable de l'installation d'une ostéomalacie avec risque accru de fracture [2]. Son diagnostic repose sur la mesure de la concentration urinaire ou osseuse du fluor, et son traitement repose sur l'éviction de l'intoxication.

Conclusion:

Les dépôts de certains métaux comme le zinc, le cuivre ou le fer, forment des réserves d'éléments traces qui, à très faibles concentrations, sont indispensables aux réactions enzymatiques intracellulaires. À concentrations plus élevées, d'autres éléments, notamment le strontium et le fluor, peuvent avoir des effets bénéfiques sur le squelette. Toutefois, de plus fortes concentrations sont toxiques.

Références:

- [1]. Boivin G. & Cournot G. 2001. Manifestations osseuses et articulaires des intoxications métalliques et métalloïdes. Encycl Med Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. Appareil locomoteur, 14-025-R-10, 8 p
[2]. Thivolle P, Mathieu L, Damideaux J, Houzard C, Mathieu P, Berger M. Bone imaging in a case of chronic fluorine intoxication with mineral water. Clin Nucl Med. 1986 Nov;11(11) 771-772. PMID: 3791786.



fig1: Rx rachis lombaire face, bassin face et crane de profil: ostéocondensation diffuse et homogène.



fig2: Rx bassin face: aspect en cœur de carte à jouer du bassin stries de Looser Milkman des fractures des branches ilio-pubiennes



Profil ostéodensitométrique au cours de l'hyperparathyroïdie

Ben Nessib D, Athimni S, Saidane O, Ben tekaya A, Tekaya R, Mahmoud I, Abdelmoula L

Service de rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle

Introduction :

- L'hyperparathyroïdie, qu'elle soit primitive ou secondaire, est intimement liée aux troubles du métabolisme phosphocalcique.
- C'est pourquoi, son retentissement osseux doit être régulièrement évalué par une ostéodensitométrie (DMO) afin d'éviter les éventuelles complications de l'ostéoporose.
- L'objectif de ce travail était de décrire le profil ostéodensitométrique au moment du diagnostic de l'hyperparathyroïdie.

Patients et méthodes :

- Etude descriptive, rétrospective évaluant des patients hospitalisés au service de Rhumatologie du CHU Charles Nicolle entre 1995 et 2018 et chez qui le diagnostic d'hyperparathyroïdie était posé.
- La mesure de la densité minérale osseuse : réalisée par absorptiométrie biphotonique à rayons X.
- Un bilan biologique phosphocalcique était pratiqué chez tous les patients.

Résultats :

- 33 patients : 24 femmes et 9 hommes
- Âge moyen : 56,6 ans
- L'étiologie de l'hyperparathyroïdie.
- Biologie :
 - Calcémie moyenne : 2,55 mmol/L
 - Phosphorémie moyenne : 0,82 mmol/L
 - Taux moyen de la PTH : 293 ng/L
 - Taux moyen de la vitamine D : 12,2 ng/L



Résultats :

- Les résultats de la densitométrie.



- Les radiographies standards :
 - Hypertransparence osseuse diffuse chez 23 patients
 - Une ou plusieurs fractures chez 8 patients dont 2 sont vertébrales
- Tous les patients atteints d'ostéoporose étaient traités par biphosphonates, associés à une supplémentation vitamino-calcique.

Discussion :

- La DMO révélait soit une ostéoporose soit une ostéopénie chez plus de la moitié des patients de notre série.
- Cette fréquence du retentissement osseux de l'hyperparathyroïdie s'explique par la stimulation de la différenciation et la maturation des précurseurs des ostéoclastes et par la sécrétion des cytokines favorisant la résorption osseuse telles que Macrophage Colony Stimulating Factor (M-CSF), l'interleukine 1 (IL-1), l'IL-6, le tumor necrosis factor alpha (TNF alpha).

Conclusion :

- L'hyperparathyroïdie représente un facteur de risque reconnu d'ostéoporose.
- La surveillance régulière par DMO s'impose pour détecter cette complication et la traiter précocement en vue de diminuer le risque fracturaire.



Manifestations ostéo-articulaires au cours de l'hyperparathyroïdie

S.Athimini, I.Mahmoud, O.Saidane, A. Ben Tekaya, D.Ben Nessib, R. Tekaya, L.Abdelmoula

Service de Rhumatologie Hôpital Charles Nicolle Tunis

Introduction :

L'hyperparathyroïdie (HPT) est une maladie due à une augmentation de la sécrétion d'hormone parathyroïdienne ayant pour conséquences l'atteinte de plusieurs organes, principalement le système cardiovasculaire, le rein et l'os. La présentation clinique et radiologique est le reflet de ces atteintes et sert à évaluer ses effets.

Matériels et méthodes : Une étude descriptive, rétrospective sur une période de 22 ans (1995-2018) incluant des patients ayant une hyperparathyroïdie primaire secondaire ou tertiaire et hospitalisés dans le service de rhumatologie. Ont été évalué chez chaque patient les signes cliniques, biologiques et radiographiques. L'objectif de notre travail est de souligner les manifestations les plus fréquentes en rhumatologie afin de faciliter la prise en charge diagnostique.

Résultats :

Il s'agit de 33 patients : 24 femmes et 9 hommes d'âge moyen 58.8 ans. La symptomatologie révélatrice était principalement ostéo-articulaire : essentiellement les douleurs osseuses retrouvés chez 14 patients, les déformations osseuses (rachidienne dans 4 cas et d'un os long dans 2 cas) et la tuméfaction osseuse chez un seul patient. Concernant les signes généraux il s'agissait du syndrome polyuropolydipsique, la constipation, les Céphalées et l'asthénie retrouvés respectivement chez sept, cinq, trois et deux patients. Sur le plan Biologique, 72% des patients avaient une hypercalcémie et 27% avaient une Insuffisance rénale. La densitométrie osseuse a montré une ostéoporose dans 15 cas et une ostéopénie dans 7 cas.

Tableau I : Répartition des manifestations radiographiques

Manifestation radiographiques	l'hypertransparence osseuse diffuse	les fractures	Chondrocalcinoses	« tumeur brune »	coxite	l'Opacité calcique	La Résorption sous périosté	L'ostéoporose
Nbre de cas	23	8	7	6	5	3	2	1

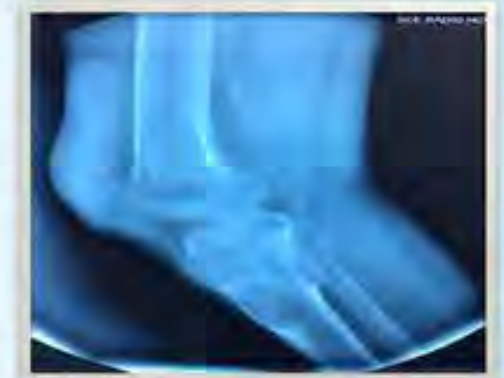


Fig1: aspects radiographiques d'ostéite fibrocytique « tumeur brune ».

Conclusion :

L'hyperparathyroïdie est une pathologie dont les manifestations ostéoarticulaires cliniques et radiographiques sont multiples et peuvent être au premier plan. Une meilleure connaissance de ces manifestations permet une prise en charge plus adaptée

Evolution et complications de la maladie de Paget chez les patients tunisiens**Auteurs** Nacef L, Miladi S, Rouached L, Fazaa A, Ouenniche K, Kassab S, Chekili S, Ben Abdelghani K, Laatar A**Service de Rhumatologie, CHU Mongi Slim****Introduction :**

La maladie de Paget est une pathologie osseuse bénigne caractérisée par un remodelage accéléré de l'os et une anomalie architecturale de celui-ci. Son pronostic est généralement bon, toutefois des complications parfois graves peuvent survenir au cours de l'évolution.

Patients et méthodes:

Une étude rétrospective de 36 patients suivis pour une maladie de Paget a été menée. Les données sociodémographiques, cliniques et para-cliniques ont été collectées à partir des dossiers médicaux et analysées.



Arthropathie pagétique:
atteinte du genou



Fracture vertébrale pagétique

Résultats :

Notre population était répartie en 52,8% de femmes (n=19) et 47,2% d'hommes (n=17). L'âge de découverte était de plus de 60 ans dans 63,9% des cas. La maladie était mono-ostotique dans 50% des cas. Le bassin était l'os le plus touché.

La maladie s'est compliquée d'une fracture pathologique dans 16,7% des cas, et était chez tous les patients de siège vertébral. Une surdité était notée dans 16,7% des cas, diagnostiquée par une audiométrie. Une complication neurologique a été observée dans 13,88 % des cas, à type de compression médullaire et d'hydrocéphalie.

L'arthropathie pagétique a été la complication la plus fréquente, observée chez 33,3% des patients (hanche, genou).

Aucune complication cardiovasculaire ou de transformation sarcomateuse n'ont été notées dans notre série.

L'indication d'un traitement par Bisphosphonates a été portée chez 33,3% des patients pour une localisation à risque (rachis dorsal ou lombaire), ou pour la survenue d'une complication.

Après un recul de dix ans l'évolution s'est faite vers la rémission dans 13,9% des cas, vers la stabilisation dans 58,3% des cas, et vers l'aggravation dans 16,7% des cas. Le recours à la chirurgie a été nécessaire chez un seul patient (mise en place d'une prothèse totale de la hanche).

Conclusion

La maladie de Paget est une pathologie en règle bénigne. La complication la plus fréquente dans notre série était l'arthropathie. L'évolution était en générale bonne, avec une stabilisation de la maladie sous bisphosphonates.



Maladie de Paget et âge de survenue: Quelles particularités?

Auteurs Miladi S, Nacef L, Fazaa A, Rouached L, Ouenniche K, Kassab S, Chekili S, Ben Abdelghani K, Laatar A
Service de Rhumatologie, CHU Mongi Slim

Introduction :

La maladie de Paget est une pathologie osseuse bénigne caractérisée par une anomalie du remodelage osseux, survenant le plus souvent après l'âge de 50 ans. Son diagnostic se fait souvent tardivement, en raison de sa symptomatologie non spécifique.

Objectifs

Notre but était de distinguer les particularités du mode de découverte, de l'évolution et de la prise en charge thérapeutique de la maladie de Paget selon l'âge du patient.

Patients et méthodes

Une étude rétrospective a été menée au service de rhumatologie de l'hôpital Mongi Slim, colligeant les données sociodémographiques, cliniques et para-cliniques des patients suivis pour une maladie de Paget. Les patients ont été repartis en 2 groupes selon l'âge de découverte (avant ou après 65 ans) et comparés entre eux.

Résultats :

La population étudiée comptait 36 patients, dont 17 hommes et 19 femmes. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 63,61 ans, avec des extrêmes allant de 50 ans à 87 ans.

Au moment du diagnostic, 47,2% des patients étaient âgés de moins de 65 ans. 52,8% étaient âgés de plus de 65 ans.

	Avant 65 ans	Après 65 ans
Sexe	Prédominance masculine (58%)	Prédominance féminine (63%)
Type	Polyostotique (52%)	Monoostotique (58%)
ATCD de néoplasie	17,64% (n=3)	10,52% (n=2)
Fracture pathologique	23,5 %	10,52 %
Hydrocéphalie	5,8 %	0
Surdité	29,4 %	5,26 %
Complication neurologique	11,76 %	10,52 %
Complication cardiologique	0	0
Arthropathie pagétique	35,29%	31,57%

Il n'y avait pas de particularités quant à la localisation de la maladie entre les deux tranches d'âge. ($p=0,196$). Il n'y avait pas non plus de corrélation entre l'âge et la survenue de complications. ($p=0,196$) Aucune association n'a été retrouvée entre l'âge au moment du diagnostic et le taux de phosphatases alcalines. ($p=0,496$). Il n'est pas non plus intervenu dans l'évolution de la maladie vers l'aggravation ni la rémission. ($p=0,929$)

Conclusion:

L'évolution de la maladie de Paget a été, dans notre série, indépendante de l'âge du patient au moment du diagnostic. Celui ci était, néanmoins, le plus souvent supérieur à soixante ans, ce qui rejoint les données de la littérature



L'atteinte axiale au cours de l'hyperparathyroïdie

Ben Nessib D, Saidane O, Ben tekaya A, Athimni S, Tekaya R, Mahmoud I, Abdelmoula L

Service de rhumatologie, hôpital Charles Nicolle

Introduction :

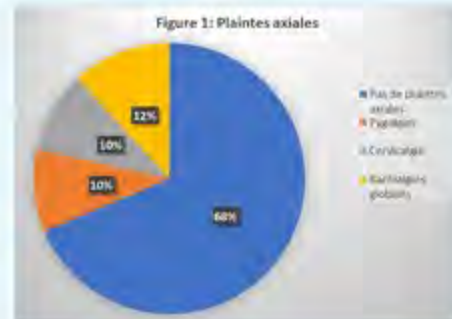
- L'hyperparathyroïdie : la 3ème endocrinopathie après le diabète et les dysthyroïdies
- Elle peut s'accompagner de diverses manifestations ostéo-articulaires cliniques et radiologiques.
- L'atteinte axiale n'est pas décrite comme une atteinte classique de l'hyperparathyroïdie, mais n'est toutefois pas négligeable, ni par sa fréquence ni par son retentissement.
- L'objectif de ce travail : estimer la prévalence de l'atteinte axiale et de décrire ses caractéristiques.

Patients et méthodes :

- Etude rétrospective incluant tous les patients qui ont été hospitalisés dans notre service entre Janvier 2012 et Décembre 2018 et ayant une hyperparathyroïdie primaire, secondaire ou tertiaire.
- Evaluation de l'atteinte axiale :
 - Examen clinique du rachis et des sacro-iliaques (SI)
 - Bilan radiographique standard
 - Au besoin par une imagerie par résonance magnétique (IRM) selon l'indication.

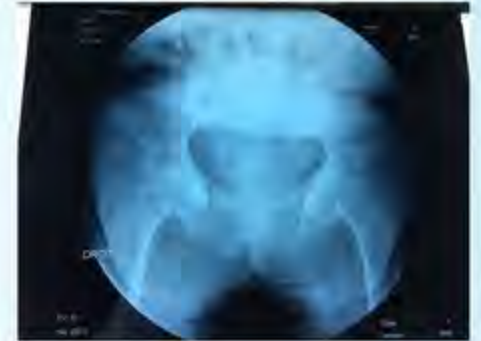
Résultats:

- 12 patients : 3 hommes et 9 femmes
- L'âge moyen : 58,5 ans
- La répartition des différentes plaintes fonctionnelles axiales est illustrée par la figure1.
- L'examen clinique : une déformation à type de cyphose dorsale chez 3 patients.



Résultats :

- Les radiographies rachidiennes montraient :
 - un bloc vertébral dorso-lombaire chez un patient
 - une hypertrophie des corps vertébraux chez un patient
 - une fracture vertébrale chez 2 patients
- Ces anomalies relevées à la radiographie n'étaient symptomatiques que chez 2 patients.
- Les radiographies du bassin : une sacroiliite chez 4 patients.
- Toutes les sacroiliites étaient asymptomatiques sur le plan clinique.
- Elles étaient toutes bilatérales.
- Classification des sacroiliites :
 - stade 2 dans 1 cas
 - stade 3 dans 2 cas
 - stade 4 dans 1 cas



Discussion :

- L'atteinte axiale était présente chez plus que tiers de nos patients.
- Les lésions radiographiques s'expliquent par la résorption osseuse causée par la parathormone sécrétée en excès. Cette résorption osseuse peut expliquer l'aspect de sacroiliite lorsqu'elle siège dans l'os sous chondral.
- Le caractère asymptomatique de cette pseudo-sacroiliite était particulièrement notable.

Conclusion:

Quoique l'atteinte axiale n'est pas une manifestation commune au cours de l'hyperparathyroïdie, elle était présente chez environ le tiers de nos patients et revêtait plutôt un caractère asymptomatique. Cette atteinte axiale doit être alors recherchée systématiquement, même en l'absence de signes d'appel cliniques.



L'hyperparathyroïdie une maladie à visages multiples

Athimni.S, Ben Tekaya.A, Saidane.O, Ben Nessib.D, Tekaya.R, Mahmoud.I, Abdelmoula.L

Service de Rhumatologie Hôpital Charles Nicolle Tunis

Introduction :

L'hyperparathyroïdie (HPT) est une pathologie endocrinienne fréquente résultant de l'hyperproduction de la parathormone (PTH). Différentes étiologies sont à l'origine de ce dysfonctionnement. Elle est primitive par sécrétion excessive d'un adénome, une hyperplasie ou même un nodule ectopique. L'HPT peut être secondaire à une hypovitaminose D, une insuffisance rénale ou à une perte urinaire du calcium. Et finalement elle est dite tertiaire généralement par adénome autonomisé succédant à une HPT secondaire et même si la cause initiale de l'hypocalcémie a été traité. L'objectif de ce travail est de décrire le profil étiologique et de spécifier les explorations faites dans cette optique.

Matériels et méthodes :

Une étude descriptive, rétrospective incluant les patients ayant une hyperparathyroïdie et hospitalisés dans le service de Rhumatologie sur une période de 23 ans (entre 1995 et 2018). Un bilan étiologique a été pratiqué chez tous les patients comportant un bilan biologique phosphocalcique et l'un ou plusieurs moyens d'imageries selon les indications : L'échographie cervicale, La scintigraphie MIBI, L'IRM cervicale. Dans certains cas, on était amené à faire une chirurgie exploratrice.

Résultats :

Il s'agit de 9 hommes et 24 femmes. L'âge moyen était de 58,5ans.

1- L'HPT primitive : Il s'agissait de 19 patients ayant tous une hypercalcémie avec des signes d'intolérance clinique à savoir un SPUPD, la constipation, les Céphalées et l'asthénie retrouvés respectivement chez 7, 5, 3 et 2 patients. Le diagnostic d'une (NEM type2) a été porté chez une patiente souffrant de troubles endocriniens associées (hypoglycémie, hypertension labile...) adressée en endocrinologie. La stratégie diagnostique ainsi que les résultats obtenus sont expliqués dans le tableau ci-joint.

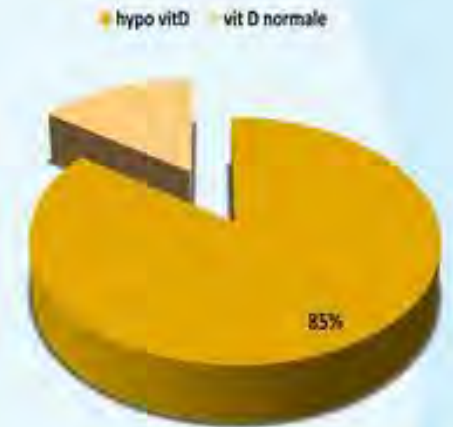
Tableau I : examens complémentaires et résultats obtenus

Examen	Echographie cervicale	Scintigraphie MIBI	IRM cervicale	Chirurgie exploratrice
Nbre de cas concluants/Nbre total de patients	15/19	8/15	1/4	2/6
Anomalies observées	<ul style="list-style-type: none"> • 14 cas de nodule hyperparathyroïdien • 1 seul cas d'hyperplasie des glandes 	<ul style="list-style-type: none"> • 14 cas de nodule hyperparathyroïdien • 2 patients ayant des nodules ectopiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Un nodule kystique 	<ul style="list-style-type: none"> • Un nodule parathyroïdien • Un nodule ectopique

Tous les cas ayant une atteinte nodulaire ou ectopique ont été traités chirurgicalement sauf un jugé inaccessible.

2- L'HPT secondaire :

13 patients avaient une HPT secondaire soit à une Hypovitaminose D (9patients) ou à une insuffisance rénale(IRC) (4patients). A la biologie : 84.6% des patients avaient une vitamine (vit)D basse qui varie entre [6.2 et 23 ng] et tous avaient une hypocalcémie. Sur le plan thérapeutique, Une supplémentation a été indiquée. 6 patients avaient une bonne évolution après traitement. Pour les cas d'IRC, 3 d'entre eux sont en hémodialyse.



3- L'HPT tertiaire : Un seul cas d'HPT tertiaire chez une femme de 76ans ayant une IRC au stade d'hémodialyse souffrant de douleurs osseuses axiales et périphériques. La Calcémie était basse. Elle avait à la radiographie une coxite, des fractures des branches ischio-pubienne avec des tumeurs brunes humérales. L'échographie cervicale et la scintigraphie MIBI étaient normales. La supplémentation en vit D faite mais sans amélioration ni sur le plan clinique ni sur les taux de PTH, qui demeurent élevés.

Conclusions:

L'hyperparathyroïdie est pathologie hormonale qui demeure souvent asymptomatique (50% des cas). Des étiologies diverses sont à l'origine de ce trouble d'où l'importance de connaître ses différents aspects clinico-biologiques pour orienter les explorations étiologiques et par conséquent choisir le traitement adéquat.



Evolution de la densité minérale osseuse des patients atteints d'une ostéogénèse imparfaite sous biphosphonates

Borgi O, Jguirim M, Fakhfakh R, Beltaifa M, Ben Chekaya N, Miri S, Zrouer S, Bejia I, Touzi M, Bergaoui N

Service de Rhumatologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction :

• L'ostéogénèse imparfaite (OI), ou maladie de Lobstein, également appelée « la maladie des os de verre » est une maladie génétique à l'origine d'une susceptibilité fracturaire et de déformations osseuses [1]. La mesure de la densité minérale osseuse (DMO) est primordiale, à la fois pour conforter le diagnostic et pour évaluer l'évolution du statut osseux.

• L'objectif de ce travail était l'étude de l'évolution de la densité minérale osseuse et l'évaluation de l'incidence fracturaire sous traitement.

Patients et méthode :

• Il s'agit d'une étude transversale et descriptive portant sur des sujets atteints d'ostéogénèse imparfaite.

• Nous avons inclus dans cette étude :

- ✓ Les patients suivis au service de Rhumatologie de CHU Fattouma Bourguiba et à la consultation externe
- ✓ Tout patient enfant et adulte suivi pour une ostéogénèse imparfaite a été inclus,
- ✓ Et l'ensemble des données a été colligé sur toute la période de son suivi dans le centre concerné à partir de son dossier médical.

• La DMO a permis la mesure de la masse osseuse chez tous les patients avant et après traitement par biphosphonates au niveau du rachis lombaire (L1-L4 en antéopostérieur) ainsi qu'au niveau des deux sites fémoraux et au niveau du corps entier pour les enfants.

Résultats :

- 13 patients porteurs d'une OI ont été inclus dans cette étude, dont 5 enfants et 8 adultes.
- La majorité des cas était de type I B (selon la classification de Sillence).
- La consanguinité a été retrouvée chez 4 patients.
- Le signe clinique révélateur était des fractures répétées sans traumatisme ou à la suite d'un traumatisme minime dans la majorité des cas.
- Le bilan phosphocalcique, fait pour tous les patients a montré une hypocalcémie pour cinq patients.
- Dans notre étude la fréquence de l'ostéoporose et/ou de l'ostéopénie quel que soit le site mesuré est de 84,62%.
- On a noté une diminution du nombre de fractures et aussi un gain densitométrique objectif pour la majorité des patients après traitement par biphosphonates. En effet, dans notre étude, on a trouvé une augmentation de la DMO comme suivant:

Patient	SDD Rachis	SDD corps entier, fémurs
Patient 1	Pas de DMO de contrôle	
Patient 2	+0.200g/cm ²	+0.164 g/cm ²
Patient 3	Pas de DMO de contrôle	
Patient 4	+0.316 g/cm ²	0.125 g/cm ²
Patient 5	Pas de DMO de contrôle	
Adulte	SDD Rachis	SDD Fémur
Patient 6	Pas de DMO de contrôle	
Patient 7	Pas de DMO de contrôle	
Patient 8	+1.117 g/cm ²	-0.383 g/cm ²
Patient 9	Pas de DMO de contrôle	
Patient 10	-0.089 g/cm ²	-0.036 g/cm ²
Patient 11	+0.045 g/cm ²	+0.009 g/cm ²
Patient 12	+0.016 g/cm ²	-0.015 g/cm ²
Patient 13	Pas de DMO de contrôle	

• Ainsi, le gain total et annuel en DMO par la mesure du Smallest Standard Deviation (SDD) est de + 0,221 g/cm² au rachis chez tous les patients adultes et de + 0,286 g/cm² pour les enfants.

Discussion :

• Selon l'étude de Wekre LI et all [2], en mesurant la DMO corps entier, la fréquence de l'ostéoporose est de 10% et celle de l'ostéopénie est de 30 %. Ce taux plus bas est expliqué par le fait que la fréquence de l'ostéoporose dépend du type d'OI et du site de mesure. Le gain densitométrique est expliqué par l'effet du Pamidronate et le gain osseux dû à la croissance. En effet, la DMO lombaire dépend de la DMO réelle et du volume du corps vertébral.

Conclusion :

• Un gain densitométrique est objectivé pour la majorité des patients avec une diminution du nombre de fractures. Le traitement par biphosphonates était bien toléré pour la majorité des patients. Nos résultats sont similaires à ceux rapportés par la littérature et nous incitent à continuer à prescrire ce traitement pour ces patients.

Bibliographie :

- 1- Bishop N. [Characterising and treating osteogenesis imperfecta](#). Early Hum Dev. 2010 Nov;86(11):743-6.
- 2- Arch Osteoporos. 2011;6:31-8. doi: 10.1007/s11657-011-0054-z. Epub 2011 Apr 14. Bone mass, bone markers and prevalence of fractures in adults with osteogenesis imperfecta. [Wekre LI, Falch JA](#)



L'ostéomalacie du sujet âgé : à propos d'une série de 16 cas

Feki.A, Akrouit.R, Gassara.Z, Grassa.R, Ezzeddine.M, BenDjemaa.S, Kallel.MH, Fourati.H, Baklouti.S

Service de rhumatologie CHU Hédi chaker Sfax Tunisie

Introduction :

- L'ostéomalacie est une ostéopathie diffuse caractérisée par un défaut de minéralisation du tissu ostéoïde.
- Elle est plus fréquente chez le sujet jeune mais elle peut toucher le sujet âgé avec un tableau biologique et radiologique souvent différent.
- Le but de ce travail est de rapporter les caractéristiques de cette maladie chez le sujet âgé.

Matériels et méthodes:

- Nous rapportons 54 cas d'ostéomalacie colligés durant une période de 28 ans (Mars 1989 – Mars 2017).
- Le diagnostic d'ostéomalacie est retenu devant un faisceau d'arguments cliniques, biologiques et radiologiques.
- Seuls les patients âgés de plus de 65 ans ont été inclus dans ce travail.

Résultats:

Caractéristiques épidémiologiques

- Seize patients ont été inclus dans cette étude
- L'âge moyen était de 74 ans (extrêmes : 66 – 96 ans).
- Le sex ratio (F/H) était de 2,2

Caractéristiques cliniques

- Les douleurs musculaires avec une impotence fonctionnelle des 2 membres inférieurs ont été objectivées dans la majorité des cas (62%).
- Des troubles de la marche (dandinante) ont été observés dans 3 cas (18,7 %)
- Les douleurs osseuses dans 25% des cas.

Caractéristiques biologiques

Dans tous les cas, le bilan phosphocalcique avait montré une hypocalcémie associée à une hypocalciurie et une élévation des phosphatases alcalines.

Caractéristiques radiologiques

- une déminéralisation osseuse diffuse dans tous les cas
- stries de looser Milkman dans 6 cas (37,5 %)
- un tassement vertébral bénin dans 9 cas (56,2%)
- un aspect de cœur à carte à jouer du bassin dans 1 cas (6,2 %),
- un aspect de vertèbre biconcave dans 3 cas (18,7 %)
- une protrusion acétabulaire dans 1 cas (6,2 %)
- une coxa vara dans 2 cas (12,4%)
- une incurvation des os longs dans 1 cas
- 1 cas de thorax en cloche.



Figure 1: Radiographie de la hanche droite montrant une fracture de la branche ilio-pubienne.

Les étiologies

une cirrhose hépatique (1cas), une ostéomalacie oncogénique par augmentation de FGF 23 associée à la neurofibromatose de type 1 (1 cas), la prise d'antiépileptique (1 cas), une insuffisance rénale chronique (7 cas), Une carence d'apport de la vitamine D était retenue dans 6 cas.

Le traitement

Sur le plan thérapeutique, tous nos patients sont traités par supplémentation vitamino-calcique en plus du traitement étiologique

Conclusion:

Chez le sujet âgé, les signes cliniques, biologiques et radiologiques de l'ostéomalacie peuvent être discrets ou bien trop proches de l'ostéoporose qui est une ostéopathie très fréquente à cette tranche d'âge. En effet les déformations caractéristiques de l'ostéomalacie sont observées lorsque la maladie s'installe dans l'enfance ou chez le sujet jeune.



Que connaissent les patients ostéoporotiques sur l'ostéoporose?

Maatallah K, Ben Hamida D, Kaffel D, Ferjani H, Hamdi W, Kchir M.M.

Service de rhumatologie, Institut Mohamed Kassab, Ksar Saïd

Introduction :

L'ostéoporose est la plus fréquente des ostéopathies raréfiantes. C'est une affection chronique et silencieuse jusqu'à l'apparition de ses complications souvent invalidantes. L'éducation thérapeutique a une importance capitale dans la prise en charge de cette maladie. Le but de cette étude était d'évaluer le niveau de connaissance des patients ostéoporotiques sur l'ostéoporose.

Patients et méthodes

- ✓ Une étude prospective portant sur les patients ayant bénéficié d'une exploration de la DMO au service de rhumatologie de l'institut M. Kassab
- ✓ Ont été inclus: Patients présentant une ostéoporose
- ✓ Ont été exclus: Patients suivis pour une autre pathologie chronique pouvant interférer avec les réponses.
- ✓ Un questionnaire pré établi permettant d'évaluer le niveau de connaissance des patients sur leur maladie a été pratiqué par un même investigateur.

Résultats

Vingt-cinq patients ont été inclus dont 21 femmes (toutes ménopausées). L'âge moyen des patients était de 65 ans [54-84]. Le T score moyen était de -3,3 DS au site vertébral et -2,4 site fémoral. Des fractures ostéoporotiques étaient présentes chez 12 patients au moment de l'inclusion. Le tableau 1 détaille les réponses au questionnaire

Tableau 1 : Réponses des patients au questionnaire

		% des patients
Définition correcte de la maladie		36%
Etablissement de lien entre ostéoporose et fracture		32%
Perception du risque d'handicap lié à la perte osseuse		44%
Ostéoporose évoquée comme cause de décès précoce		12%
Ostéoporose perçue comme source de douleur chronique		68%
Les mesures hygiéno-diététiques permettant de prévenir l'ostéoporose évoquées par les patients	Apport calcique	40%
	Exercice physique	32%
	Exposition solaire	20%
Ostéoporose perçue comme une maladie curable		48%
But du traitement de l'ostéoporose	Guérison	12%
	Stabilisation	36%
	Diminution risque fracturaire	12%
	Diminution des douleurs	52%

Discussion

Nos résultats soulignent le faible niveau de connaissance de nos patients. Uniquement un tiers des patients interrogés parviennent à définir correctement la maladie. Malgré que la moitié des patients présentaient une ostéoporose fracturaire, le risque fracturaire de l'ostéoporose n'a été établi que par le tiers d'entre eux. L'ostéoporose est perçue comme source de douleur dans les deux tiers des cas et son traitement a pour objectif de soulager ces douleurs selon la moitié des patients. Ces idées erronées pourraient être une cause d'une mauvaise observance du traitement et un « manque d'efficacité »

Conclusion

La majorité des patients interrogés avaient un faible niveau d'information sur l'ostéoporose et ce malgré les campagnes d'informations dans les médias et dans les structures sanitaires . Des campagnes d'information plus ciblée des patients à risques doivent être envisagées



Prévalence des fractures vertébrales chez les patientes mises sous anti-aromatases

C.Daldoul, N.El Amri, K.Baccouch, H.Zeglaoui, E.Bouajina.

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse

Introduction :

Les inhibiteurs de l'aromatase (IA) représentent un traitement hormonal adjuvant pour les femmes ménopausées atteints de cancer du sein hormono-dépendant. Ils ont contribué à l'augmentation de la survie de ces patients. Cependant ces molécules induisent un hyper remodelage osseux modifiant ainsi l'architecture osseuse et augmentant ainsi le risque fracturaire.

L'objectif de ce travail était de déterminer le profil ostéodensitométrique et de déterminer la prévalence des fractures vertébrales chez les patientes mises sous IA.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale, s'étalant sur une période de 5mois (d'Aout 2018 à décembre 2018) et colligeant les patientes traitées pour cancer de sein hormono-dépendant mise sous IA. Les données cliniques, anthropométriques ont été relevées. La densité minérale osseuse(DMO) a été mesurée au niveau du site fémoral et vertébral par DEXA. La baisse de la DMO était définie selon l'OMS. Le dépistage des fractures vertébrales (FV) a été réalisé par VFA (Vertebral Fracture Assessment) de T4 à L4. L'évaluation a été effectuée selon la méthode semi-quantitative de Genant.

Résultats :

Ont été recensé trente-six patientes. L'âge moyen était de 59.6 ans. Toutes les patientes étaient ménopausées. L'âge moyen de ménopause était de 45.2. 4 patientes avaient un antécédent de fracture de fragilité. La durée moyenne de suivi de cancer de sein était de 71.7 mois. La durée moyenne du traitement par IA était de 31.9 mois. La DMO fémorale moyenne était de 0.911 g/cm³ [0.671-1.185g/cm³] et celle vertébrale était de 1.007 g/cm³ [0.782-1.326g/cm³]. Le profil ostéodensitométrique était normal chez 9 patientes. L'ostéopénie était observée chez 12 patientes avec 11 patientes ayant une ostéopénie vertébrale et 16 patientes ayant une ostéopénie fémorale. L'ostéoporose était observée chez 15 patientes (41,6%). L'ostéoporose était fémorale chez 9 patientes et vertébrale chez 8 patientes. Au moins une fracture vertébrale a été observée chez 27,8% des patientes. La VFA a mis en évidence 10 FV qui étaient de grade 2,3 dans respectivement 8 et 2 cas. Les FV étaient cunéiformes dans 6 cas, biconcaves dans 3 cas et globale dans 1 cas.

Discussion:

Indépendamment des nombreux effets indésirables des IA à court terme (arthralgies, myalgies, sécheresse vaginale...), l'effet osseux reste le plus important effet secondaire à long terme.

En effet, on a noté une augmentation significative des cas d'ostéoporose chez ces patients [1].

Les études ATAC et BIG 1-98 [2-3], ont montré que les IA augmentent la perte osseuse au niveau vertébral ainsi que fémorale. Dans notre série, 70% des patientes avaient un profil ostéodensitométrique pathologique. En revanche, aucune patiente ayant une DMO normale initialement n'est devenue ostéoporotique.

La survenue de fracture ostéoporotique (vertébrale, col du fémur, poignet..) était significativement plus élevée au cours de l'utilisation de ces molécules par rapport au Tamoxifène ce qui résume la gravité de cette pathologie [2,3].

Les études menées sur l'utilisation des médicaments anti-resorptifs osseux étaient en faveur d'un traitement préventif [4], avec un gain significatif de la masse osseuse surtout pour les patientes ayant une ostéopénie initiale [5].

En l'absence de consensus bien établi pour la PEC de ces patientes, quelques propositions ont été élaborées [6,7] qui insistent sur le screening des facteurs de risque d'ostéoporose pour mieux identifier les patientes candidates à un traitement d'ostéoporose (dans notre série un tiers des patientes représentaient au moins un facteur de risque d'ostéoporose). Ceci est surtout recommandé pour les patientes ayant un ostéopénie.

Conclusion :

L'ostéoporose n'était retrouvée que dans un faible pourcentage des patientes traitées pour cancer de sein et mise sous IA. Cependant 2/3 de ces patientes avaient un profil ostéodensitométrique en faveur d'une ostéopénie d'où la nécessité de contrôle ostéodensitométrique régulier pour ces patientes en attente des recommandations du référentiel tunisien sur l'ostéoporose.

Références :

- [1] Goss PE, Ingle JN, Martino S, et al. Randomized trial of letrozole following tamoxifen as extended adjuvant therapy in receptor-positive breast cancer: updated findings from NCIC CTG MA-17. *J Natl Cancer Inst* 2005;97:1262-71.
- [2] The ATAC Trialists Group. Effect of anastrozole and tamoxifen as adjuvant treatment for early-stage breast cancer: 100-month analysis of the ATAC trial. *Lancet Oncol* 2008;9:45-53.
- [3] Coates AS, Keshaviah A, Tikhonov S, et al. Five years of letrozole compared with tamoxifen as initial adjuvant therapy for postmenopausal women with endocrine-responsive early breast cancer: update of study BIG 1-98. *J Clin Oncol* 2007;25:486-92.
- [4] Van Poznaak C, Hannon RA, Mackey JR, et al. Prevention of aromatase inhibitor-induced bone loss using risnedronate: the SABRE study. *J Clin Oncol* 2010;28:967-75.
- [5] Confavreux CB, Eneanya A, Guastalla JP, et al. Estrogen-dependent increase in bone turnover and bone loss in postmenopausal women with breast cancer treated with anastrozole. *Preventive medicine* 2007;44:346-52.
- [6] Reid DM, Doughty J, Eastell R, et al. Guidance for the management of breast cancer treatment-induced bone loss: a consensus position statement from a UK expert group. *Cancer Treat Res Commun* 2007;148:11-23.
- [7] Body JJ, Bergmann P, Boonen S, et al. Management of cancer treatment-induced bone loss in early breast and prostate cancer: a consensus paper of the Belgian bone club. *Osteoporos Int* 2007;18:1439-50.



Profil ostéodensitométrique au cours de la maladie cœliaque juvénile

C.Daldoul, N.El Amri, K.Baccouch, H.Zeglaoui, S.Belghali, E.Bouajina.

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, TUNISIE

Introduction :

Les anomalies de minéralisation osseuse sont souvent constatées chez les enfants porteurs d'une pathologie digestive chronique. Parmi ces pathologies, la maladie cœliaque (MC) est la plus pourvoyeuse d'anomalies de la densité minérale osseuse. Ces troubles sont d'origine multifactorielle intervenant la malabsorption, l'état nutritionnel, la diminution de l'activité physique et l'inflammation chronique.

L'objectif de ce travail était de déterminer la fréquence ainsi que les facteurs associés à la baisse de la densité minérale osseuse chez les enfants ayant une MC.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, s'étalant sur une période de 4 ans (de Janvier 2014 à Décembre 2017) et colligeant les enfants suivis pour MC ayant eu une mesure de la densité minérale osseuse (DMO) par DEXA. Les données cliniques, anthropométriques et densitométriques (DMO au niveau du site fémoral et vertébral) ont été relevés.

Résultats :

Trente-six enfants ont été colligés. Il s'agit de 29 filles et 7 garçons. L'âge moyen était de 11.94 ans.

La taille moyenne était de 137.8 cm. Le poids moyen était de 35,3 Kg. L'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de 17.69 kg/m² [13.05-21.69 kg/m²].

La DMO vertébrale moyenne était de 0.891 g/cm³. Le z-score moyen était de -1,08. La DMO était normale dans 26 cas. Une baisse de la densité minérale osseuse par rapport à l'âge chronologique était observée dans 10 cas. Une corrélation très significative a été observée entre le BMI et la DMO vertébrale (r=0.75, p=0.000).

Discussion :

La maladie cœliaque est une pathologie fréquente touchant près de 1% de la population générale [1].

Pour les enfants, les modifications de l'architecture de la trame osseuse représente une des complications les plus fréquentes de la MC pouvant toucher jusqu'à 75% des patients dans certaines séries [2]. L'apparition d'ostéoporose au cours de la MC peut altérer la qualité en occasionnant des fractures [3] et altérer la croissance staturale de ces patients [4].

Les mécanismes physiopathologiques de la baisse de la DMO au cours de la MC sont nombreux ; ils sont souvent associés à la malabsorption du calcium et de vitamine D du à l'atrophie villositaire [5]. En effet la sévérité de l'atrophie villositaire lors des biopsies duodénales est corrélée à la baisse de la DMO [6]. Cette malabsorption peut aussi engendrer une hyperparathyroïdie et favoriser l'ostéopénie [7].

Le retard diagnostique et le non-respect du régime sans gluten sont des facteurs favorisant la baisse de la DMO [8].

Une intolérance au lactose fréquemment associée à la MC (estimé à 10% [9]) avec une restriction des produits laitiers contribue à la diminution de l'absorption de calcium.

L'effet bénéfique du régime sans gluten a été noté dans plusieurs études [10,11]. Le maximum de cet effet est obtenu au bout d'une année allant jusqu'à 5% d'augmentation de la DMO [12].

Conclusion :

La fréquence et la gravité de la baisse de la DMO chez les enfants atteints de MC nécessite une surveillance régulière. Elle semble être favorisée par un IMC bas, fréquent au cours de la MC en rapport avec la malabsorption qui s'y associe.

Références :

- [1] Reilly NR, Green PH. Epidemiology and clinical presentations of celiac disease. *Semin Immunopathol* 2012;34:473-8
- [2] Corazza GR, Di SM, Maurino E, Bai JC. Bones in coeliac disease: diagnosis and treatment. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2005;19:453-65
- [3] de Lorenzo CM, Xikota JC, Wayhs MC, Nassar SM, de Souza Pires MM. Evaluation of the quality of life of children with celiac disease and their parents: a case-control study. *Qual Life Res* 2012;21:77-85
- [4] Scott EM, Gaywood I, Scott BB. Guidelines for osteoporosis in coeliac disease and inflammatory bowel disease. *British Society of Gastroenterology. Gut* 2000;46(Suppl. 1):i1-i8
- [5] Ciacci C, Maurelli L, Klain M, Savino G, Salvatore M, Mazzacca G, et al. Effects of dietary treatment on bone mineral density in adults with celiac disease: Factors predicting response. *Am J Gastroenterol* 1997;92:992-6
- [6] Garcia-Manzanares A, Tenias JM, Lucendo AJ. Bone mineral density directly correlates with duodenal Marsh stage in newly diagnosed adult celiac patients. *Scand J Gastroenterol* 2012;8-9:927-36.
- [7] Selby PL, Davies M, Adams JE, Mawer EB. Bone loss in celiac disease is related to secondary hyperparathyroidism. *J Bone Miner Res* 1999;14:652-7
- [8] Younes M, Ben YH, Safer L, Fadoua H, Zrour S, Bejia I, et al. Prevalence of bone loss in adult celiac disease and associated factors: a control case study. *Tunis Med* 2012;90:129-35
- [9] Garcia-Manzanares A, Lucendo AJ. Nutritional and dietary aspects of celiac disease. *Nutr Clin Pract* 2011;26:163-73.
- [10] McFarlane XA, Bhalla AK, Reeves DE, Morgan LM, Robertson DA. Osteoporosis in treated adult coeliac disease. *Gut* 1995;36:710-4



Uvéite dans la spondylarthrite ankylosante traitée par etanercept: à propos de 3 cas

Ben Ammar L., Mahmoud I., Saidane O., Ben Tekaya A., Zouaoui K., Tekaya R., Abdelmoula L.

Service de Rhumatologie., Hôpital la Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction :

Bien que les anti-TNF a ont prouvé leur efficacité sur les manifestations articulaires et extra-articulaires au cours des spondylarthropathies, un nombre croissant d'effets indésirables d'origine auto-immune ont été rapportés dont l'atteinte oculaire inflammatoire et plus précisément l'uvéite qui a été décrite essentiellement sous etanercept. Nous proposons 3 cas d'uvéite survenue chez des patients atteints de spondylarthropathies traitées par etanercept.

Observation 1:

Patiente âgée de 43ans, suivie depuis 2009 pour une spondylarthrite ankylosante (SPA) axiale compliquée d'une coxite bilatérale, résistante au traitement par anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et salazopirine (SLZ) justifiant le passage à la biothérapie en 2013. Elle a reçu de l'etanercept (50mg/semaine) avec une bonne réponse clinique et biologique. Au bout de 2ans de traitement, elle a présenté une rougeur oculaire avec douleur et flou visuel. Le diagnostic d'uvéite antérieure non granulomateuse de l'œil gauche a été retenu cédant sous traitement local et après arrêt de l'etanercept, avec absence de récurrence sous adalimumab qu'elle prend depuis 2015.

Observation 2:

Patient âgé de 32ans, suivi depuis 2010 pour une SPA axiale compliquée de coxite bilatérale résistante aux AINS et ayant présenté une cytolysé hépatique sous SLZ. Le traitement par etanercept a été initié en 2010 avec une bonne réponse au traitement. En 2016, il a développé une uvéite antérieure gauche non granulomateuse n'ayant pas récidivé après arrêt de l'etanercept et switch vers adalimumab.

Observation 3:

Patient âgé de 48ans, aux antécédents d'hypertension artérielle, vitiligo, hépatopathie chronique et insuffisance veineuse. Suivi depuis 2007 pour un rhumatisme psoriasique dans sa forme axiale et périphérique résistant aux AINS, SLZ et au methotrexate et compliqué d'une uveite antérieure gauche non granulomateuse survenue en 2011. Mis sous etanercept en 2012 avec une bonne réponse thérapeutique. En 2018, il a présenté une uvéite antérieure non granulomateuse bilatérale ayant cédé après arrêt de l'etanercept et sous traitement local.

Discussion :

L'uvéite est une urgence ophtalmologique grave et spécifique des spondylarthropathies. Plusieurs cas de poussées d'uvéite chez des patients n'ayant jamais eu d'atteinte oculaire ou de rechute de celle-ci ont été rapportées au cours du traitement par anti-TNF a tandis que les manifestations articulaires étaient contrôlées. L'incidence de l'uvéite est plus élevée pendant le traitement par etanercept [1,2]. Les données actuelles recommandent l'utilisation préférentielle d'anti-TNF monoclonaux plutôt que de l'etanercept chez les patients atteints de spondylarthropathies et présentant des antécédents d'uvéite active ou antérieure. Les raisons de la fréquence d'uvéite sous etanercept sont inconnues mais pourrait être liés à un effet de classe, hypothèse qui devrait être confirmée dans d'autres études comparatives [3].

Conclusion:

Les différentes revues de la littérature suggèrent que les anticorps monoclonaux semblent plus efficaces dans le contrôle de l'uvéite que le récepteur soluble du TNF. Par ailleurs, la survenue d'uvéite chez des patients n'ayant jamais eu d'atteinte oculaire semble plus fréquente au cours du traitement par etanercept.

Références:

- [1]. Sieper J, Koenig A, Baumgartner S, et al, Analysis of uveitis rates across all etanercept ankylosing spondylitis clinical trials, *Annals of the Rheumatic Diseases* 2010;**69**:226-229.
- [2]. Pilar Brito-Zerón, Roberto Perez-Alvarez, Manuel Ramos-Casals & on behalf of the BIOGEAS Study Group(2015) Etanercept and uveitis: friends or foes?, *Current Medical Research and Opinion*, 31:2, 251-252, DOI: 10.1185/03007995.2014.993024
- [3]. Bernd Raffeiner, Francesca Ometto, Livio Bernardi, Costantino Botsios, and Leonardo Punzi, "Inefficacy or Paradoxical Effect? Uveitis in Ankylosing Spondylitis Treated with Etanercept," *Case Reports in Medicine*, vol. 2014, Article ID 471319, 4 pages, 2014. <https://doi.org/10.1155/2014/47>



Une grossesse sous Tocilizumab

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

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

Le Tocilizumab occupe une place importante dans le traitement la polyarthrite rhumatoïde (PR) en étant un puissant inhibiteur compétitif de l'IL-6. Les effets des biologiques demeurent jusque là peu documentés sur la conception et la grossesse. Nous rapportons un cas d'une grossesse sous traitement biologique à base de Tocilizumab.

Observation :

Il s'agit d'une femme âgée de 37 ans suivie pour une PR séropositive sévère destructrice et déformante. Elle était sous contraception orale par micro progestatifs.

Elle a été traitée initialement par Méthotrexate à la dose de 15 mg/semaine avec corticothérapie à la dose de 10mg/jour sans amélioration avec persistance d'une maladie active et évolutive (DAS28=5,21).

Un passage à une biothérapie à base de Tocilizumab s'est avéré nécessaire. Un bilan pré biothérapie a été pratiqué revenu normal.

La patiente a reçu 4 perfusions mensuelles (à la dose de 8mg/kg soit 640mg/ mois) avec une évolution favorable (\square DAS28 après la 4ème perfusion=2,1 soit une bonne réponse EULAR).

A la 5ème perfusion, la patiente a déclaré une aménorrhée secondaire. Une échographie obstétricale a confirmé une grossesse évolutive de 6 semaines d'aménorrhée et 4 jours.

La conduite était d'arrêter le Méthotrexate et le Tocilizumab et le suivi a été pratiqué dans un service d'obstétrique selon les modalités cliniques et échographiques classiques (examen mensuel et échographie trimestrielle) infirmant toute anomalie fœtale notamment une échographie morphologique normale.

L'accouchement a eu lieu à terme sans complication d'ordre obstétricale ni néonatale. L'évolution de la PR au cours et au décours de la grossesse était favorable.

Actuellement et après un recul de 06 ans, l'enfant est en très bon état de santé avec un développement physique et mental strictement normal.

Discussion :

61 grossesses exposées au tocilizumab (dont 53 pour polyarthrite rhumatoïde), le devenir étant connu pour 50 d'entre elles (6). Dix patientes ont interrompu le tocilizumab avant la grossesse, 30 ont été exposées durant le premier trimestre et 2 ont poursuivi le traitement pendant toute la grossesse. Sur les 36 naissances, aucune malformation congénitale n'a été rapportée, mais six anomalies néonatales (5 petit poids de naissance inférieur à 2500 g et une asphyxie néonatale) [1]

Conclusion :

Il est du devoir du médecin prescripteur d'une biothérapie de s'assurer de la présence d'une contraception efficace chez ses patientes. Il faut garder à l'esprit que autre le risque tératogène aussi bien des bio médicaments que des DMARDs, il existe d'autres effets indésirables méconnus et tardifs qui peuvent apparaître chez la descendance même à un âge tardif.

Bibliographie :

1. Nakajima K, Watanabe O, Mochizuki M et al. Pregnancy outcomes after exposure to tocilizumab : a retrospective analysis of 61 patients in Japan. Mod Rheumatol 2016;26:667-71.



Une grossesse sous Infliximab, un descendant AUTISTE : quelle corrélation ?

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

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

Nous rapportons le premier cas d'autisme étiqueté à l'âge de 3 ans chez un descendant d'une grossesse sous traitement biologique à base d'infliximab.

Observation :

Il s'agit d'une femme âgée de 35 ans suivie pour une polyarthrite rhumatoïde (PR) séropositive sévère destructrice et déformante évoluant depuis 2003.

Elle était sous contraception orale par des microprogestatifs. Elle a été traitée initialement par Méthotrexate à la dose de 15 mg/semaine avec corticothérapie à la dose de 10mg/jour sans et devant l'apparition d'une intolérance digestive, le traitement a été relayé par Leflunomide.

La PR persistait active. Un passage à une biothérapie à base d'infliximab s'est avéré nécessaire. Un bilan pré biothérapie a été pratiqué revenu normal.

La patiente a reçu 6 perfusions commencées en Octobre 2011 (à la dose de 3mg/kg soit 255mg/ 2 mois) avec une évolution favorable (DAS28 après la 6ème perfusion à 4,2).

A la 7ème perfusion prévue en Aout 2012, la patiente a déclaré une aménorrhée ; un dosage quantitatif de la BHCG revenu positif. Une échographie obstétricale a confirmé une grossesse évolutive de 6 semaines d'aménorrhée.

La conduite était d'arrêter l'Arava et l'Infliximab et le suivi a été pratiqué dans un service d'obstétrique selon les modalités cliniques et échographiques classiques (examen mensuel et échographie trimestrielle) infirmant toute anomalie fœtale notamment une échographie morphologique normale.

L'accouchement d'une fille a eu lieu à terme en Avril 2013 sans complication d'ordre obstétricale ni néonatale.

L'évolution de la PR au cours et au décours de la grossesse était favorable.

A l'âge de 3 ans l'enfant était étiqueté autiste.

Conclusion :

A nos connaissances, il s'agit du premier cas rapporté sous biothérapie, reste à déterminer si c'est l'effet de la biothérapie, du Leflunomide ou de leur association.



Association d'une véritable polymyosite avec maladie de Still traitée par Rituximab

Jomaa.O, Brahem.M, Hachfi.H, Abdallah.A, Younes.M

Service de rhumatologie CHU Taher Sfar Mahdia Monastir

Introduction

La survenue de la polymyosite au cours de la maladie de Still peut être considérée comme une complication de celle-ci ou dans le cadre d'une véritable association entre deux maladies systémiques. Une telle association pose des problèmes thérapeutiques notamment lorsque la combinaison de glucocorticoïde avec méthotrexate ou autre immunosuppresseur ne permet pas de contrôler la maladie, la déplétion en cellules B avec le Rituximab (RTX) a émergé comme une option thérapeutique.

Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 28 ans connue porteuse de maladie de Still associé à une polymyosite diagnostiquée en 2015 devant un tableau de polyarthrite bilatérale et symétrique touchant les grosses et les petites articulations évoluant dans un contexte fébrile associé à des myalgies diffuses avec un déficit musculaire proximal.

Elle a été mise initialement sous corticothérapie à la dose de 1 mg/kg/jour, méthotrexate (jusqu'à 8cp/semaine).L'évolution était marquée par la survenue d'une corticodépendance ainsi que des poussées récidivantes de sa maladie devenant rebelle aux thérapeutiques habituels d'où la décision de passer au traitement biologique type anti IL6 (Tocilizumab) dont elle a reçu deux cures à 1mois d'intervalle. En dépit de ce traitement une nouvelle poussée a été noté au cours du suivi marqué par une polyarthrite bilatérale et symétrique et un déficit musculaire important à l'origine d'une impotence fonctionnelle .

un syndrome inflammatoire important et des CPK très élevés (100 x la normale) étaient notés à la biologie. La conduite était de mettre la patiente sous immunoglobulines intraveineuse et de faire le switch du Tocilizumab par le Rituximab entraînant un meilleur contrôle de sa maladie avec amélioration clinique et biologique.

Discussion

La polymyosite est d'installation le plus souvent lente et progressive. La progression de la maladie s'avère très variable d'un patient à l'autre, rendant difficile tout pronostic clinique ou fonctionnel. Le traitement en première intention fait appel aux corticoïdes à fortes doses. Un patient sur cinq est réfractaire à la première corticothérapie nécessitant ainsi le recours à d'autres thérapeutiques. L'épuisement des lymphocytes B avec le Rituximab est le traitement de choix des myopathies inflammatoires rebelle.

Conclusion

Notre observation montre que le Rituximab peut constituer un traitement optimal des myopathies inflammatoires sévères telles que la polymyosite associée à la maladie de Still de l'adulte qui sont rebelle à la corticothérapie et aux immunosuppresseurs.



Effets des anti-TNF alpha sur la densité minérale osseuse chez les patients atteints de spondylarthrite ankylosante

Feki.A, Akrou.R, Grassa.R, Gassara.Z, Ben Djmeaa.S, Ezzeddine.M, Kallel.MH, Fourati.H, Baklouti.S

Service de rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie

Introduction :

- La spondylarthrite ankylosante (SPA) est le prototype et la forme la plus caractéristique d'un groupe de rhumatismes appelés spondylarthrites.
- Comme d'autres pathologies inflammatoires chroniques telle que le lupus érythémateux systémique, une ostéoporose précoce peut compliquer ce rhumatisme ce qui risque d'aggraver la morbidité et altère d'avantage la qualité de vie.
- Le but de ce travail est d'évaluer l'effet des anti-TNF α sur la densité minérale osseuse (DMO) au cours de la SPA.

Matériels et méthodes:

- Il s'agit d'une étude transversale incluant 47 patients atteints de SPA répondants aux critères de NEW YORK modifiés.
- Une mesure de la DMO a été effectuée chez ces patients en utilisant la technique DEXA. Deux sites ont été explorés : le rachis lombaire antéro-postérieur (L1-L4) et les 2 cols fémoraux.
- Les résultats ont été exprimés en masse osseuse moyenne en g/cm² et en T-score exprimé en déviation standard (DS) et ils ont été comparés selon l'utilisation ou non d'anti-TNF α .
- Nous avons adoptés les critères fixés par l'OMS pour définir le statut densitométrique des patients.
- Une valeur du p<0,05 est considérée comme significative.

Résultats:

Caractéristiques épidémiologiques

- 47 patients ont été inclus. Il s'agissait de 35 hommes et 12 femmes
- sex ratio (H/F) de 2,9.
- L'âge moyen des patients était de 43,81 \pm 13,47 ans.

Caractéristiques cliniques

- l'âge de début moyen de SA était 28,1 \pm 9,1 ans
- la durée d'évolution moyenne de 15,07 \pm 10,9 ans.
- Le BASDAI moyen était de 3,4 \pm 1,69. 21 patients présentaient une forme active (soit 44,6%) au moment du recrutement.
- L'ASDAS calculé par la CRP était en moyenne de 2,36 \pm 0,96.
 - 12 patients avaient une activité modérée
 - 23 patients avaient une maladie active
 - 6 patients avaient une maladie très active.
- Le BASFI moyen était de 43,51 \pm 24,6 %.
- 21 patients présentaient une forme active (soit 44,6%) au moment du recrutement.

Le traitement

- 41 patients (87,2%) étaient sous AINS.
- 19 patients (40,4%) étaient sous traitement de fond au moment de l'étude.
- 8 patients étaient sous anti TNF α .

Caractéristiques densitométriques

- Les patients mis sous anti TNF α avaient une densité minérale osseuse significativement plus élevée aux 2 sites lombaire (1,306 \pm 0,405 VS 1,111 \pm 0,168 g/cm², p=0,029) et fémoral (1,105 \pm 0,180 VS 0,934 \pm 0,157 g/cm², p=0,009). De même le T-score lombaire était statistiquement plus élevé chez les patients sous anti TNF α (1,71 \pm 2,87 VS -0,71 \pm 1,49 g/cm², p= 0,047).

Conclusion:

Une hypovitaminose D semble être associée à la SPA dans cette étude. Cependant des chiffres bas ont été aussi constatés aussi chez les témoins sains soulevant une autre fois la problématique des valeurs seuils de cette vitamine probablement à rectifier dans notre population tunisienne.



Impact de l'indice de masse corporelle sur la réponse aux anti TNF alpha

Bouden S, Laadhar L, Ayadi I, Sallami M

Service Immunologie La Rabta

Introduction :

La réponse aux anti TNF alpha varie considérablement d'un sujet à un autre. Ceci pourrait être expliqué par des facteurs liés à la maladie tels que l'activité, des facteurs liés au traitement tels que l'association à un traitement immunosuppresseur, mais également par des facteurs liés au patient tels que l'indice de masse corporelle (IMC).

Materiels et methodes:

Une étude multicentrique a été menée incluant les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) ou de spondyloarthrites (spA) et traités par anti TNF alpha type Infliximab ou Adalimumab. Le poids, la taille et l'IMC ont été calculés pour tous les patients. La réponse thérapeutique était évaluée par le score DAS28 chez les patients atteints de PR, et par le score ASDAS chez les patients atteints de spA. La valeur de p était considérée significative < 0,05.

Résultats :

Cinquante patients ont été inclus, dont 31 étaient des hommes (62%). L'âge moyen était de 46 ans [24-76]. Dix sept étaient atteints de PR et 33 étaient atteints de spA. Vint neuf patients étaient traités par Adalimumab et 21 par Infliximab. Le poids moyen était de 71 kg ± 13. La taille moyenne était de 164 cm ± 8. L'IMC moyen était de 22kg/m² ± 5. Vint six patients (52%) étaient en bonne réponse thérapeutique. Aucune différence significativement n'a été notée entre l'IMC des patients bon répondeurs et l'IMC des patients en échec thérapeutique (respectivement 23kg/m² et 22kg/m²).

Conclusion:

Certains auteurs ont retrouvé que les patients avec un IMC élevé étaient plus à risque de développer un échec thérapeutique aux anti TNF alpha. Cette hypothèse n'a pas été confirmée dans notre étude.



Effet de l'optimisation du traitement par Infliximab sur l'immunogénicité

bouden S, Laadhar L, Ayadi I, Sallami M

Service Immunologie La Rabta

Introduction :

L'Infliximab (INF) a été classé parmi les biothérapies les plus immunogènes. Les anti drug antibodies (ADAb) formés peuvent avoir plusieurs effets indésirables dont la réduction de l'efficacité thérapeutique et l'augmentation du risque de réactions allergiques. Plusieurs stratégies ont été mises en œuvre en vue de réduire la formation d'ADAb, dont la stratégie d'optimisation thérapeutique

Materiels et methodes:

Une étude multicentrique a été menée, incluant les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques et traités par INF depuis au moins 6 mois. Le schéma thérapeutique a été noté (rythme de perfusion, dose). Le dosage des ADAb a été effectué pour ces patients par méthode ELISA. Le seuil de significativité p était < 0,05.

Résultats :

Trente huit patients traités par INF ont été inclus, dont 21 hommes et 17 femmes. L'âge moyen était de 44 ans [20-76]. Sept étaient suivis pour polyarthrite rhumatoïde, 14 pour spondyloarthrites et 17 pour maladie de Crohn. Trente quatre patients étaient initialement mis sous 5mg/kg, 2 patients sous 4mg/kg et 2 patients sous 3mg/kg. Tous les patients recevaient initialement l'INF toutes les 8 semaines. Les ADAb ont été retrouvés chez 23 patients (60%). Un patient a eu en rapprochement des perfusions toutes les 7 semaines et un patient a eu une augmentation des doses à 5mg/kg, sans que cela n'influence l'immunogénicité.

Conclusion:

Dans notre étude, la stratégie d'optimisation du traitement par INF ne s'est pas accompagnée de diminution de l'immunogénicité.



Effet de l'activité des spondyloarthrites sur l'immunogénicité

Bouden S, Laadhar L, Ayadi I, Sallami M

Service Immunologie La Rabta

Introduction :

L'immunogénicité est définie par la formation d'anti drug antibodies (ADAb) dirigés contre les biothérapies. Plusieurs facteurs influencent la formation d'ADAb tels que des facteurs relatifs au patient, des facteurs relatifs au traitement et des facteurs relatifs à la maladie dont l'activité.

Materiels et methodes:

Une étude multicentrique a été menée incluant les patients suivis pour spondyloarthrites (spA) et traités par anti TNF alpha. L'activité de la PR a été évaluée par les scores BASDAI et ASDAS. Le dosage des ADAb a été réalisé par la méthode ELISA. P value était considérée significative pour une valeur < 0,05.

Résultats :

Trente trois patients ont été inclus dont 27 hommes et 6 femmes. L'âge moyen était de 42,88 ans \pm 8,71. Quatorze étaient traités par Infliximab (42%) et 19 par Adalimumab (58%). La valeur moyenne de la VS était de 35,94 \pm 19,59, la valeur moyenne de la CRP était de 22,27 \pm 18,39, le BASDAI moyen était de 5 \pm 1,48, l'ASDASVS moyen était de 3,49 \pm 0,46 et l'ASDASCRP moyen était de 3,53 \pm 0,46. Les ADAb étaient positifs chez 13 patients (39%). Aucune relation significative n'a été retrouvée entre la VS, la CRP, le BASDAI et l'ASDASVS avec la présence d'ADAb. Cependant l'ASDASCRP était significativement plus élevé chez les patients ADAb positifs comparés aux patients ADAb négatifs (respectivement 3,6 et 3,3 ; p=0,05).

Conclusion:

Plusieurs auteurs ont rapporté que les patients avec une activité initiale de la maladie élevée et avec un important syndrome inflammatoire biologique initial avaient des taux résiduels du biomédicament bas et une plus forte incidence d'ADAb. Ceci serait expliqué que la quantité de TNF initiale à neutraliser est très importante, ce qui contribue à diminuer le taux résiduel de l'anti TNF α et favorise le développement des ADAb.



Spondyloarthrites sous anti TNF alpha : effet de l'activité de la maladie sur le taux résiduel

Bouden S, Laadhar L, Ayadi I, Sallami M

Service Immunologie La Rabta

Introduction :

Le taux résiduel des anti TNF alpha est influencé par plusieurs facteurs. Parmi les facteurs, l'activité de la pathologie sous jacente a été incriminée.

Materiels et methodes:

Une étude multicentrique a été menée, incluant les patients atteints de spondyloarthrites (spA) et traités par anti TNF alpha type Infliximab (INF) ou Adalimumab (ADA). L'activité des spA était évaluée par le BASDAI et par l'ASDAS. Le taux résiduel de l'anti TNF alpha a été dosé par méthode ELISA. P value était considérée significative < 0,05.

Résultats :

Trente trois patients ont été inclus, dont 27 hommes et 6 femmes. L'âge moyen était de $42,88 \pm 8,71$. Quatorze patients étaient traités par INF. Le taux résiduel moyen de $1,54\mu\text{g/ml}$ [0-9,5]. Le BASDAI moyen était de 3,1, l'ASDASVS moyen était de 2,11 et l'ASDASCRP moyen était de 2,11. Une corrélation négative a été retrouvée entre le BASDAI et le taux résiduel. Aucune corrélation n'a été retrouvée entre l'ASDAS et le taux résiduel. Dix neuf patients étaient traités par ADA. Le taux résiduel moyen était de $4,37\mu\text{g/ml}$ [0-9,32]. Le BASDAI moyen était de 3,7, l'ASDASVS moyen était de 2,33 et l'ASDASCRP moyen était de 2,36. Aucune corrélation significative n'a été retrouvée entre le BBASDAI, l'ASDASVS, l'ASDASCRP et le taux résiduel de l'ADA.

Conclusion:

Plusieurs études ont retrouvé que l'activité de la maladie influençait négativement le taux résiduel de l'anti TNF alpha. En effet, la quantité de TNF à neutraliser est élevée, ce qui a pour conséquence de diminuer le taux résiduel du biomédicament. Cette hypothèse a été confirmée pour l'INF dans notre étude.

Arthrose précoce et hypoparathyroïdie dans le cadre d'un syndrome de Fahr

Hmila S, Baccouche K, Lataoui S, Elamri N, Zeglaoui H, Bouajina E

CHU FARHAT HACHED SOUSSE

Introduction :

La maladie de Fahr est un syndrome neurodégénératif caractérisé par la présence de calcifications bilatérales et symétriques des ganglions de la base et du parenchyme adjacent, pouvant être idiopathique ou dans le cadre d'une endocrinopathie, notamment une hypoparathyroïdie.

Patient et méthodes :

Les auteurs rapportent le cas d'une patiente qui présente une arthrose précoce des hanches et des genoux, un syndrome malformatif avec retard statural et une hypoparathyroïdie dans le cadre d'un syndrome de Fahr hospitalisée au Service de Rhumatologie du CHU Farhat Hached.

Description du cas :

Il s'agit du cas d'une patiente âgée de 27 ans aux antécédents de cataracte bilatérale opérée d'un œil, épilepsie à type de crises partielles complexes sous Carbamazépine évoluant depuis 10 ans, les explorations par IRM avaient montré des calcifications des noyaux gris centraux et une sclérose hypophysaire discrète évoquant un syndrome de Fahr.

Elle a consulté en Rhumatologie pour douleurs au niveau des plis de l'aîne et boiterie suite à la notion de traumatisme, mais rapporte aussi la notion de crises de tétanie, de paresthésies des membres supérieurs.

L'examen a objectivé une patiente de petite taille (T : 143 cm ; P : 39 kg), une dysmorphie faciale (front large, filtrum court, petites oreilles, nez globuleux, 5^{ème} doigts courts au niveau des 2 mains), un fessum irréductible de la hanche droite avec mobilité limitée en flexion et rotation des 2 hanches, douleur et limitation des 2 genoux avec un rabot positif en bilatéral sans épanchement articulaire.

Les explorations biologiques ont retrouvé une hypocalcémie sévère à 1.2 mmol/L ainsi qu'une hypokaliémie à 2,6 mmol/L avec une fonction rénale et hépatique normales, une PTH basse à 9.1 pg/ml et une alcalose métabolique.

La patiente a bénéficié d'une supplémentation par calcium et vitamine D3. Le bilan urinaire après supplémentation a montré une hypercalciurie, et une hyperkaliurie avec protéinurie négative.

Un bilan radiologique standard a montré un pincement au niveau de la coxofémorale avec présence de calcifications péri-articulaires, une arthrose fémoro-tibiale interne des 2 genoux. Une brachyphalangie touchant P2 dans deux 5^{èmes} doigts. La DMO a montré une augmentation de la masse osseuse. Une TDM cérébrale de contrôle a montré le même aspect.

discussion :

L'association d'une hypoparathyroïdie modérée, d'une arthrose précoce et d'un retard statural a été décrite pour la première fois dans la littérature en 1999 (J Clin Endocrinol Metab 84: 3036-3040, 1999).

Une anomalie génétique autosomale dominante activatrice concernant le domaine extracellulaire du CaR est fortement suspectée [1].

Cette mutation augmente la sensibilité du récepteur au calcium localisé essentiellement dans la 2^{ème} partie du segment ascendant de l'anse de Haenlé, ce qui résulte en une hypocalcémie et une hypoparathyroïdie [1,2]. Cette mutation activatrice aurait aussi un effet sur les échanges cellulaires de potassium par l'inactivation du NKCC2 ce qui résulte en une hypokaliémie [5, 6].

Dans notre cas, cette association semble limitée au cas index suggérant une anomalie «De Novo», une enquête génétique est en cours.

Les calcifications des noyaux de la base ainsi que les crises d'épilepsie partielles complexes ont été décrites au cours des hypoparathyroïdies modérées et chroniques [3]. La place du traitement substitutif dans la prévention de la survenue d'autres calcifications reste à déterminer.

L'hypercalciurie sous traitement substitutif est à surveiller de près chez cette jeune fille, et serait probablement due à une diminution de la réabsorption tubulaire du calcium [4].

Conclusion :

L'association d'un retard statural, hypoparathyroïdie et arthrose précoce suggère une anomalie génétique commune impliquant à la fois et la parathyroïde, l'os et le cartilage. Le dépistage des complications de l'hypercalciurie chronique sous traitement est primordiale au long cours, une étude génétique pour mieux caractériser la mutation responsable est entamée.

Référence :

1- Stock JL, Brown RS, Baron J, Coderre JA, Mancilla E, De Luca F, et al. Autosomal dominant hypoparathyroidism associated with short stature and premature osteoarthritis. J Clin Endocrinol Metab. sept 1999;84(9):3036-40.

2- Kamiyoshi N, Nozu K, Urahama Y, Matsunoshita N, Yamamura T, Minamikawa S, et al. Pathogenesis of hypokalemia in autosomal dominant hypocalcemia type 1. Clin Exp Nephrol. 2016;20(2):253-7.



EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE GONARTHROSE par le Questionnaire ASES-PSE (Arthritis Self Efficacy Scale - Pain Self efficacy Scale)

Nacef L, Fazaa A, Miladi S, Ouenniche K, Kassab S, Chekili S, Ben Abdelghani K, Laatar A
Service de rhumatologie, CHU Mongi Slim, La Marsa

Introduction :

La gonarthrose est une pathologie dégénérative fréquente et potentiellement invalidante. Sa prise en charge a pour objectif principal de soulager la douleur du patient et de lui permettre d'entreprendre une activité quotidienne normale. La prise en charge doit être globale, s'intéressant à la fois à la pathologie mais aussi à la capacité du patient à gérer sa douleur.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude transversale monocentrique effectuée sur des patients tunisiens suivis pour une gonarthrose (2013 - 2017).

La douleur a été évaluée au moyen d'une échelle visuelle analogique (EVA) douleur. La capacité du patient à gérer sa douleur a été évaluée grâce à la composante PSE (Pain Self Efficacy) du questionnaire ASES (Arthritis Self Efficacy Scale).

Il s'agit d'un questionnaire à cinq items, chacun étant coté de 0 à 10. La moyenne de chaque item a été calculée, ainsi que la somme des items pour chaque patient.

Le score total PSE varie de 0 à 100. Certains patients ont été soumis à ce questionnaire par téléphone après consentement et d'autres y ont répondu via un sondage en ligne.

Résultats :

Quarante patients ont été interrogés, l'intervalle d'âge moyen était entre 40 et 60 ans. La gonarthrose évoluait en moyenne depuis 7 ans. Elle était droite dans 25% des cas, gauche dans 15% des cas, et bilatérale dans 60% des cas. Il s'agissait d'une gonarthrose fémoro-tibiale externe dans 60% des cas, interne dans 47,5% des cas et fémoro-patellaire dans 32,5% des cas.

Les patients ont rapporté une certitude en moyenne de 6/10 de pouvoir diminuer leur douleur, de 6,7/10 de pouvoir continuer leur activité physique, une certitude de 7/10 de pouvoir empêcher les douleurs de perturber leur sommeil, de 6,7/10 de pouvoir diminuer légèrement leur gonalgies, et de 5,32/10 de pouvoir diminuer considérablement cette douleur. Le score PSE moyen était de 31,95/100 [9-46].

Le score PSE était significativement et inversement corrélé à l'EVA douleur ($p=0,023$, $r=-0,373$).

Aucune association n'a été retrouvée entre le score PSE et la pratique d'une activité physique ou l'ancienneté de la pathologie.

Conclusion:

ASES score et notamment sa composante PSE est un bon outil d'évaluation de la douleur au cours de la gonarthrose.



EVALUATION DE LA FONCTION PHYSIQUE DES PATIENTS SUIVIS POUR GONARTHROSE: UTILISATION DU QUESTIONNAIRE ASES-FSE (Arthritis self Efficacy Questionnaire-Function Self Efficacy Scale)

Auteurs Fazaa A, Nacef L, Miladi S, Ouenniche K, Kassab S, Chekili S, Ben Abdelghani K, Laatar A
Service de rhumatologie, CHU Mongi Slim, La Marsa

Introduction :

La gonarthrose est une pathologie chronique dégénérative à retentissement physique important. L'une des méthodes d'évaluation de ce retentissement est l'utilisation de questionnaires. Ces questionnaires doivent être simples, reproductibles et fiables afin d'ajuster la prise en charge en fonction de chaque patient.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude transversale monocentrique effectuée sur des patients suivis pour une gonarthrose durant la période allant de 2013 à 2017. Certains patients ont été soumis à un questionnaire téléphonique après consentement éclairé, d'autres ont répondu à un sondage en ligne.

Le questionnaire utilisé a été le ASES-FSE (Arthritis Self-Efficacy Scale-Function Self Efficacy). Il s'agit d'un questionnaire à neuf items, chacun étant coté de 0 à 10. La moyenne de chaque item a été calculée, ainsi que la somme des items pour chaque patient. FSE a été rendu sous la forme d'un score sur 100. Le cut-off était de 5/10. La douleur a été évaluée au moyen d'une échelle visuelle analogique (EVA) douleur.

Résultats :

Quarante patients ont été colligés. L'intervalle d'âge moyen était compris entre 40-60 ans. La gonarthrose évoluait en moyenne depuis 7 ans. Elle était unilatérale dans 40% des cas et bilatérale dans 60% des cas. Il s'agissait d'une gonarthrose fémoro-tibiale externe dans 60% des cas, interne dans 47,5% des cas et fémoro-patellaire dans 32,5% des cas.

Soixante pour cent des patients ont rapporté une certitude supérieure à 5/10 de pouvoir marcher 100 pas sur un terrain plat en 20 secondes. Seulement 35% des patients ont évalué leur certitude de "descendre 10 marches d'escaliers en 7 secondes" à plus de 5/10. Soixante-cinq pour cent ont évalué à plus de 5/10 leur certitude de pouvoir se lever d'une chaise. Le reste des activités quotidiennes (boutonner et déboutonner sa chemise, couper la viande, ouvrir et fermer un robinet, gratter le haut du dos, entrer et sortir seul d'une voiture et mettre une chemise à manches longues en 8 secondes) a été estimé à 10/10 chez en moyenne 75,5% des patients.

Le score FSE moyen était de 70,79 [21-92]. Il n'était pas corrélé à l'EVA douleur, et n'avait pas de rapport avec la pratique ou non d'une activité physique, ni avec la localisation de la gonarthrose.

Conclusion

Dans notre étude, la gonarthrose n'avait pas affecté la qualité de vie globale des nos patients pour les tâches quotidiennes. La descente des escaliers a été le domaine le plus affecté.



Évaluation du niveau d'activité physique des patients suivis pour gonarthrose

Gzam Y, Fazaa A, Miladi S, Ouenniche K, Kassab S, Chekili S, Ben Abdelghani K, Laatar A

Service de Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa

Introduction :

L'articulation du genou est la localisation arthrosique la plus fréquente. Elle peut être responsable d'une gêne fonctionnelle importante, en raison de la douleur et de la limitation des mouvements, responsable d'une invalidité et d'un handicap surajouté. Le but de notre travail était d'analyser le niveau d'activité physique chez les patients ayant une gonarthrose.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale incluant des patients ayant une gonarthrose. Le niveau d'activité physique a été évalué par la version courte de l'IPAQ (International Physical Activity Questionnaire).

Ce questionnaire permet le calcul d'un score continu de dépense énergétique exprimé en MET -min/semaine et de définir 3 catégories d'activité physique : faible, modérée ou intense. La douleur a été évaluée par l'échelle visuelle analogique (EVA) de la douleur et le retentissement fonctionnel par l'indice algo-fonctionnel (IAF) de Lequesne. Le seuil de significativité p a été fixé à 0,05.

Résultats :

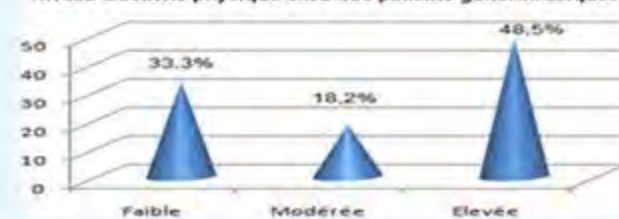
54 patients ont été inclus dont les caractéristiques sont détaillées dans le tableau ci-dessous:

Caractéristiques

Sexe féminin, n(%)		31 (93,9)
Age moyen (ans)		60 [44 - 77]
IMC (kg/m ²)		31,3 [21 - 44]
Stade de la gonarthrose, n(%)	Stade II	1 (3,6)
	Stade III	22 (78,6)
	Stade IV	5 (17,9)
EVA douleur moyenne		6 [2 - 10]
IAF de Lesquesne moyen		10 [3 - 20]
Gêne fonctionnelle, n(%)	Modeste	2 (8,3)
	Moyenne	3 (12,5)
	Importante	7 (29,2)
	Très importante	3 (12,5)
	Insupportable	8 (33,3)
Aide technique (cane, béquille), n(%)		5 (15,2)

Le niveau d'activité physique des patients était de 4027 MET-min/semaine et le temps de sédentarité moyen était de 4,5 heures par jour. Le niveau d'activité physique était faible dans 33,3%, modéré dans 18,2 % des cas et élevé dans 48,5% des cas (voir figure).

Niveau d'activité physique chez nos patients gonarthrosiques



Un niveau d'activité physique faible était associé de façon significative à l'âge ($p=0,003$). En revanche, aucune association statistiquement significative n'a été trouvée entre l'activité physique d'une part et la douleur et la gêne fonctionnelle d'autre part.

Discussion :

L'activité physique, en particulier, les exercices de renforcement musculaire et les programmes d'é rééducation ont fait la preuve de leur efficacité dans la prise en charge de la gonarthrose [1].

Pratiqués régulièrement, ils permettent d'améliorer les capacités fonctionnelles et la stabilité articulaire, de diminuer la symptomatologie douloureuse et d'optimiser les amplitudes articulaires.

Cependant, les activités de la vie quotidienne (dites non programmées) constituent un facteur de risque pour l'arthrose du genou, et ce risque augmente avec l'intensité et la durée de ces activités [2]. En conséquence, la pratique d'une activité physique à un niveau élevé peut être poursuivie dans la mesure où elle n'entraîne pas de douleur articulaire et ne prédispose pas aux traumatismes.

Dans notre étude, la faible activité physique de nos patients atteints de gonarthrose était associée de façon significative à l'âge avancé. Ceci peut être expliqué par la fréquence des comorbidités à cet âge.

Conclusion :

Les résultats de notre étude apportent une preuve supplémentaire sur la nécessité de promouvoir la pratique d'une activité physique régulière et adaptée chez les patients atteints de gonarthrose.

Références :

- [1] Chloe G et Al. Joint Bone Spine 2017.
- [2] É. Vignon et al. Joint Bone Spine 2006; 73:442-55.



Apport du lavage broncho alvéolaire (LBA) dans le diagnostic d'une atteinte pulmonaire rhumatoïde pré-symptomatique Dahri R, Rekik S, Aouadi A, Mouhli N, Sahli H, Cheour E, El Euch M

Introduction :

L'atteinte respiratoire est la 2ème en fréquence dans la maladie rhumatoïde. On se propose d'étudier la corrélation entre les données scannographiques et les données du lavage broncho alvéolaire effectués chez 20 patients atteints de PR et asymptomatique sur le plan respiratoire .

Patients et méthodes:

Étude prospective chez 20 patients consécutifs atteints de PR : 16 femmes et 4 hommes âgés en moyenne de 50 ans avec des extrêmes de 33 à 70 ans. La durée moyenne d'évolution de la PR était de 7 ans (avec extrêmes 6 mois et 24 ans). On a exclu de cette étude les patients ayant des antécédents pulmonaires.

Résultats:

L'analyse du liquide du LBA a montré. une augmentation des neutrophiles 35 % des cas. Le taux de neutrophiles varie entre 0,2 % et 16,2% . Une augmentation des lymphocytes est notée dans 2 cas . Il n'y avait pas de cas d'hyper éosinophilie à LBA. Un seul cas avait une cellularité mixte. En confrontant ces données avec ceux de la TDM on identifie : quatre groupes G : G1 de 6 patients avec TDM et un LBA anormaux ,G2 de 7 patients ayant un LBA normal et une TDM pathologique, G3 de 2 patients ayant un examen TDM normal et un LBA anormal , G4 de 7 patients ayant un examen TDM normal et un LBA normal .

On a pu mettre en évidence que chez 50% de nos patients, l'hypercellularité est notée en cas de dilatation des bronches. A l'examen TDM-HR, les lésions associées à cette DDB étaient peu évoluées puisque 2 fois sur 4, existaient des syndromes interstitiels focalisés.

Discussion:

Cervantes-Perez et al [1], dans une étude histologique de 25 cas de PR, montrent que 80 % des patients ont une atteinte pulmonaire, asymptomatique dans la moitié des cas. Bien que les manifestations pleuropulmonaires de la PR soient connues de longue date, leur appréciation demeure variable suivant les critères diagnostiques utilisés : cliniques, radiologiques, scintigraphiques [2] cytologiques [3], fonctionnels ou tomодensitométriques d'une part et le manque de séries prospectives non sélectionnées d'autre part.

Conclusion:

Nos résultats confirment la prévalence élevée de l'atteinte pulmonaire détectée par une exploration tomодensitométrique au cours de la PR . Le LBA joue un rôle important dans le diagnostic positif, l'attitude thérapeutique et surtout dans le diagnostic différentiel

L.C.P. Cervantes-Perez, L.C.A.H. Toro-perez, M.P. Rodriguez-jurado Pulmonary involvement in rheumatoid arthritis JAMA, 243 (1980), pp. 1715-1719

G. Bisson, G. Drapeau, G. Lamoureux, A. Cantin, M. Rola-Pleszczynski, R. Bégin Computer-based quantitative analysis of gallium and Diseased lungs Chest, 84 (1983), pp. 513-517

B. Duquesnoy, T. Perez, J.M. Farre, B. Wallaert, C. Voisin, A.B. Tonnel et al. Étude de l'alvéolite par lavage broncho-alvéolaire dans la polyarthrite rhumatoïde avec et sans atteinte pulmonaire interstitielle Rev Rhum, 55 (1988), pp. 277-283

Evaluation de la perception personnelle des patients de la gonarthrose par le score ASES (Arthritis Self Efficacy Scale)

Fazaa.A, Rouached.L, Ouenniche.K, Miladi.S, Kassab.S, Chekili.S, Ben Abdelghani.K, Laatar.A.
Service de rhumatologie. Hôpital Mongi Slim. Tunis

Introduction :

La douleur, l'impotence fonctionnelle et l'altération de la qualité de vie sont des facteurs majeurs dans la prise en charge de l'arthrose et plus spécifiquement de la gonarthrose. Cependant, peu de questionnaires ont pris en considération ces paramètres. L'objectif de ce travail était d'évaluer la perception et la croyance des patients de leur maladie par le score ASES.

Méthodes

Nous avons mené une étude transversale, sur une période de un mois, basée sur un questionnaire créé sur le site (www.sondageonline.com) et envoyé par Email. Les données sociodémographiques, professionnelles, cliniques et thérapeutiques liées à la gonarthrose ont été recueillies. La certitude personnelle à contrôler trois items (douleur, fonctions et retentissement psychologique) a été évaluée par le questionnaire ASES (Arthritis Self Efficacy Scale).

Résultats:

Le tableau 1 résume les caractéristiques de notre population.

Tableau1: Caractéristiques de la population étudiée:

Caractéristiques	Résultats
Nombre de candidats	40
Age	Figure1
Sex-ratio	0,17
Poids moyen (Kg)	77,3 [50-108].
Situation familiale	75% mariés 15,5% veufs 7,5% célibataires 5% divorcés
Situation professionnelle	Au foyer:37,5% Travail: 27,5% À la retraite: 35%
Milieu de vie	Rural:7,5% Urbain: 92,5%

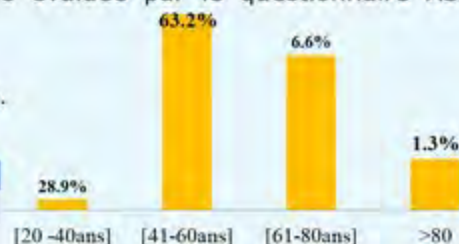


Figure1: Répartition des patients selon l'âge

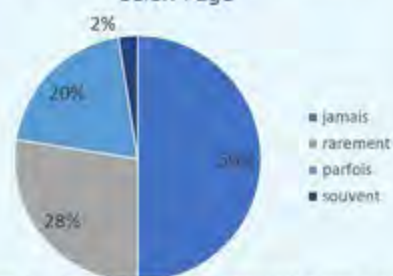


Figure 2: évaluation de l'activité physique chez les patients ayant une gonarthrose

Le tableau 2 illustre les différentes caractéristiques cliniques de la gonarthrose chez nos patients. Et la figure 3 résume les différentes modalités thérapeutiques utilisées.

Tableau 2: caractéristique de la gonarthrose dans notre population:

Caractéristiques	Pourcentage
Localisation	Unilatérale: 52,5% Bilatérale: 47,5%
Siège	Externe: 60% Interne: 47,5% Antérieur: 32,5%
Durée d'évolution	8ans [6 mois - 30 ans]
EVA douleur moyenne	59,7 mm [0-100].

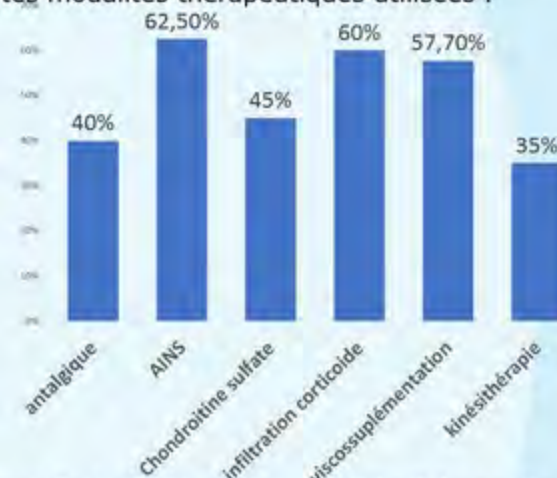


Figure 3: évaluation des modalités thérapeutiques

L'évaluation de la certitude personnelle par le score ASES est illustrée sur le tableau 3

Tableau 3: Evaluation de la certitude personnelle par le score ASES:

Score ASES:	Score moyen
Contrôle de la douleur PSE	39,2/50 ±14,2 [11-62]
Maintien de la fonction (FSE)	70,7/90 ± 15,4 [21-92]
Contrôle des autres symptômes (fatigue/ dépression)	31,9/60 ± 10,7 [9-46]

Conclusion :

La gonarthrose est responsable d'une gêne fonctionnelle importante et d'une altération de la qualité de vie du patient, rendant nécessaire une prise en charge plus adaptée et une prise en compte de la perception personnelle du patient.



Une Localisation rare de la Tuberculose ostéo-articulaire

Saadaoui K, Saidane O, Ben Tekaya A, Ben Ammar L, Tekaya R, Mahmoud I, Abdelmoula L

Service de Rhumatologie CHU Charles Nicolle Tunis

Introduction :

La localisation trochantérienne représente 2% de l'ensemble des tuberculoses ostéoarticulaires. Cette localisation est assez rare.

Objectif :

L'objectif de notre travail est d'étudier certaines particularités de cette atteinte.

Matériels & Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de cinq cas de trochantérite tuberculeuse colligés au service de Rhumatologie à l'hôpital Charles Nicolle Tunis sur une période de 16 ans (de 1993 à 2018).

Résultats :

- 4 patients
- Âge moyen = 48,6 ans
- Sex Ratio F/H = 2/3
- Antécédents :
 - Contage Tuberculeux : 2 patients
 - Antécédent de spondylodiscite tuberculeuse : 1 patient
- Délai de diagnostic = 7,6 mois [4 - 12 mois]
- VS moyenne = 67 mm H1 [27 - 115]



➤ Pour le diagnostic étiologique :

- IDR à la tuberculine : négative
- Recherche des bacilles de Koch (crachats & urines) : négative
- Biopsie du grand trochanter (réalisé chez 2 patients) : contributive chez un seul patient.

➤ Un deuxième foyer tuberculeux a été découvert chez tous nos patients:

Second Foyer	Nombre de patients
Atteinte Rachidienne (Rachis Lombar)	2 cas
Atteinte Oculaire	1 cas
Atteinte de la cheville	1 cas
Atteinte des Sacro-iliaque	1 cas

- Tous nos patients ont reçu une thérapie antituberculeuse. La durée totale du traitement variait entre 12 et 18 mois. L'évolution était favorable chez tous les patients avec un recul moyen de plus de 7 ans.

Discussion :

- La trochantérite tuberculeuse est rare, même dans les pays à forte endémie tuberculeuse et ne représente que 0,2 à 2% de l'ensemble des foyers tuberculeux ostéo-articulaires [1]
- Le diagnostic de la trochantérite tuberculeuse est souvent tardif et longtemps méconnu car l'évolution est lente et la symptomatologie est discrète et non spécifique [2]
- La lyse osseuse complète du grand trochanter est rarement rapportée [3]
- Le traitement optimal de la trochanterite tuberculeuse reste controversé. Pour réduire le risque de diffusion mycobactérienne chez les personnes avec atteinte du trochanter, une antibiothérapie antituberculeuse doit être lancée immédiatement une fois le diagnostic définitif est confirmé [4]

Conclusion :

La localisation trochantérienne de la tuberculose est très rare. Il faut cependant penser à cette affection devant une douleur du gros trochanter et un contexte de tuberculose. Lorsque ce diagnostic est posé il faut savoir rechercher une autre localisation de la tuberculose.

Références :

- [1] Teklali Y, El Alami ZF, El Madhi T, Gourinda H, Miri A. La tuberculose ostéo-articulaire chez l'enfant (mal de pott exclu): à propos de 106 cas. Rev Rhum. 2003;70:595-9.
- [2] Martini M, Adjar A, Boudjemaa A. Tuberculous osteomyelitis: a review of 125 cases. Int Orthop. 1986;10(3):201-7.
- [3] Kalbermatten DF, Kalbermatten NT, Siebenrock KA. Osteolytic lesion in the great trochanter miming tumor. Arch Orthop Trauma Surg. 2002 Feb;122(1):53-5.
- [4] Soro Marín S, Sanchez Trenado MA, Minguez Sanchez MD, Paulino Huertas M, García Morales PV, Salas Manzanedo V. Trochanteric bursitis due to tuberculosis in an immunocompetent young woman [in Spanish] Reumatol Clin. 2012 Jan-Feb;8(1):34-5.



La tuberculose ostéoarticulaire multifocale chez 11 patients immunocompétents

Fakhfakh.R, Elamri.N, Baccouche.K, Belghali.S, Zeglaoui.H, Bouajina.E
Service de rhumatologie-CHU Farhet Hached Sousse(Tunisie)

Introduction:

La tuberculose(Tbc) multifocale est définie par l'atteinte de 2 sites extra-pulmonaires associée ou non à une atteinte pulmonaire. La tuberculose ostéoarticulaire représente 1 à 6 % de tous les cas de Tbc et entre 10 et 20 % des cas des Tbc extrapulmonaires. La Tbc ostéoarticulaire multifocale est rare, trouvée dans 10% des Tbc ostéoarticulaires. Notre objectif était de décrire les différents aspects cliniques, radiologiques et thérapeutiques de la Tbc ostéoarticulaire multifocale.

Patients et méthodes:

Étude rétrospective incluant 11 patients hospitalisés au service de rhumatologie de Sousse (Tunisie) sur une période de 19 ans (entre1998 et 2017) et traités pour une Tbc ostéoarticulaire multifocale.

Résultats:

•Durant cette période, 40 patients étaient hospitalisés pour Tbc ostéoarticulaire, parmi eux **11 malades avaient une Tbc multifocale (27,5%)** (7 femmes et 4 hommes). Leur âge moyen était de 45,9 ans [25-63ans].

□Terrain:

•Un patient avait une polyarthrite rhumatoïde traitée par le methotrexate, la sulfasalazine et les corticoïdes. Deux patients étaient diabétiques. la sérologie HIV était négative pour tous les patients.

• Un contage tuberculeux et un antécédent personnel de Tbc étaient rapportés dans un cas seulement.

□Le tableau clinique et paraclinique:

- Le délai diagnostic moyen était de 6,3 mois [2-12 mois].
- Une altération de l'état général et un amaigrissement étaient observés dans 81% des cas.
- La fièvre était rapportée dans 45%des cas.
- Un seul cas n'avait pas de syndrome inflammatoire biologique.

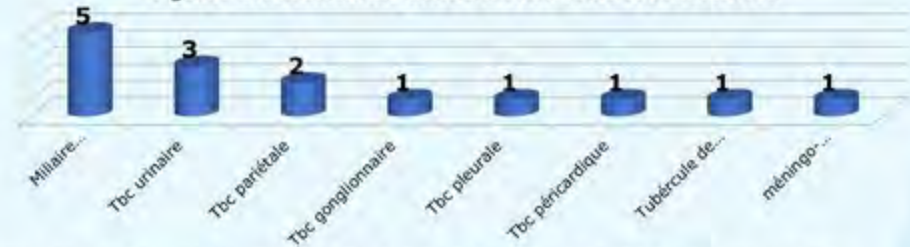
□Les localisations

- Une Tbc vertébrale multi étagée non contigüe était observée dans 5 cas (45%):
✓bifocale dans 4cas (rachis dorso lombaire et cervico lombaire)
✓multifocale dans 1 cas (rachis cervico-dorso-lombaire)

•En plus de l'atteinte ostéoarticulaire, les patients avaient une Tbc miliaire (5cas), une Tbc urinaire (3 cas), une Tbc pariétale (2 cas) et 1 cas chacun de Tbc ganglionnaire, péricardique, pleurale, tubercule de Bouchut et une méningo-encéphalite tuberculeuse. (Figure1)

➢ **Cinq patients avaient 2 sites atteints and 6 avaient plus que 2 sites**

Figures 1: les atteintes extraarticulaires de la tuberculose



➢Le diagnostic microbiologique et/ou histologique était confirmé dans 9 cas (81%).

□Le traitement et l'évolution:

- Un anti tuberculeux était prescrit pour tous les patients, pendant 18 mois en moyenne [8-24 mois].
- La chirurgie était indiquée dans 2 cas.
- Deux patients présentaient des séquelles neurologiques.
- Un patient était décédé d'une méningo-encéphalite tuberculeuse.

Conclusion:

Cette étude a montré la multiplicité et la variabilité des caractéristiques cliniques de la Tbc multifocale. C'est une forme grave qui affecte habituellement les immunodéprimés qui ont déjà une localisation pulmonaire, mais peut affecter un sujet immunocompétent. Le pronostic est habituellement favorable et dépend du type de l'atteinte et de la précocité du traitement.

Les sacroiliites infectieuses : à propos de 12 cas

H. Bettaieb ; H. Sahli ; S. Rekik ; S. Boussaid ; S. Jemmali ; E. Cheour ; H. Ajlani ; M. Elleuch

Service de rhumatologie, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction:

Les sacro-illites infectieuses (SI) sont des atteintes ostéo-articulaires rares. Leur diagnostic est souvent retardé en raison d'une symptomatologie trompeuse et des difficultés d'exploration de l'articulation sacro-iliaque. L'objectif de cette étude est de décrire les aspects cliniques, microbiologiques et thérapeutiques des SI.

Patients et Méthodes:

Etude rétrospective colligeant 12 cas de SI sur une période de 13 ans [2005-2018].

Résultats:

- Il s'agit de 4 hommes et 8 femmes.
- La moyenne d'âge était de 41 ans [15-76 ans].
- La durée moyenne de l'évolution était de 40 jours.
- Une porte d'entrée a été identifiée chez 4 patients.

- Un contage tuberculeux ou brucellien était retrouvé dans 34% des cas (n=7).

❖ Caractéristiques clinico-biologiques :

Douleur fessière	100%
Altération de l'état général	75%
Fièvre	58%
Syndrome inflammatoire biologique	91,7%

❖ Sémiologie radiologique:

- La radiographie standard était anormale dans 75% des cas.
- Un complément par un scanner et une IRM des sacro-iliaques était pratiqué respectivement dans 67% et 58% des cas.

Anomalie de la densité/signal sacro-iliaque	100%
Erosions osseuses	67%
Lacunes osseuses	8%
Abcès des parties molles	58%
Epanchement articulaire	25%

Répartition selon l'étiologie



■ Pyogène ■ TBC ■ Brucellose

Porte d'entrée	Cas
urinaire	2
septicémie	1
Post partum	1



A



B

A. Rx standard:
Sacroiliite droite

B. IRM: Sacroiliite droite + infiltration des parties molles + épanchement articulaire

❖ Localisation infectieuse associée: 75% des cas

Spondylodiscite lombaire et épидурite	1 CAS
Abcès du psoas	4 CAS
collection des parties molles en regard de la SI	3 CAS
Tuberculose multifocale	1 CAS

- L'Intradermo-réaction et la recherche de BK étaient négatives dans tous les cas.
- Une hémoculture était positive à Staphylocoque aureus.
- La Sérologie de Wright était positive dans 2 cas.

❖ La biopsie scanno-guidée des sacro-iliaque, réalisée chez 6 patients était concluante dans 4 cas: tuberculeuse (n=1) et à germe non spécifique (n=3).

- Antibiothérapie adaptée au germe.
- L'évolution finale était favorable chez 9 patients, un cas était perdu de vue et un autre est en cours de suivi.
- Un patient est décédé par localisation secondaire : spondylodiscite infectieuse cervicale compliquée d'état de choc et de compression médullaire.

Conclusion:

- Les SI sont une cause rare et trompeuse de douleur lombo-fessière.
- Le couple scanner et IRM permet d'établir le diagnostic positif et le bilan lésionnel.



Profil étiologique des spondylodiscites infectieuses

HAMDI W, BOUDEN S, MAATALLAH K, FERJANI H, KAFFEL MD, KCHIR MM

Introduction:

La spondylodiscite infectieuse (SPDI) demeure rare. Elle est caractérisée par un début insidieux et des signes cliniques non spécifiques. De ce fait le diagnostic précoce est difficile. La SPDI peut évoluer sur un mode aigu, subaigu ou chronique.

L'objectif de ce travail était de décrire les aspects cliniques, biologiques, ainsi que les difficultés diagnostiques au cours d'une série de SPDI.

Matériels et méthodes:

Une étude rétrospective a été menée, incluant les patients diagnostiqués SPDI entre Janvier 2006 et Janvier 2018.

Résultats :

Vingt et un patients ont été inclus, dont 12 hommes (57%). L'âge moyen était de 53 ans [20-83]. Des facteurs favorisants ont été retrouvés chez 7 patients (43%) : 5 cas de diabète, 1 cas d'insuffisance rénale et 1 cas de drépanocytose. La localisation lombaire était la plus fréquente (57%), suivie par le rachis dorsal (23%) et le rachis cervical (20%). Une SPDI multifocale a été retrouvée chez 4 patients. Un déficit neurologique a été noté chez 3 patients. Un syndrome inflammatoire biologique était présent chez 90% des patients. Les radiographies standards étaient anormales chez tous les patients. Une IRM rachidienne a été réalisée chez 19 patients, objectivant une épidurite chez 7 patients et des abcès paravertébraux chez 9 patients. L'agent pathogène a été identifié chez 19 patients (90%) : il s'agissait du Mycobactérium Tuberculosis dans 9 cas, de la Brucella Melitensis dans 8 cas, du Staphylocoque Aureus dans un cas, du Streptocoque dans un cas et Escherichia Coli dans un cas. Un patient avait une SPDI multi bactérienne (Mycobactérium Tuberculosis et Streptocoque). L'évolution était favorable dans 90% des cas moyennant une antibiothérapie adaptée et une immobilisation rachidienne. Un cas de SPDI compliquant une septicémie a été noté.

Conclusion:

La SPDI est une urgence diagnostique et thérapeutique. Elle doit être diagnostiquée précocement afin d'éviter les complications neurologiques et les déformations rachidiennes.



SPONDYLODISCITE BRUCELLIENNE: ANALYSE D'UNE SERIE DE CAS

HAMDI W, BOUDEN S, MAATALLAH K, FERJANI H, KAFFEL MD, KCHIR MM

Introduction :

La Brucellose est une zoonose rare dans notre pays. La spondylosdiscite Brucellienne est la localisation ostéo articulaire la plus fréquente. Les objectifs de notre étude étaient de décrire les aspects cliniques, biologiques, radiologiques et thérapeutiques de la spondylodiscite Brucellienne.

Materiels et methodes:

Une étude rétrospective a été menée incluant 7 patients hospitalisés dans notre service entre Janvier 2006 et Décembre 2017.

Résultats :

Sept patients ont été inclus (6 d'entre eux étaient des hommes), d'âge moyen de 43 ans [20 - 83]. Quatre patients étaient des consommateurs de produits laitiers non pasteurisés. La durée moyenne des symptômes avant le diagnostic était de 8 mois. Tous les patients avaient une fièvre, des sueurs nocturnes et une asthénie. Le rachis lombaire était atteint dans 4 cas et le rachis cervical dans 3 cas. L'examen neurologique était normal dans 6 cas, 1 patient avait un déficit neurologique. Les radiographies standards ont révélé un pincement discal chez 6 patients et une érosion du coin antérieur d'une vertèbre chez un patient.

L'IRM a été réalisée chez tous les patients et montrait des aspects de spondylodiscites dans tous les cas. Une épидурite a été retrouvée chez 4 patients. La ponction biopsie disco vertébrale a été réalisée chez un patient montrant un aspect d'inflammation non spécifique. La CRP, la VS et les globules blancs étaient élevés chez tous les patients. Le test au Rose Bengale et la sérologie de Wright étaient positifs chez tous les patients. Un traitement par Rifadine et Doxycycline était instauré pour une durée moyenne de 4 mois. Tous les patients avaient eu une immobilisation avec une bonne évolution.

Conclusion:

Le diagnostic précoce de la spondylodiscite Brucellienne est souvent difficile. Seule la prise en charge rapide et correcte permet d'éviter les séquelles neurologiques irréversibles. L'incidence de la spondylodiscite Brucellienne a diminué au cours des années témoignant d'un meilleur contrôle de la maladie.



Goutte tophacée chronique au cours de la drépanocytose : à propos d'un cas

Ben Ammar L., Saadaoui K., Ben Tekaya A., Saidane O., Tekaya R., Mahmoud I., Abdelmoula L.

Service de Rhumatologie., Hôpital la Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction :

La drépanocytose est une maladie héréditaire autosomique récessive à l'origine de nombreuses complications ostéo-articulaires, dont la goutte. En effet, la drépanocytose est associée à un risque accru d'hyperuricémie expliquée par la production augmentée d'acide urique secondaire à l'hémolyse chronique et le défaut d'excrétion rénale [1]. Cependant, des crises de goutte documentées associées à la drépanocytose n'ont que rarement été rapportées et uniquement 4 cas de goutte chronique tophacée ont été publiés [2,3,4,5]. Nous proposons un cas de goutte chronique tophacée au cours d'une drépanocytose.

Observation:

Il s'agit d'un homme, âgé de 43ans, tabagique à 12PA, suivi depuis 1989 pour une drépanocytose homozygote compliquée d'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale droite, admis pour exploration d'une tuméfaction de la face dorsale de la main gauche évoluant depuis 3 jours, sans fièvre ni notion de traumatisme. A l'examen, il était apyrétique et présentait une tuméfaction inflammatoire et douloureuse de la face dorsale de la main gauche. Par ailleurs, présence de nodosités en regard des 2^{ème} et 3^{ème} articulations inter-phalangiennes proximales (IPP) droites. A la biologie, il présentait un syndrome inflammatoire biologique (VS=30mm et CRP=19mg/l) et une hyperuricémie à 586µmol/l. Par ailleurs la fonction rénale était conservée (clairance de la créatinine = 110ml/min). Sur le plan radiographique, on notait la présence de macrogéodes au niveau des 2^{ème}, 3^{ème} et 5^{ème} IPP bilatérales. Une origine infectieuse a été éliminée et le diagnostic de goutte tophacée chronique a été retenu devant les antécédents de crise aiguë du gros orteil, la présence de tophi goutteux, l'hyperuricémie et les macrogéodes au bilan radiographique. Un complément d'exploration par une échographie rénale était sans anomalie. Le patient a été mis sous colchicine 1mg/jour et allopurinol 100mg/jour avec une bonne évolution clinique (régression de la tuméfaction) et disparition du syndrome inflammatoire biologique.

Discussion:

L'appareil locomoteur est celui qui est le plus touché au cours de la drépanocytose (80%), représenté essentiellement par les crises vaso-occlusives, les infections ostéo-articulaires, les ostéonécroses et les déformations osseuses [6]. La survenue d'une crise de goutte au cours de la drépanocytose est rare malgré la forte incidence d'hyperuricémie qui est secondaire à l'hémolyse chronique, l'hyper-erythropoïèse compensatrice et à l'atteinte rénale [1]. Notre patient présente non seulement une crise de goutte confirmée mais aussi des tophi, ce qui est une présentation rare.

Conclusion :

La goutte est un rhumatisme inflammatoire chronique dû au dépôt articulaire et péri-articulaire de cristaux d'urate de sodium responsable de crise douloureuse aiguë. Sa survenue au cours de la drépanocytose est rare malgré la forte incidence de l'hyperuricémie. La prise en charge thérapeutique de la goutte repose sur le traitement des crises par la colchicine ou les

anti-inflammatoires non stéroïdiens et le traitement de fond par les règles hygiéno-diététiques et l'allopurinol. Le recours aux corticoïdes est contre-indiqué au cours de la drépanocytose en raison du risque de crises vaso-occlusives sévères [7].



Rx des 2 mains de face:

macrogéodes au niveau des 2^{ème}, 3^{ème} et 5^{ème} IPP bilatérales.

Références:

- [1] J.-B. Arlet, J.-A. Ribell, G. Chatellier, J. Pouchot, M. de Montalembert, D. Prié, M. Courbebaisse, Hyperuricémie chez les patients drépanocytaires suivis en France, *La Revue de Médecine Interne*, Volume 33, Issue 1, 2012, Pages 13-17, ISSN 0248-8663.
- [2] Talbot JH, Gottlieb N, Grendelmeyer P, et al. Gouty arthritis in the black race. *Semin Arthritis Rheum* 1975;4:209-239.
- [3] Reynolds MD. Gout and hyperuricemia associated with sickle-cell anemia. *Semin Arthritis Rheum*. 1983 May;12(4) 404-413. doi:10.1016/0049-0172(83)90020-3. PMID: 6348953.
- [4] Umesh S, Ajit NE, Shobha V, Nazuralla S, Ross C, Choudhury R. Musculoskeletal disorders in sickle cell anaemia--unusual associations. *J Assoc Physicians India*. 2014 Jan;62(1) 52-53. PMID: 25327095.
- [5] Meher LK, Tushar VP, Hui PK, Nayak SN. Sickle Cell Disease Presenting with Chronic Tophaceous Gout. *J Assoc Physicians India*. 2017 Mar;65(3) 86. PMID: 28462552.
- [6] P. Mary, Complications ostéo-articulaires de la drépanocytose, *Archives de Pédiatrie*, Volume 15, Issue 5, 2008, Pages 639-641, ISSN 0929-693X, [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(08\)71859-1](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(08)71859-1).
- [7] Gupta, S., Yui, J. C., Xu, D., Fitzhugh, C. D., Clark, C., Siddiqui, S., ... Minniti, C. P. (2015). Gout and sickle cell disease: Not all pain is sickle cell pain. *British Journal of Haematology*, 171(5), 872-875. <https://doi.org/10.1111/bjh.13433>.



La tuberculose ostéoarticulaire: à propos de 40 cas

Fakhfakh.R, Elamri.N, Baccouche.K, Belghali.S, Zeglaoui.H, Bouajina.E
Service de rhumatologie-CHU Farhet Hached Sousse(Tunisie)

Introduction:

La tuberculose(TOA) ostéoarticulaire représente 5 % de l'ensemble des tuberculoses (TB) et environ 15 % des tuberculoses extra-pulmonaires venant après la TB ganglionnaire et urogénitale. Notre objectif était de déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la TOA.

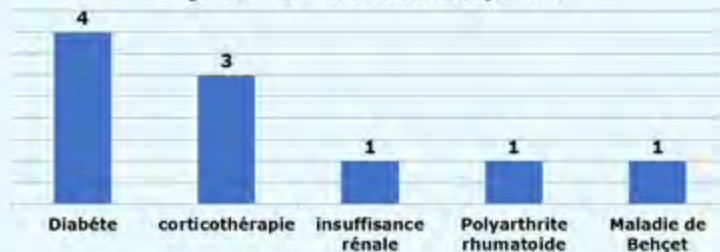
Patients et méthodes:

Etude rétrospective incluant les patients hospitalisés au service de rhumatologie de Sousse (Tunisie) entre 1998 et 2017. La TOA était confirmée par épreuve bactériologique ou anatomopathologique ou devant un ensemble d'arguments cliniques, radiologiques et évolutifs en cas de négativité de l'enquête étiologique.

Résultats:

• **Quarante** patients ont été colligés, 21 hommes et 19 femmes, d'âge moyen 52 ans [14-83].
• Trois patients étaient diabétiques et 4 sous corticoïdes. Une insuffisance rénale chronique, une polyarthrite rhumatoïde et une maladie de Behçet étaient trouvées un cas chacun (Figure1)

Figure1: les antécédents des patients



- Un contage tuberculeux était rapporté dans 2cas et un antécédent de TB dans 3cas.
- Le délai diagnostique moyen était de 5 mois [1-18].
- Le début était progressif dans tous les cas et les signes généraux étaient présents dans 56% des cas
- un syndrome inflammatoire biologique était trouvé dans 92% des cas

•La localisation: (Tableau1)

Tuberculose rachidienne 28 patients (70%)	Ostéoarthrites/arthrites tuberculeuses 12 patients(30%)
•Lombaire= 11cas (39%)	•Genou=6 cas (50%)
•Dorsale= 9 cas (32%)	•Hanche=4 cas (33%)
•Cervicale=2 cas (7%)	•Poignet=1cas (9%)
•Charnière dorso lombaire= 1 cas (3,5%)	•Cheville=1 cas (9%)
•Atteinte multifocale= 5 cas (17,8%)	

➢Une TB multifocale était trouvée dans 10 cas : miliaire tuberculose dans 5 cas, génito urinaire dans 3 cas, Pariétale dans 2 cas, 1 cas de péricardite, pleurésie, tubercule de Bouchut et de méningo-encéphalite tuberculeuse.

le diagnostic était confirmé par histologie dans 13 cas(32%)et par l'isolation du BK dans 14 cas(30%). La TB rachidienne était traitée sans preuve bactériologique et histologique dans 13 cas

- Le traitement anti tuberculeux: était prescrit pour tous les patients pendant 16 mois en moyenne (7-24).
- Onze patients avaient eu un traitement interventionnel (un lavage articulaire = 3 cas et arthrodèse du genou, une laminectomie et /ou un drainage d'un abcès = 8 cas).

- L'évolution: était favorable dans 35 cas. Quatre présentaient des séquelles neurologiques (paraplégie ou troubles vésico sphinctériens). Quatre patients étaient perdus de vue and 1 était décédé suite à une méningo-encéphalite tuberculeuse.

Conclusion:

La tuberculose, en particulier ostéoarticulaire constitue un problème de santé publique en Tunisie. Sa présentation clinique est pléomorphe. Il faut y penser devant des manifestations trainantes afin de la traiter précocement et d'améliorer le pronostic vital et fonctionnel.

Profil des gouttes primitives et des gouttes secondaires dans une série hospitalière de 150 cas

Miri S.¹, Jguirim M.¹, Ben Chekaya N.¹, Borji O.¹, Ben Ltaifa M.¹, Fakhfakh R.¹, Zrour S.¹, Bejia I.¹, Touzi M.¹, Klii R.², Bergaoui N.¹

¹ Service de Rhumatologie, CHU Fattouma-Bourguiba, Monastir, Tunisie

² Service de Médecine Interne, CHU Fattouma-Bourguiba, Monastir, Tunisie

Introduction

La goutte est un rhumatisme inflammatoire chronique en pleine recrudescence. Elle appartient à la classe des arthrites microcristallines. Le diagnostic est généralement facile et le traitement est instauré en ambulatoire. On distingue la goutte primitive et la goutte secondaire, la forme primaire étant la plus fréquente. L'objectif de cette étude est d'évaluer le profil épidémiologique et les caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques des patients goutteux selon l'origine primaire ou secondaire de la maladie.

Patients et méthodes

Nous rapportons les résultats d'une étude rétrospective monocentrique menée au service de Rhumatologie à l'hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir entre les années 1997 et 2014 portant sur 150 patients atteints de goutte. Pour être inclus dans notre étude, tous les malades ont dû présenter un diagnostic certain de goutte suite à une hospitalisation au service de Rhumatologie.

Résultats

Parmi les 150 patients atteints de goutte, nous avons dénombré 77 cas de goutte primitive (51,3%) et 73 cas de goutte secondaire (49,7%).

Nos patients se répartissent en 90 hommes et 60 femmes, soit un sexe ratio de 1.5. L'âge moyen est de 65,12 ans \pm 14,17. L'obésité est retrouvée chez 23 patients (15,3 %) et un surpoids est retrouvé chez 44 (29,3 %).

	Goutte Primitive	Goutte secondaire
Âge à la survenue de la goutte		
Âge moyen	61,1 ans	69,4 ans
Ecart Type	15,14	11,78
Extrêmes	[16-85]	[43-93]
Durée d'évolution		
Moyenne	9,35 ans	4,74 ans
Ecart Type	7,76	4
Extrêmes	[1-26]	[1-16]
Sexe		
Hommes	48 (62,3%)	42 (57,5%)
Femmes	29 (37,7%)	31 (42,5%)

	Goutte Primitive	Goutte secondaire
Facteurs déclenchants :		
Aucun facteur exogène	58 (75,3%)	53 (72,6%)
Traumatisme	6 (7,8%)	6 (8,2%)
Infection	8 (10,4%)	5 (6,8%)
Arrêt du traitement de fond	3 (3,9%)	9 (12,3%)
Introduction d'un traitement de fond	1 (1,3%)	-
Etiologie de la goutte secondaire :		
Maladie rénale chronique	-	37 (50,7%)
Hémopathie	-	5 (6,8%)
Traitement immunosuppresseur	-	2 (2,7%)
Prise de diurétiques	-	29 (39,7%)
Arthrite		
Mono-arthrite	42 (54,5%)	30 (41,1%)
Oligo-arthrite	12 (15,6%)	24 (32,9%)
Poly-arthrite	22 (28,6%)	16 (21,9%)
Présence de Tophi	10 (13%)	13 (17,8%)
Déformation articulaire	20 (26%)	27 (37%)
Destruction articulaire à la radiologie	40 (51,9%)	26 (35,6%)

Taux moyen	Goutte Primitive	
	Hommes	Femmes
Acide urique $\mu\text{mol/l}$	545.67	520
VS	69.6	79.75
CRP	78.75	84.4

Taux moyen	Goutte secondaire	
	Hommes	Femmes
Acide urique $\mu\text{mol/l}$	561	596.67
VS	82.97	78.79
CRP	53.55	81.86

	Goutte primitive		Goutte secondaire	
	Nombre	%	Nombre	%
Colchicine	77	100%	72	98,6%
Antalgiques	60	77,9%	44	60,3%
Anti-inflammatoire	26	33,8%	17	16,4%
Corticoides per os	8	10,4%	7	9,6%
Infiltration intra articulaire	13	16,9%	18	24,7%

Conclusion

La goutte dans ses deux formes primitive et secondaire peut mettre en jeu le pronostic fonctionnel et aussi vital, d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce qui permet un traitement efficace dont l'essentiel est la médication hypo-uricémiante, qui rend la maladie guérissable.



Les comorbidités cardio-vasculaires au cours de la goutte

Ben Chekaya N.1, Jguirim M.1, Miri S.1, Fakhfekh R.1, Ben Letaifa M.1, Borgi O.1, Zrour S.1, Bejia I.1, Touzi M.1, Klli R.2, Bergaoui N.1

1Service de Rhumatologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir (Tunisie)

2Service de Medecine Interne CHU Fattouma Bourguiba Monastir (Tunisie)

Introduction:

La goutte est une maladie métabolique liée à une surcharge en acide urique en pleine recrudescence actuellement. Elle peut mettre en jeu le pronostic fonctionnel et vital, d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce et de recherche systématique des comorbidités associées. L'objectif de notre travail est de rechercher les comorbidités cardio-vasculaires (CV) associées à la goutte.

Matériels et méthodes :

C'est une étude descriptive, rétrospective, monocentrique, s'étalant de 1997 à 2014, qui avait incluse 150 hospitalisations pour goutte. Les comorbidités cardio-vasculaires associées ont été analysées.

Résultats :

Nos patients se répartissent en 90 hommes (60%) et 60 femmes (40%) soit un sexe ratio de 1,5, d'âge moyen de 65,12 ans \pm 14,17. Les taux moyens d'acide urique chez les individus de sexe masculins étaient de 553 μ mol/L et de 560 μ mol/L chez les femmes.

Une pathologie cardio-vasculaire a été observée chez 62% des patients.

Les principales comorbidités CV observées chez ces patients sont décrites dans le tableau suivant: (figure n°1)

Comorbidités cardio-vasculaires	Nombre de patients	Pourcentage
HTA	85	56,6
Coronaropathie	13	8,7
Insuffisance cardiaque	13	8,7
Artériopathie des membres inférieurs	4	2,6

Figure n°1: Les principales comorbidités CV observées chez ces patients

Les facteurs de risque traditionnels associés à ces comorbidités sont principalement : l'obésité et le surpoids observés chez 44,6%, le diabète chez 32% et la dyslipidémie observée chez 27,3% des patients.

Une goutte secondaire a été diagnostiquée chez 73 patients soit 49,7% de la population d'étude (Figure n°2):

- L'insuffisance rénale chronique représente la cause la plus fréquente de goutte secondaire, documentée chez 37 patients (24,66%). Les autres causes étant :
- La prise de diurétique observée chez 29 cas (19,33%).
- Une Hémopathie (syndrome myéloprolifératif) dans 3,3% des cas.
- La prise d'immunosuppresseurs notamment la ciclosporine dans 1,3 % des cas.

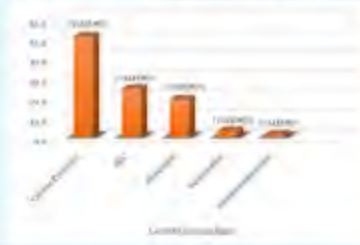


Figure n°2: goutte secondaire

Discussion:

Dans notre échantillon ces comorbidité viennent en deuxième position après les comorbidités rénales. En effet, avec des niveaux croissants d'hyperuricémie, il y avait des augmentations graduelles de la prévalence de ces comorbidités. Concernant les facteurs de risques conventionnels les résultats sont contradictoires ; une corrélation négative a été notée entre le tabagisme et le taux d'acide urique en outre, il y avait une prévalence plus élevée de l'HTA et les autres facteurs de risques chez ces patients.

Conclusion:

La présence de comorbidités cardio-vasculaires est fréquente au cours de la goutte. L'augmentation de la prévalence de cette comorbidité est corrélée à des niveaux croissants d'hyper uricémie. Ainsi, une collaboration multidisciplinaire reste le seul garant du succès thérapeutique, en vue d'améliorer la qualité de vie des patients et diminuer la morbidité.



Arthropathie nerveuse syringomyélique de l'épaule : à propos d'un cas

Gassara Z. (1), Ben Majdouba M. (1), Ben Djemaa S (1), Ezzeddine M. (1), Akrouf R. (1), Kallel MH. (1), Fourati H. (1), Baklouti S (1).

(1) Rhumatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction :

La syringomyélie est une cavité centromédullaire remplie de LCR qui interrompt le décussation des fibres sensitives spinothalamiques thermo algiques. L'Arthropathie syringomyélique fait partie du groupe des arthropathies nerveuses. Elle touche en premier lieu l'épaule puis le coude puis le carpe. Nous rapportons le cas d'une patiente ayant une arthropathie nerveuse de l'épaule secondaire à une syringomyélie, colligée dans un service de rhumatologie.

Observation :

Une femme de 54 ans aux antécédents d'une malformation de la charnière cervico-occipitale (Chiari) opérée en 2007, a été hospitalisée pour raideur de l'épaule droite sans douleur associée évoluant depuis deux années. A l'examen: l'épaule gauche était libre, l'épaule droite était indolore, raide avec mobilisation très limitée et sensation d'un craquement à la mobilisation. L'examen neurologique trouva une altération de la sensibilité profonde et thermo algique du membre supérieur droit avec abolition des réflexes tricipital, bicipital et stylo radial. Il n'y avait pas de déficit moteur associé. La sensibilité et les réflexes ostéo-tendineux étaient normaux au niveau du membre supérieur gauche.

La radiographie standard a objectivé une destruction de l'articulation gléno-humérale avec pincement manifeste de l'interligne articulaire et présence de fragments osseux intra-articulaires (Fig1). Les troubles neurologiques touchant un seul membre associés à une destruction articulaire importante paradoxalement indolore ont attiré l'attention.



Fig1: Radiographie de face: Arthropathie destructrice de l'épaule droite

L'IRM médullaire retrouvait une large cavité centromédullaire de syringomyélie étendue de C2 à D4 (Fig2). L'IRM de l'épaule droite confirmait la détérioration de l'articulation gléno-humérale avec multiples érosions sous chondrale touchant les 2 versants articulaires et une ostéolyse avec résorption épiphysaire de la tête humérale. Une ostéo-arthropathie nerveuse syringomyélique de l'épaule a été retenue.



Fig2: L'IRM médullaire avec une cavité de C2 à T4 confirme la syringomyélie

La cavité syringomyélique n'étant pas sous tension et les signes neurologiques restant discrets, aucune indication neurochirurgicale n'était retenue. Pour l'épaule, aucune indication chirurgicale n'était envisagée.

Conclusion:

Notre observation concerne un cas d'arthropathie nerveuse syringomyélique touchant l'épaule. Ce diagnostic a été évoqué devant une destruction articulaire importante non douloureuse, la dissociation sensitive thermoalgésique avec abolition des réflexes ostéo-tendineux au niveau du membre supérieur droit, le caractère asymétrique unilatéral du même côté de l'atteinte articulaire et l'antécédent d'une malformation à type de Chiari opérée. La présence d'une cavité de syringomyélie à l'IRM médullaire et l'atteinte destructrice avancée à l'IRM de l'épaule permettaient de confirmer notre diagnostic.

Intérêt de l'observation :

Devant une destruction articulaire importante peu douloureuse touchant surtout l'épaule ou le coude, il faut penser à l'étiologie nerveuse en particulier la syringomyélie et prêter de l'attention aux antécédents du patient et à l'examen neurologique.



Myélome multiple du sujet jeune versus Myélome du sujet âgé : Quelles différences entre les deux ?

Feki.A, Akrouit.R, Gassara.Z, Grassa.R, Ezzeddine.M, Ben Djmeaa.S, Kallel.MH, Fourati.H, Baklouti.S
Service de rhumatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction :

- Le myélome multiple (MM) est le deuxième cancer du sang le plus courant après le lymphome non hodgkinien.
- Il représente environ 1% de tous les cancers et 2% de la mortalité par cancer. L'âge moyen de survenue est de 65 à 70 ans.
- Cependant, il peut se voir chez le sujet jeune d'âge inférieur à 65 ans et dans 1 à 3% des cas il touche le sujet d'âge inférieur à 40 ans.
- Le but de ce travail est de comparer les caractéristiques du MM du sujet jeune avec celui du sujet âgé.

Matériels et méthodes:

- Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients atteints de MM colligés au service de rhumatologie de Sfax entre 1999 et 2016.
- Les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques ont été évaluées.
- Les patients ont été regroupés en fonction de leur âge supérieur ou inférieur à 65 ans.

Résultats:

- 108 patients colligés.

Caractéristiques épidémiologiques

- 51% parmi eux avaient un âge supérieur ou égal à 65 ans (groupe1).
- Le reste des patients était classé dans le groupe du MM du sujet jeune (groupe2).
- L'âge moyen dans le groupe 1 était $74,53 \pm 6,41$ ans et dans le groupe 2 était de $55,21 \pm 7,8$ ans.
- Une prédominance masculine a été notée dans le groupe1 mais non objectivée dans le groupe 2 avec un sex ratio (H/F) significativement plus élevé dans le groupe 1 ($1,11$ VS $0,96$, $p=0,000$).

Les caractéristiques cliniques

- Une altération de l'état général était plus fréquente dans le groupe 1 ($76,4\%$ VS $58,5\%$, $p=0,000$).
- Les douleurs osseuses d'horaires inflammatoires avaient dominé la symptomatologie chez les 2 groupes mais elles étaient plus fréquentes dans le groupe 1 ($94,5\%$ VS $90,6\%$, $p=0,000$).

- Une fièvre a été constatée uniquement dans le groupe 1 ($5,5\%$ des cas).
- Des tuméfactions au niveau des parties molles et les fractures pathologiques ont été plus retrouvées dans le groupe2 ($13,2\%$ VS $10,9\%$, $p=0,000$).
- Les signes neurologiques ont été objectivés dans le groupe 1 plus que dans le groupe 2 ($25,5$ VS $22,6\%$, $p=0,000$).

Les caractéristiques biologiques

- Une hypercalcémie était plus fréquente dans le groupe2 ($44,5\%$ VS 41% $p=0,034$) de même que l'anémie ($56,3\%$ VS $43,7\%$, $p=0,000$).
- La vitesse de sédimentation était plus élevée dans le groupe1 mais sans différence significative ($104,38 \pm 44,14$ VS $93,76 \pm 55$ mm à H1, $p=0,273$).
- L'insuffisance rénale était plus fréquente dans le groupe 2 (17% VS $16,4\%$ $p=0,000$).
- Le taux moyen des plasmocytes tumoraux dans le myélogramme était plus élevé dans le groupe 2 mais cette différence n'était pas significative.
- L'immunoglobuline monoclonale était majoritairement de type IgG ou Ig A et ceci dans les 2 groupes et la chaîne légère de type kappa était prédominante.
- Les MM à chaînes légères étaient plus fréquents dans le groupe 2 ($18,9\%$ VS $5,4\%$, $p=0,000$).

Conclusion:

Le MM est plus fréquent chez le sujet âgé mais aussi plus grave que chez le sujet jeune avec une fréquence plus élevée d'altération de l'état général, de complications neurologiques et infectieuses.



A propos d'une histiocytose Langerhansienne multifocale de l'adulte : atteinte osseuse et extra osseuse

Khalifa D, Guiga A, Guizani N, Bouker A, Atig A, Ghannouchi N
Service de médecine interne de l'Hôpital Farhat Hached. Sousse. Tunisie

Introduction :

L'histiocytose langerhansienne (HL) est une affection rare d'étiologie inconnue définie par l'infiltration d'un ou de plusieurs tissus par des cellules dendritiques de Langerhans. Sa présentation clinique est dominée par l'atteinte osseuse en particulier celle du crâne. Nous rapportons un cas d'HL multifocale du crâne, des côtes et des os de la mâchoire, associée à une atteinte du parenchyme pulmonaire et de la gencive.

Observation

Patient âgé de 19 ans sans antécédents pathologiques notables, présentait des céphalées chroniques et un amaigrissement de 15kg en une année. L'examen physique avait montré des douleurs à la palpation des côtes, une mauvaise hygiène bucco-dentaire, une mobilité des molaires et une masse suspecte gingivale. La numération formule sanguine était normale. La vitesse de sédimentation était accélérée à 103mmH1 et l'électrophorèse des protides sanguines notait un profil inflammatoire. La calcémie, ainsi que le bilan hépatique et rénal étaient sans anomalies. La radiographie du thorax avait objectivé des lésions géodiques au niveau de la 2^{ème} et la 3^{ème} cotes droites. La tomodynamétrie thoracique avait confirmé la présence de ces lésions avec des micronodules pulmonaires bilatéraux diffus. Le scanner cérébral avait montré de multiples lésions ostéolytiques de la voute crânienne, des mandibules et des os maxillaires sans atteinte du parenchyme cérébral. La biopsie du processus tumoral gingival montrait une localisation gingivale d'une HL. Un traitement par des corticoïdes et par vinblastine a été prescrit avec une évolution partiellement favorable après un recul de 10mois.

Discussion

L'HL est une maladie qui se développe chez l'enfant et l'adulte jeune qui se manifeste par des symptômes divers et non spécifiques. Sa physiopathologie reste encore mal connue et le débat pour savoir si elle doit être considérée comme un processus réactionnel ou une prolifération néoplasique n'est pas encore résolu. Plusieurs entités cliniques sont caractérisées dont le granulome éosinophile de l'os, isolé ou multiple qui évolue dans la quasi totalité des cas spontanément vers la guérison.

Le diagnostic repose toujours sur un examen histologique ou cytologique mettant en évidence la prolifération caractéristique de cellules porteuses de l'antigène CD1a, CD207 et de la protéine S100.

Le traitement de HL est mal codifié, du fait de sa rareté. La prise en charge agressive est habituellement réservée aux formes multiviscérales qui engagent le pronostic vital. La présence d'une atteinte pulmonaire chez notre patient avec une atteinte osseuse multifocale a justifié le recours à une chimiothérapie. Le pronostic de cette maladie est bon en dehors d'un dysfonctionnement d'organe,

Conclusion

L'HL est une maladie rare. Son aspect radiologique est non spécifique prêtant confusion avec une origine tumorale. Il faut savoir l'évoquer devant des lésions osseuses ostéolytiques à l'emporte-pièce. Seule l'histologie permet de confirmer le diagnostic,

Bibliographie:

1. de Menthon M, Meignin V, Mahr A, Tazi A. [Adult Langerhans cell histiocytosis]. Presse Medicale Paris Fr 1983. janv 2017;46(1):55-69.
2. Satter EK, High WA. Langerhans cell histiocytosis: a review of the current recommendations of the Histiocyte Society. *Pediatr Dermatol.* juin 2008;25(3):291-5.
3. Zhang X-H, Zhang J, Chen Z-H, Sai K, Chen Y-S, Wang J, et al. Langerhans cell histiocytosis of skull: a retrospective study of 18 cases. *Ann Palliat Med.* avr 2017;6(2):159-64.



Le cancer de la prostate et l'atteinte osseuse

Ben Chekaya N.1, Jguirim M.1, Miri S.1, Ben Letaifa M.1, Fakhfekh R.1, Borgi O.1, Zrouer S.1, Bejia I.1, Touzi M.1, Klli R.2, Bergaoui N.1

1Service de Rhumatologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir (Tunisie)

2Service de Medecine Interne CHU Fattouma Bourguiba Monastir (Tunisie)

Introduction :

Le cancer de la prostate constitue un problème de santé publique important, avec une incidence en forte augmentation. Il fait partie des cancers les plus ostéophiles. Notre étude a pour but d'étudier les caractéristiques de cette atteinte osseuse.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude mono centrique et rétrospective de 22 cas de cancer de la prostate colligés au service de Rhumatologie du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir sur une période allant de 2005 jusqu'au 2018.

Résultats:

Il s'agit de 22 hommes avec un âge au diagnostic qui variait de 57 à 82 ans, et un âge moyen de 71,8 ans. Aux antécédents d'hypertension artérielle dans 50% et de diabète dans 68,2% des cas. Une consommation de tabac était notée chez 68,2% de ces patients. 27,3% de ces patients étaient déjà suivi en urologie pour un cancer de la prostate. Le délai de survenu de la MO était de 6 mois jusqu'aux 6 ans. Par ailleurs dans 72,7% des cas la découverte du cancer était concomitante à celle de la MO. Les circonstances de découvertes des MO trouvées sont décrites dans le tableau suivant: (figure n°1)

Circonstances de découverte	Syndrome prostatique	PSA élevée	AEG	Douleurs osseuses	radiculalgies	fracture	Compression médullaire
Pourcentage(%)	95,5	90,9	63,3	90,9	81,8	9	4,5

Figure n°1: les différentes circonstances de découvertes

Le taux de PSA était élevé dans 90,9% des cas avec des valeurs allant de 7 à 3131 ng/ml. Le taux des PAL variait de 125 à 7500 avec un taux élevé dans 90% des cas.

Une TDM était pratiquée chez 27,7% des patients, une IRM et une scintigraphie étaient pratiquées chez 68% des cas.

Une image radiologique suspecte était trouvée chez 72,7% et Un tassement vertébral(TV) était noté chez 36,36% de ces patients.

Une image radiologique suspecte était trouvée chez 72,7% des patients : un aspect ostéocondensant était trouvé chez 31,25%, ostéolytique dans 18,75% et mixte dans 50% des cas .(figure 2)

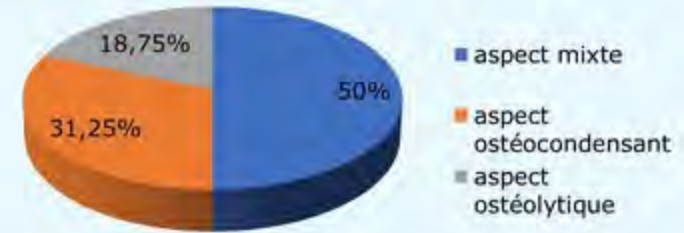


Figure n°2: les différents aspects radiologique des MO

Le seul type histologique trouvé était l'adénocarcinome : Il a touché le rachis dans 43,2%, le bassin dans 34%, les os longs dans 11,4% et les autres sites dans 11,4 % des cas. Le traitement des métastases a été à base d'antalgique de 3ème palier dans 36,4% et de perfusion mensuelle de biphosphonates (acide zolédronique) dans 63,6% des cas.

Conclusion:

Le rachis reste le site le plus touché par les MO du cancer de la prostate, exactement comme pour les autres cancers ostéophiles. Ces MO étaient d'aspect mixte dans la moitié des cas, suivi des lésions ostéocondensantes puis ostéolytiques. Ces réactions métastatiques diffèrent aussi par leurs conséquences thérapeutiques.



La disparition d'une gammopathie monoclonale à IgM après la perfusion d'acide Zolédronique

Fakhfakh R, Béjia I, Jguirim M, Zrouer S, Touzi M, Bergaoui N
Service de rhumatologie – CHU Fattouma Bourguiba Monastir(Tunisie)

Introduction:

Les gammopathies monoclonales de signification indéterminée(MGUS) à IgM sont des gammopathies bénignes pouvant évoluer vers une maladie de Waldeström ou à d'autres syndromes lymphoprolifératifs chroniques. Nous rapportons le cas d'un MGUS à IgM disparaissant suite à la perfusion d'acide Zolédronique.

Observation:

Il s'agit d'une patiente âgée de 48ans, hospitalisée en 2013 pour exploration de polyarthralgies inflammatoires des grosses et petites articulations associées à une xérophtalmie et des paresthésies des extrémités. Il y avait un syndrome inflammatoire biologique. Le bilan immunologique (FR, antiCCP, ANN) était négatif. L'électrophorèse des protides(EPP) montrait un pic monoclonal Gamma à 7,33g/l de type IgM Kappa. La numération sanguine, le bilan chimique et la protéinurie de 24 heures étaient normaux. La biopsie de glandes salivaires accessoires était normale. La ponction sternale ne montrait pas d'infiltration médullaire. Les radiographies standards étaient sans anomalies. L'EMG était normal. L'IRM rachidienne pratiquée dans l'hypothèse d'un MM et la scintigraphie osseuse étaient sans lésions osseuses. La TDM thoraco abdomino pelvienne était sans anomalies de même que l'écho mammographie. Le diagnostic de MGUS à IgM Kappa était retenu. Devant les arthralgies, la patiente était traitée par corticothérapie 5 mg/j. La surveillance régulière montrait une stabilité du pic entre 6.3 et 9,3 g/l. En 2015, la patiente avait fait une fracture du col du fémur à faible énergie. La ponction sternale refaite était normale, de même que le bilan biologique et radiologique. Le diagnostic d'ostéoporose cortisonique était retenu et elle a eu une perfusion d'acide Zolédronique à 5mg en 2016.L'évolution a été marquée par la disparition du pic monoclonal à l'EEP 2 mois après.

Conclusion:

C'est le premier cas rapporté d'un MGUS à IgM disparaissant suite à la perfusion d'acide Zolédronique.

Profil épidémiologique et clinico-biologique des infections au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques

El Achek.M.A 1, El Amri.N 1, Farhat.A 1, Baccouche.K 1, Bagané.N 2, Zeglaoui.H 1, Bouajina.E 1

1-Service de rhumatologie Farhat Hached Sousse

2-Hôpital Ibn Jassar Kairouan

Introduction :

Les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) sont responsables à long terme d'une augmentation de la morbi-mortalité dont une grande partie est due à une augmentation du risque infectieux. Ces complications infectieuses sont redoutables au cours des RIC. Le but de notre étude est de détailler leurs caractéristiques épidémiologiques et clinico-biologiques.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 20 dossiers des patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques qui ont eu au moins un épisode infectieux nécessitant une prise en charge intra hospitalière au cours de leur suivi à notre service sur une période de 15 ans [2000-2015].

Résultats :

Nous avons inclus 20 patients atteints de RIC, l'âge moyen était de 46,1 années [22-79] avec une prédominance féminine (SR F/H=4).



Un sepsis était retrouvé dans 10% des cas. Une infection oculaire, une hépatite virale B et une tuberculose pulmonaire dans 5% des cas chacun.

La VS moyenne à H1 était de 68,65 et la CRP moyenne de 52,87 mg/l. Dans notre série, 95% des patients étaient sous corticothérapie avec une dose moyenne de 17,36 mg/jour.

Traitement de fond	
MTX	55%
SLZ	25%
APS	25%
Arava	15%
Azathiopirine	5%

Biothérapie	
Rituximab	15%
Rituximab	10%
Etanercept	5%

La durée moyenne d'hospitalisation était de 16,06 jours. 10% des patients avaient nécessité une hospitalisation en milieu de réanimation. On a eu recours à une antibiothérapie IV dans 75% des cas et per os dans 15%, un anti viral et un anti fongique dans 5% chacun. L'évolution était favorable dans 90% des cas.

Discussion :

- Les patients atteints de RIC sont plus à risque de contracter une infection sévère qui est définie par une hospitalisation, une antibiothérapie intraveineuse ou la survenue du décès en lien avec l'infection [1].

- Dans la littérature, les principales infections étaient pulmonaires, urinaires, cutanées et des tissus mous (érysipèle, cellulite) et ORL (sinusite, rhinite, mucite) de manière comparable à la littérature.[2]

- Une revue cochrane de neuf traitements conventionnels les plus prescrits avait démontré un risque plus élevé de réactivation tuberculeuse. De même, elle a confirmé le risque majoré d'infection tuberculeuse chez les patients sous biothérapie par rapport à la population générale. [3]

Conclusion :

Les patients atteints de RIC ont un risque infectieux élevé. Ce dernier est associé à l'activité de la maladie, aux comorbidités et aux traitements immunosuppresseurs essentiellement les glucocorticoïdes. De ce fait, l'infection devra être systématiquement recherchée car elle peut être grave et augmenter la morbi-mortalité.

Bibliographie :

- Jacques Morel Le risque infectieux au cours de la polyarthrite rhumatoïde et sa prévention Risk and prevention of infections in rheumatoid arthritis Revue du rhumatisme monographies 85 (2018) 32-36
- Rohini HANDA et I, Tuberculosis and biologics in rheumatology: A special situation International Journal of Rheumatic Diseases 2017; 20: 1313-1325
- Reynaud Q, Killian M, Robles A, Mounsef F, Camdessanché J-P, Mariat C, et al. Lerituximab dans la vraie vie : revue d'utilisation du rituximab de 2010 à 2013 au CHU de Saint-Étienne. Revue Med Interne 2015;36:800-12.

19 Janvier 2019

المجلة التونسية لأمراض المفاصل و العظام

Ligue Tunisienne Anti Rhumatismale

L'ostéonécrose aseptique dans un service de rhumatologie: A propos de 26 cas

Auteurs: Grassa.R; BenMajdouba.M; Jriri.S; Gassara.Z; Feki.A; Ezzedine.M; Ben Djemeaa.S; MH.Kallel; Fourati.H; Akrouit.R; Baklouti.S

Adresse: Service de rhumatologie CHU Hedi Cheker Sfax-Tunisie

Introduction :

L'ostéonécrose aseptique (ONA) est la conséquence de la nécrose ischémique des divers contingents cellulaires d'un secteur osseux. C'est l'aboutissement de diverses conditions pathologiques qui concourent à l'altération de la circulation sanguine de l'os. L'ostéonécrose de la tête fémorale (ONTF) en est la plus fréquente, et reste une cause fréquente de douleur de hanche et de handicap. L'objectif de notre étude est d'étayer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et radiologiques de l'ONA et de déterminer son profil étiologique et ses principales localisations.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 26 patients menée dans un service de rhumatologie sur une période de 19 ans (1999-2018).

Résultats :

-L'âge moyen est de 50,04 ans (23-82 ans).

Répartition selon le sexe



localisation	Extrémité sup fémur	genou	Humérale	Semi lunaire
Nombre de cas d'OSN	20	03	02	01

Antécédents:

- Onze avaient reçu une corticothérapie dont un seul cas de corticothérapie de courte durée.
- Trois cas avaient une hémopathie connue.
- Un cas avait une fracture de l'extrémité supérieure de fémur et un cas avait un antécédent de dyslipidémie.

Tableaux cliniques :

- *La douleur était le maître symptôme, essentiellement de type mécanique (21 cas).
- *La boiterie à la marche et l'impotence fonctionnelle venaient au 2^{ème} plan (dans 10 cas et dans 6 cas respectivement).

Explorations radiologiques:

- *Les radiographies standards révélaient une disparition de la sphéricité de la tête dans 18 cas des localisations fémorales.

*Une radiographie normale était trouvée dans 2 cas.

*Nous avons recours à une IRM dans 16 cas.

*Une scintigraphie était pratiquée dans 15 cas.

A la biologie:

*le bilan lipidique était perturbé dans 5 cas.

*L'électrophorèse de l'hémoglobine était faite dans 8 cas et avait révélé des perturbations dans 3 cas (une drépanocytose hétérozygote notamment).

Sur le plan étiologique:

*La corticothérapie était incriminée dans 11 cas, les dyslipidémies dans 5 cas.

*L'OSN était révélatrice de drépanocytose dans 3 cas.

Sur le plan thérapeutique:

*La majorité des patients avaient bénéficié d'une décharge (24 cas).

*Pour l'OSN de la tête fémorale, 8 cas avaient bénéficié d'une PTH et 2 cas d'un forage.

Discussion

L'ostéonécrose aseptique (ONA) est une maladie dont la pathogénie est multifactorielle. [1]

Les signes d'appel de l'ONA sont variables selon les études, mais la douleur constitue le maître symptôme. [1]

Pour établir le diagnostic, l'examen de première intention est la radiographie standard.

Si elle est normale ou non spécifique, l'IRM est le meilleur examen. [2], [3]

Le traitement médical reste purement symptomatique.[2]

La mise en décharge est nécessaire en phase de douleur aiguë.[2]

Les interventions chirurgicales classiques restent le forage cervicocéphalique avec ou sans greffon osseux, les ostéotomies, la PTH.

Conclusion:

L'ostéonécrose aseptique reste une cause assez fréquente des douleurs surtout au niveau de la hanche. Elle touche les sujets relativement jeunes (âge moyen 50 ans). La corticothérapie en est la cause majeure. La clinique, la radiologie et surtout l'IRM sont à la base du diagnostic. Sa prise en charge thérapeutique se limite souvent à gérer l'antalgie ainsi que la décharge partielle pour les localisations aux membres inférieurs où le remplacement prothétique est souvent le recours ultime.

Bibliographie:

- [1] Loukil, H., Frikha, F., Snoussi, M., Salah, R. B., & Bahloul, Z. (2014). *Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale chez une patiente atteinte d'artérite de Takayasu*. Pan African Medical Journal, 18.
- [2] Lafforgue, P. (2009). *Ostéonécrose de la tête fémorale*. Revue Du Rhumatisme, 76(2), 166-172. doi:10.1016/j.rhum.2008.04.021
- [3] Sun, W., Liu, L.-H., Zhang, Q.-Y., Li, Z.-R., & Gao, F.-Q. (2017). *Corticosteroid-induced Osteonecrosis of the Femoral*



Ostéogénèse imparfaite : à propos de 19 cas

Saadaoui K, Mahmoud I, Saïdane O, Ben Nessib D, Ben Tekaya A, Tekaya R, Abdelmoula L

Service de Rhumatologie CHU Charles Nicolle Tunis

Introduction :

L'ostéogénèse imparfaite ou maladie des os de verre est une affection rare caractérisée par une importante fragilité osseuse. Il existe grande variabilité d'expression allant des formes qui peuvent passer inaperçues jusqu'à des formes létales.

Objectif :

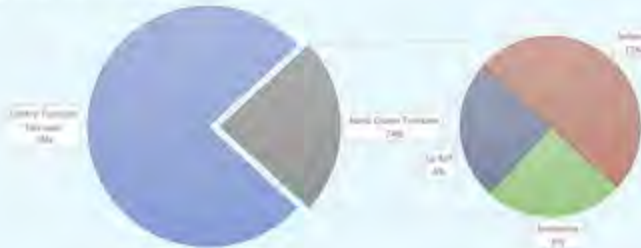
La détermination des particularités épidémiologique de cette maladie en Tunisie.

Matériels & Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive incluant des patients atteints de Maladie de Lobstein colligés au service de Rhumatologie Hôpital Charles Nicolle Tunis entre 1993 et 2018.

Résultats :

- 19 patients
- Âge moyen = 44,8 ans [29-65 ans]
- Répartition géographique :



- Âge de début des fractures = 8,5 ans [0-49 ans]
- Prédominance des fractures à l'âge pré-pubertaire :
 - ❖ Nombre moyen de fracture à l'âge pré pubertaire = 5,6
 - ❖ Nombre moyen de fracture à l'âge adulte = 1



- Ostéogénèse imparfaite type I était la plus fréquente : 84 % des cas
- DMO au moment du diagnostic :
 - Rachis Lombaire : T-score moyen = -2,8 DS [-4,1 ; -1,22]
 - ESF : T-score moyen = -1,7 DS [-3,4 ; -0,99]
- Le traitement par Bisphosphonate par voie IV était entrepris chez 12 patients
- Aucune fracture n'était objectivée après instauration du traitement.
- DMO au cours de l'évolution :
 - Rachis Lombaire : T-score moyen = -2,4 DS
 - ESF : T-score moyen = -1,04 DS

Discussion :

- L'ostéogénèse imparfaite est une affection rare dont l'incidence globale est de 1/15000 naissances.
- La classification de Sillence reste la plus employée, elle permet de distinguer de façon schématique 5 types d'OI.
- Cette pathologie est en relation avec une anomalie constitutionnelle du collagène de type I, sa transmission obéit toujours au mode dominant.
- La prise en charge ostéoarticulaire repose sur trois volets :
 - Les bisphosphonate
 - La ré éducation
 - La chirurgie en cas de besoin

Conclusion :

La maladie de Lobstein est une affection rare qui a un retentissement osseux majeure dans ses formes sévères. Le traitement par bisphosphonate bien qu'il ne soit pas codifié a changé le pronostic fonctionnel de la maladie.



Manifestation osseuse d'une splénomégalie myéloïde chronique simulant une sacro-ilite : à propos d'un cas

Brahem M., EL Amri N., Zeglaoui H., Baccouche K., Belghali S., Bouajina E.
Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse.

1. Introduction :

•L'atteinte osseuse au cours des hémopathies est rare. Il s'agit généralement de lésions ostéolytiques préférentiellement localisées sur la métaphyse des os longs ou le squelette axial.

•Nous allons décrire le cas d'une localisation osseuse au niveau du bassin d'une splénomégalie myéloïde chronique (SMC) qui a posé un problème diagnostique et thérapeutique.

2. Observation:

- C'était un homme de 62 ans, hypertendu, suivi pour goutte sous Purinol.
- Il a été diagnostiqué porteur d'une SMC il y a 12 ans et depuis il était suivi en hématologie et équilibré sous Ruxolitinib.
- Il était référé en rhumatologie pour exploration de fessalgie inflammatoire gauche.
- L'examen clinique trouve une sacro-iliaque gauche douloureuse.
- A la biologie, il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique mais il existait une hypercalcémie à 2,8 mmol/l.



Radiographie standard du bassin:
sacroiliite gauche



TDM du bassin:
sacroiliite bilatérale plus marquée à gauche.



Scintigraphie osseuse: hyperfixation modérée en regard des sacro-iliaques.



IRM du bassin a infirmé la sacroiliite montrant un aspect hétérogène de la trame osseuse.

Il s'agissait alors d'une localisation ostéolytique au niveau du bassin de la SMC qui a simulé une sacroiliite.

Le patient a été donc mis sous bisphosphonates (Pamidronate) à la dose de 90 mg par mois pendant 3 mois avec bonne évolution clinique et biologique.

3. Discussion :

- La survenue d'une localisation osseuse au cours des hémopathies reflète l'évolutivité de la maladie, dont le pronostic reste lié à son type histologique et à son extension.
- L'existence de rares localisations osseuses spécifiques ne doit bien sûr pas faire méconnaître les complications infectieuses des hémopathies malignes, ostéite ou ostéomyélite, chez des sujets immunodéprimés.
- Sur le plan radiologique, les lésions sont surtout lytiques qui se manifestent à la TDM par des zones hypointense T1 parfois associées à des zones hyperdenses, comme dans notre cas.
- Dans la littérature, l'intérêt des bisphosphonates (Pamidronate 90 mg) en perfusions mensuelles, dans le traitement d'hypercalcémie et dans un but antalgique et anti-tumoral.

4. Conclusion :

Vu la rareté des manifestations osseuses des hémopathies, il est nécessaire d'éliminer toute cause infectieuse ou tumorale chez ces sujets immunodéprimés avant de les rattacher à l'hémopathie.



Dépistage de la tuberculose latente chez les patients candidats à une biothérapie

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

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

Introduction :

Le dépistage de la tuberculose latente (TBL) est primordial chez les patients suivis pour maladies inflammatoires chroniques et candidats à un traitement biologique afin de traiter ou de prévenir la survenue de la tuberculose maladie.

Notre objectif était d'évaluer l'efficacité du dépistage de la TBL avant l'instauration d'un traitement biologique chez des patients suivis pour une maladie inflammatoire chronique.

Patients et méthodes :

- Etude rétrospective monocentrique (2015-2017).
- Patients suivis en rhumatologie (pour rhumatisme inflammatoire chronique) et en gastroentérologie (pour une maladie inflammatoire chronique de l'intestin) et candidats à une biothérapie.
- Collecte des données démographiques, cliniques et thérapeutiques.
- Tous les patients ont bénéficié d'une radiographie du thorax et d'un test immunodiagnostic: un test Quantiféron (QTF) et/ou une intradermoréaction réaction (IDR) à la tuberculine.

Résultats :

- Notre étude a porté sur 43 hommes et 60 femmes, âgés en moyenne de 47,8 ans [18-74].
- Il s'agissait de 47 cas de polyarthrite rhumatoïde, 25 cas de spondyloarthrite, 30 cas de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (21 cas de maladie de Crohn et 9 cas de rectocolite hémorragique) et 1 cas d'arthrite juvénile idiopathique.
- La durée moyenne d'évolution des maladies inflammatoires était de 11,2 ans [1-29].
- Aucun antécédent de tuberculose ou de contagé tuberculeux n'a été relevé.
- Quatre-vingt-treize patients (90,2%) étaient vaccinés par le Bacille de Calmette et Guérin à la naissance.

- Les résultats des tests de dépistage de la TBL sont résumés dans la figure 1.

Figure 1 : Résultats des tests de dépistage de la tuberculose latente



- En cas de positivité ou de valeur indéterminée du QTF ou de l'IDR, un complément d'exploration par TDM thoracique et recherche de bacille de Koch dans les crachats ont été pratiqués et se sont avérés négatifs dans tous les cas.
- Au terme de ce bilan, le diagnostic de TBL a été retenu dans 23 cas (21, 9%).

Discussion :

En concordance avec nos résultats, une étude rétrospective conduite en 2016 a récemment montré que la TBL avait été diagnostiquée chez 20% des candidats au traitement biologique utilisant l'IDR à la tuberculine ou le QTF, soulignant l'importance d'un tel dépistage chez ces patients [1].

Conclusions :

Notre étude a montré que la TBL est fréquente chez les patients suivis pour une maladie inflammatoire chronique dans un pays endémique. Le traitement prophylactique de cette affection permettrait de réduire la morbidité infectieuse au cours des traitements biologiques.

[1] Slouma M, Mahmoud I, Saidane O et al. Latent tuberculosis infection screening prior to biological treatment in Tunisian patients. Therapie 2017;72:573-8.



La sévérité de l'arthrite juvénile idiopathique vue à l'âge adulte a-t-elle un impact sur l'atteinte subtalaire ?

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

Service de rhumatologie, Hôpital Charles Nicole

Introduction :

l'atteinte de l'articulation subtalaire au cours de l'arthrite juvénile idiopathique est rarement recherchée à l'examen rhumatologique. L'objectif de notre étude était de rechercher une association entre la sévérité de l'AJI et l'atteinte de l'articulation subtalaire.

Matériels et méthodes : Une étude transversale et descriptive a été menée dans un service de rhumatologie sur les malades ayant une AJI dans sa forme polyarticulaire vue à l'âge adulte.

Résultats:

Nous avons colligé 29 patients ayant une AJI polyarticulaire dont 4 hommes et 25 femmes. L'âge moyen des patients était de 42.13 ans [17,65 ans]. La durée moyenne d'évolution de l'AJI était de 31.69 ± 14 ans. L'AJI était séropositive chez 20 malades (69 %).

Dix-sept pourcent de nos malades était tabagiques avec une consommation moyenne de 20 PA. Quatorze patients (48%) avaient un surpoids, avec un BMI moyen à 24,19± 6,47. La DAS 28 vs moyen était à 5,16±1,3. Onze patients (38 %) avaient une invalidité sévère à très sévère attestée par un indice HAQ > 2.

L'atteinte de l'articulation subtalaire était observée chez 19 malades (66 %). L'atteinte de l'articulation subtalaire était significativement associée à la durée moyenne d'évolution de l'AJI (p=0.049). Les patients AJI avec une atteinte de l'articulation subtalaire avaient un EGP significativement plus élevé (p=0.011). (Tableau 1)

Tableau I: Comparaison entre les deux groupes portant sur les paramètres d'activité de l'AJI

	NAD	NAT	EGP	EVAdo- uleur	DAS28 vs	DAS28 crp	RM	RN	HAQ
Groupe 1	8.4	3.4	72	72.1	5	4.4	71	1.8	1.6
Groupe 2	8.3	4.4	56	64	5.3	4.7	78	1.5	1.2
P	0.9	0.58	0.01	0.3	0.5	0.57	0.83	0.58	0.28

Conclusion :

Notre étude a montré qu'une atteinte de l'articulation subtalaire était associée à une longue durée d'évolution de l'AJI et à un retentissement sur l'état global du patient.



Retentissement sur la qualité de vie de l'atteinte de l'articulation subtalaire au cours de l'AJI vue à l'âge adulte

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

Service de rhumatologie, Hôpital Charles Nicole

Introduction :

L'arthrite juvénile idiopathique est un rhumatisme inflammatoire chronique débutant à un âge précoce. Le retentissement sur la qualité de vie de cette maladie peut être important. L'objectif de notre étude était d'évaluer le retentissement sur la qualité de vie de l'atteinte subtalaire évalué par le questionnaire SF36.

Matériels et méthodes :

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive menée dans un service de rhumatologie sur les malades ayant une AJI dans sa forme polyarticulaire vue à un âge adulte. L'atteinte subtalaire a été recherchée à l'examen physique, aux radiographies standard et à l'échographie.

Résultats : Nous avons colligé 29 patients ayant une AJI polyarticulaire dont 4 hommes et 25 femmes. L'âge moyen des patients était de 42.13 ans [17,65 ans]. Dix-sept pourcent de nos malades était tabagiques avec une consommation moyenne de 20 PA. Quarante-huit pourcent parmi eux (14) avaient un surpoids avec un BMI moyen à $24,19 \pm 6,47$. La durée moyenne d'évolution de l'AJI était de 31.69 ± 14 ans [4- 59 ans]. La durée moyenne entre le début de l'atteinte des pieds et le début de la maladie était de 11.13 années [0-48 années].

La prévalence de l'atteinte de l'articulation subtalaire était de 66 %. Une difficulté à la marche était le mode de révélation le plus fréquent de l'atteinte des pieds (75.9 %). Parmi les 19 patients avec atteinte subtalaire, les radiographies des pieds de profil et l'échographie avaient permis d'objectiver cette atteinte subtalaire respectivement dans 62 % et 41 % des cas. Sur les radiographies, un pincement intra-articulaire et des érosions de la subtalaire était noté respectivement chez 17 (59 %) et 5 (17 %) malades. sur l'échographie, un pincement talo-calcaneén, une irrégularité des corticales et une synovite était respectivement observé chez 9(31 %), 3 (10 %) et 5 malades (17 %).

Le retentissement sur la qualité de vie de l'atteinte de l'articulation subtalaire a été évalué par le SF 36. La moyenne du score physique était de 35.92 ± 23.85 avec un minimum de 0 et un maximum de 99.

Domaine étudiée	Fonction physique	Limitation physique	Douleur physique	Santé générale
La moyenne	29.56	29.66	48.02	25.95

La moyenne du score mental était de 36.65 ± 26.06 avec un minimum de 0 et un maximum de 95.

Domaine étudiée	Vitalité	Fonction sociale	Limitation émotionnelle	Santé mentale
La moyenne	32.64	55.67	21.83	36.48

Il existait une relation statistiquement significative entre le retentissement physique de la maladie et l'atteinte subtalaire ($p=0,04$). Par contre, il n'existait pas de relation statistiquement significative entre le retentissement mental et l'atteinte de l'articulation subtalaire.

Conclusion : L'atteinte subtalaire au cours de l'AJI adulte était associée à une altération de la qualité de vie évaluée par le score SF36 portant surtout sur le score physique.

19 Janvier 2019

المجلة التونسية لأمراض المفاصل و العظام

Ligue Tunisienne Anti-Rhumatismale

L'apport du questionnaire SAFE Q dans l'évaluation fonctionnelle de l'atteinte subtalaire au cours de l'arthrite juvénile idiopathique

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

Service de rhumatologie, Hôpital Charles Nicole

Introduction :

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

Méthodes :

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

Résultats :

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

Le syndrome inflammatoire biologique était observé chez 66 % des malades avec une VS moyenne à $38,14 \pm 23,24$ et une CRP moyenne à $17,37 \pm 16,34$. La DAS 28 vs moyen était à $5,16 \pm 1,3$. Onze patients (38 %) avaient une invalidité sévère à très sévère attestée par un indice HAQ > 2.

L'atteinte de l'articulation subtalaire était observée chez 19 malades (66 %).

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

Un handicap majeur évalué par le score SAFE Q dans les secteurs suivants : difficulté de chaussage, activité sociale, douleur et santé générale et bien être était respectivement noté chez 17 (58,6 %), 13 (44,82%), 9 (31,03%) et 10 malades (34,48%).

Dans notre étude, l'atteinte de l'articulation subtalaire était significativement associée à une altération de l'activité physique et de la vie quotidienne ($p=0,018$) et aux difficultés de chaussage ($p=0,03$).

Conclusion :

Selon notre étude, le retentissement de l'atteinte subtalaire au cours de l'AJI était plus marqué sur l'activité physique et la vie quotidienne et les troubles de chaussage.

TROUBLES STATIQUES ET DOULEURS DU PIED CHEZ LES MILITAIRES**Dhahri R, Rahmouni S, Slouma M, Metoui L, Bousseta N, Gueddiche N, Laajili F, Gharsallah I, Louzir B**

Service de médecine interne l'hôpital militaire principal de Tunis

Introduction :

Les douleurs du pied constituent un motif fréquent de consultation en milieu militaire .
Le but de notre étude est de déterminer la fréquence des douleurs ainsi que des troubles statiques des pieds en milieu militaire

Matériels et méthodes :

- Etude transversale incluant 61 patients adressés à la consultation externe du service de médecine physique et réadaptation fonctionnelle toutes pathologies confondues.
- Une évaluation clinique complète indiquant l'âge, les antécédents, la durée du port du brodequin, le degré de déficience fonctionnelle (évaluée par Echelle Visuelle Analogique). L'examen cutané et sur podoscope a noté le type de pied et ses différentes anomalies.

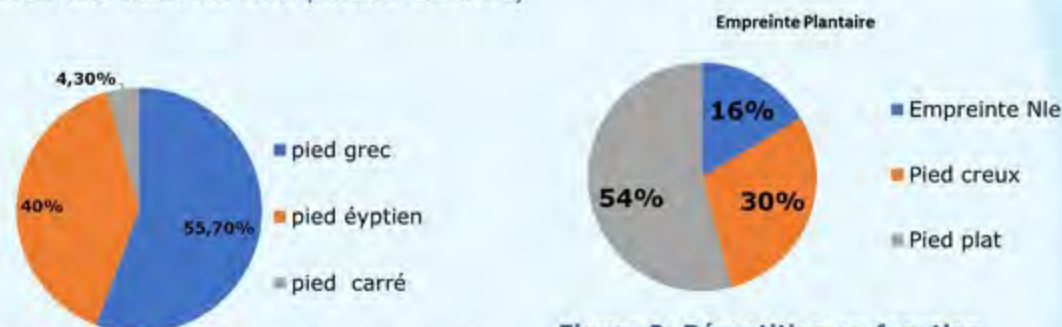
Résultats :

- Age en moyenne de 30 ans [21-51].
- Le sex-ratio était de 7.71.
- Dix-sept agents occupaient une fonction administrative et 44 assuraient un travail sur terrain.
- L'ancienneté de la carrière militaire était en moyenne de 9 ans [1-25].
- La durée moyenne du port de brodequins était de 12 heures par jour (6-18 heures), à raison de 6 jours par semaine (un jour-7 jours/semaine).
- Un surpoids ou une obésité ont été notés dans 67.2 % des cas (41/61 cas).

Caractéristiques de la douleur:

- ✓ Une douleur mécanique des pieds étaient retrouvée dans 36.1% des cas.
- ✓ Il s'agissait d'une douleur dynamique dans tous les cas.
- ✓ Elle était antérieure au recrutement militaire dans 15 cas.
- ✓ Elle évoluait depuis plus de 3 mois dans les 22 cas et paroxystique liée à l'effort de marche soutenue dans 50 cas.
- ✓ L'EVA douleur initiale était à 3.2 en moyenne.
- ✓ Dans tous les cas, ces douleurs étaient aggravées par le port du brodequin (EVA douleur avec brodequin = 7,4, p=0,02).
- ✓ Elle intéressait simultanément deux régions chez 20 des agents

- Les talalgies représentaient la plainte la plus fréquente avec 16 cas sur 22 en statique et 30 sur les 50 agents symptomatiques à la marche soutenue.
- Le brodequin ne montrait pas d'usure particulière dans 62,5 % cas, pour le reste des cas il montrait une usure du bord postéro-externe.)

**Figure 1: Répartition selon le morphotype du pied****Figure 2: Répartition en fonction du type d'empreinte plantaire****Morphotype de l'avant pied:**

- Hallux-valgus : 50.9% des agents (31 cas)
- Griffe des orteils : 49.5% des agents (29 cas) (réductible dans 48.3% des cas)

Morphotype de l'arrière pied

- Une instabilité de l'arrière-pied à type d'exagération du valgus physiologique ou de varisation de l'axe de l'arrière-pied : 72.13% des cas soit chez 44 patients.

Conclusion :

- Les douleurs des pieds en milieu militaire sont fréquentes .
- Elles peuvent être source d'handicap majeure .
- Une identification des troubles statiques à l'origine de ces douleurs est indispensable afin d'instaurer une prise en charge adéquate.



L'atteinte du bassin au cours du myélome multiple

Fakhfakh R¹, Jguirim M¹, Borgi O¹, Belltaifa M¹, BenChekaya N¹, Miri C¹, Zrour S¹, Béjia I¹, Touzi M¹, Klii R², Bergaoui N¹

1-Service de rhumatologie – CHU Fattouma Bourguiba Monastir(Tunisie)

2-Service de médecine interne– CHU Fattouma Bourguiba Monastir(Tunisie)

Introduction:

Le myélome multiple est défini par une prolifération clonale de plasmocyte envahissant la moelle hématopoïétique et sécrétant des immunoglobulines monoclonales. Notre objectif était de déterminer les particularités diagnostiques, thérapeutiques et évolutives du myélome multiple en précisant ses différentes localisations au niveau du bassin.

Patients et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur des patients atteints de myélome multiple retenu selon les critères de l'International Myeloma Working Group (IMWG) 2003 et/ou 2014, hospitalisés au service de Rhumatologie de Fattouma Bourguiba Monastir(Tunisie) durant la période allant de 2010 à 2016.

Résultats:

□Épidémiologie:

- Trente six patients ont été inclus, d'âge moyen de 67,19 ans±10,33.
- Le sexe ratio (H/F) était de 1,4

□Diagnostic:

- **La circonstance de découverte** était une VS accéléré dans tous les cas, des douleurs osseuses diffuses dans 27,3%, une compression médullaire dans 19,4%, et des fractures pathologiques dans 13,9% (col du fémur dans 8,3%, cadre obturateur dans 2,8%) et des douleurs du bassin dans 11,1%.
- **Le type le plus fréquent** de MM était à IgG Kappa. Le myélome était non sécrétant dans 13,9%.
- **Les critères CRAB** étaient trouvés chez 86,1% : infiltration osseuse (86,1%), anémie (75%), hypercalcémie (30,6%) et une insuffisance rénale (16,7%).

• **A la radiologie standard**, une lyse osseuse était trouvée dans 72,2% des cas avec une prédominance au niveau du bassin dans 30,6% des cas. Les tassements vertébraux étaient trouvés dans 61,1%.

• **L'IRM rachidienne** faite dans 41,5% des cas montrait des lésions myélomateuses dans 87,5% des cas.

• **Pronostic:** le myélome était classé stade III selon la classification de Durie et Salmon dans 69,4% des cas et stade I selon la classification ISS dans 50% des cas.

□Traitement:

- La majorité de nos patients (88,9%) ont reçu une chimiothérapie et des perfusions d'acide zolédronique.
- Deux patients ont eu une autogreffe de moelle osseuse avec rémission dans 1 cas.
- Une radiothérapie décompressive a été faite chez 5,6% des patients et antalgique dans 22,2% des cas.
- Deux patients avaient bénéficié d'une prothèse totale de hanche

□L'évolution du myélome multiple:

- Une réponse partielle (Réduction d'au moins 50 % du taux d'immunoglobuline) était trouvée chez 38,9% des patients et une rémission chez 5,6% des patients.
- Durant le suivi, 36,1% des malades ont développé une insuffisance rénale chronique.
- Le décès était survenu chez 86,1% des patients au cours de l'évolution de leur maladie. La cause de décès était un état de choc septique dans 41,7% des cas.

Conclusion:

L'atteinte du bassin et ses complications demeure moins fréquente que l'atteinte rachidienne qui est l'origine de complications graves telles que la compression médullaire.

Evaluation du retentissement psychologique et des craintes des patients par rapport à leurs gonarthroses par le questionnaire ASES (Arthritis Self Efficacy Scale)

Rouached.L, Fazaa.A, Ouenniche.K, Miladi.S, Kassab.S, Chekili.S, Ben Abdelghani.K, Laatar.A.
Service de rhumatologie. Hôpital Mongi Slim. Tunis

Introduction :

Bien que la gonarthrose paraisse une pathologie souvent bénigne, la qualité de vie peut être profondément altérée au cours de cette maladie chronique. Plusieurs questionnaires ont été validés pour l'évaluation de perception du malade de sa gonarthrose et de ses croyances.

Le but de notre travail est d'évaluer le retentissement psychologique et les croyances des patients par rapport à leur gonarthrose par le score ASES

Méthodes:

Nous avons mené une étude transversale, sur une période de un mois, basée sur un questionnaire créé sur le site (www.sondageonline.com) et envoyé par Email. Les données sociodémographiques, professionnelles, cliniques et thérapeutiques liées à la gonarthrose ont été recueillies.

Une évaluation du retentissement psychologique et des croyances des patients (fatigue, dépression, frustration) a été effectuée par le questionnaire ASES dans la rubrique : self-efficacy for controlling other arthritis symptoms (OSE).

Résultats:

- Quarante patients ont participé aux sondages.
- Prédominance du sexe féminin (sex-ratio: 0,17)
- Une évaluation des croyances des patients par l'estimation de leurs certitudes à dépasser les obstacles psychologiques (la fatigue, la dépression..) malgré la gonarthrose a montré : un score OSE moyen de $31,9/60 \pm 10,7$ [9-46].

- L'étude analytique a montré une corrélation négative entre la certitude des patients à dépasser les obstacles psychologiques (OSE) et l'estimation de la douleur par le patient ($p=0,07$ $r=-0,06$).

Tableau 1: relation du score OSE avec les paramètres épidémiologiques et cliniques

paramètre	P value
Sexe	0,85
Niveau éducatif	0,15
Statut professionnel	0,28
Le poids	0,68
Durée d'évolution	0,11
Activité physique	0,26
Traitement physique	0,46
Traitement médicamenteux	0,18

Conclusion :

La douleur semble associée mais inversement à la certitude personnelle pour dépasser les obstacles psychologiques et les craintes des patients. Ces constatations devront être appuyées par des études de plus larges effectifs.