

21^{ème} congrès de la Ligue Algérienne Anti-rhumatismale
04-05 et 06 Mai 2023. Hôtel El Aurassi
ABSTRACTS LAAR 2023

ATELIER

ATELIER 1

Microscopie optique dans les arthropathies microcristallines.

Bilal Bengana, Lefkir-Tafiani Salima

Service de rhumatologie, CHU Beni-Messous-Alger

Objectifs de l'atelier :

Connaitre le principe de la microscopie optique.

Connaitre l'intérêt dans l'usage de la microscopie dans les rhumatismes métaboliques.

Savoir réussir sa ponction articulaire pour isoler les microcristaux.

Savoir reconnaître les microcristaux d'urate de sodium.

Savoir reconnaître les microcristaux de pyrophosphate de calcium.

Contenu de l'atelier:

Partie théorique:

- Initiation à la microscopie optique
- Réglages du microscope
- Réalisation de la ponction intra-articulaire (matériel, étape de réalisation...)
- Interpretation des images optiques: diagnostic de la goutte, chondrocalicnose...

Partie pratique:

- Manipulation d'un microscope optique pour le diagnostic des maladies rhumatismales.
- Quelques exemples.

ATELIER 2

Principes Fondamentaux des études de survie : Conception et Analyse

S.Amrit, R. Talhi, A.Nebab.

Service d'Épidémiologie et de Médecine Préventive, CHU Bab El Oued, Alger.

Résumé :

Cet atelier a pour objectif de présenter les principes fondamentaux des études de survie (champs d'application, formulation des objectifs, schéma de l'étude et les biais) ainsi que les particularités de l'analyse statistique de ce type d'étude.

ATELIER 3

Aspects Méthodologiques et plan de recherche d'une Etude Clinique.

R. Talhi, S. Amrit, A.Nebab.

Service d'Épidémiologie et de Médecine Préventive, CHU Bab El Oued, Alger.

Résumé : Cet atelier a pour objectif de présenter la démarche méthodologique d'une étude clinique (en prenant l'exemple d'un essai Clinique Comparatif), notamment la détermination de la population d'étude ainsi que les critères de jugement unique et composite, le calcul du nombre de sujets nécessaire, la randomisation, l'insu simple et double, le plan expérimental parallèle, et croisé, l'analyse per protocole et l'analyse en intention de traiter.

ATELIER 4

Stratégies de recherche dans les études adaptées aux maladies rares et aux maladies à incubation longue.

S. Amrit, R. Talhi, A.Nebab.

Service d'Épidémiologie et de Médecine Préventive, CHU Bab El Oued, Alger.

Résumé : Cet atelier a pour objectif de présenter les stratégies de recherche des études analytiques de type cas témoins, notamment les maladies rares en précisant le principe, les avantages et les inconvénients, le choix des cas et des témoins et les mesures de la maladie et de l'exposition.

ATELIER 5

Grille STROBE pour lire et écrire une étude observationnelle

R.Talhi, S.Amrit, A.Nebab.

Service d'Épidémiologie et de Médecine Préventive, CHU Bab El Oued, Alger.

Résumé :

Cet atelier a pour objectif de présenter un outil méthodologique international pour l'écriture et la lecture critique d'une étude observationnelle avec un exemple d'application pratique sur la lecture critique d'un article original publié en utilisant la grille STROBE.

Atelier 6

TENS en rhumatologie. Pour qui, quand et comment ?

Belmouhoub

La stimulation nerveuse électrique transcutanée (TENS) est une intervention non pharmacologique qui active un réseau neuronal complexe pour réduire la douleur en activant les systèmes inhibiteurs descendants du système nerveux central afin de réduire l'hyperalgésie.

Après un exposé sur le mode de fonctionnement une séance ETP TENS pratico-pratique permettra de mieux appréhender l'utilisation de l'appareil.

ATELIER 7

Parcours du patient souffrant de polyarthrite rhumatoïde sous Actemra.

Hafida Rahmouni

Service de rhumatologie, CHU Douera- Alger

ATELIER 8

Cas cliniques sur les troubles du métabolisme phosphocalcique

F. Mechid-Hadjarab, N.Bahaz, C.Dahou-Makhloufi

Service de rhumatologie, CHU Mohamed Lamine Debaghine, Alger

Etablir un diagnostic étiologique d'une ostéopathie déminéralisante nécessite une bonne interprétation des anomalies du bilan phosphocalcique. C'est une situation fréquemment rencontrée par le clinicien, qui requiert une certaine démarche, reposant sur les mécanismes physiopathologiques.

Objectifs

- Rapporter quelques observations de patients présentant des anomalies du bilan phosphocalcique
- Discutez les éventualités diagnostiques

ATELIER 9

Quoi de neuf dans les maladies systémiques ?

Samy SLIMANI

Batna

Les maladies systémiques sont des maladies auto-immunes chroniques dont le chef de file est le lupus érythémateux systémique, sont au centre des préoccupations du rhumatologue car constituent encore un challenge diagnostique et surtout thérapeutique. Bien qu'elles soient relativement rares, leur prévalence est en constante augmentation et elles peuvent avoir des conséquences graves pour la santé et la qualité de vie des patients. Les traitements actuels visent souvent à atténuer les symptômes et à ralentir la progression de la maladie, mais il n'existe pas encore de traitement curatif pour la plupart de ces maladies. Les défis thérapeutiques dans le traitement des maladies systémiques résident en partie dans leur complexité et leur variabilité, ainsi que dans la difficulté à trouver des traitements spécifiques qui ciblent uniquement les cellules et les processus pathologiques sans affecter les cellules saines de l'organisme. Nous survolerons à travers cet exposé les principales avancées diagnostiques et thérapeutiques dans les affections systémiques de ces dernières années, à travers une revue de la littérature et une sélection de 10 travaux publiés percutants dans ce domaine

ATELIER 10

Gestion de la rémission sous Actemra

Hamida Guerboukha

Service de rhumatologie, CHU BeniMessous-Alger

FMC

FMC 1

Polyarthrite rhumatoïde: Quels risques cardio-vasculaires pulmonaires et osseux ?

Fadia Rahal

Service rhumatologie EHS Ben Aknoun Alger

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est un rhumatisme inflammatoire chronique d'origine auto-immune. Touchant 0,3% à 0,6% de la population adulte. Il s'agit du rhumatisme inflammatoire le plus fréquent. Il entraîne progressivement une destruction articulaire responsable de répercussions psychologiques, sociales et professionnelles, parfois importantes. En plus de l'atteinte articulaire, peuvent s'y associer à un certain nombre d'affections qui peuvent être liés à la PR elle-même, aux effets des traitements utilisés pour l'améliorer, ou bien l'apanage d'une coïncidence. Ces affections associées définissent les comorbidités qui entraînent non seulement une aggravation de la maladie, mais aussi une augmentation de la mortalité et des coûts.

En effet, la PR est associée à une réduction de l'espérance de vie de cinq à dix ans. Cette surmortalité est avant tout en rapport avec une augmentation des maladies cardiovasculaires, et le risque d'événements est au moins aussi important que celui des patients diabétiques et deux à trois fois plus élevé que dans la population non diabétique. D'autres comorbidités sont décrites au cours de la polyarthrite rhumatoïde tel que les cancers, les infections bactériennes, l'anémie chronique, l'ulcère gastroduodénal, la cataracte, l'ostéoporose et la dépression.

La prise en charge des comorbidités associées à la PR sont maintenant reconnus comme un problème majeur comme dans toute maladie chronique.

La recherche et la prise en charge de ces comorbidités vise à préserver voire améliorer la qualité de vie du patient et son espérance de vie ainsi pouvoir limiter les conséquences psychosociales.

FMC 2

Biomédicaments et grossesse

N.Bahaz, F.Mechid, C.Dahou-Makhloufi

Service de rhumatologie, CHU Bab El Oued

Les traitements biologiques ont considérablement changé le pronostic des patients atteints d'un rhumatisme inflammatoire chronique. Ce dernier peut affecter les femmes en âge de procréer.

L'objectif de cette conférence est de connaître les médicaments biologiques qui sont autorisés au cours de la grossesse et ceux qui ne sont indiqués selon les recommandations internationales ;

Connaitre le délai d'arrêt

FMC 3

Place du rhumatologue ds la prise en charge des douleurs chroniques pelvi-périnéales

Mohamed Abdessamed BELMOUHOB

Centre de la douleur Lyon -France

Les douleurs pelvi-périnéales chroniques sont fréquentes, invalidantes et méconnues. Elles sont le reflet de lésions parfois patentes mais souvent méconnues. Leur compréhension et donc leurs traitements imposent de connaître leur physiopathologie. Leur localisation particulière, leur innervation singulière induisent des présentations souvent protéiformes et souvent déconcertantes. Les spécialités concernées sont nombreuses (urologie, gastro entérologie, psychologie, algologie,

gynécologie, rhumatologie) et ont longtemps travaillé au sein de leur discipline avec leur prisme particulier pour améliorer leur compréhension.

Durant mon exposé j'insisterai sur les situations fréquemment rencontrés en rhumatologie

FMC 4

Les recommandations dans la prise en charge de l'arthrose.

A.Boukabous, B. Bengana, S.Lefkir-Tafiani

Service rhumatologie, CHU Béni Messous-Alger

L'arthrose est une maladie chronique de l'articulation, pas uniquement du cartilage qui constitue un problème majeur de santé publique à travers le monde vu ces répercussions majeurs sur le plan fonctionnel pouvant aller jusqu'à l'handicap.

Elle nécessite l'implication de plusieurs acteurs de la santé pour une prise en charge efficiente

Nous allons aborder les nouvelles recommandations pour une meilleure gestion de la maladie arthrosique dans la pratique courante et faire la part des choses entre ce qui est recommandé et ce qui est déconseillé.

CONFERENCE

C.01

Classification des maladies auto inflammatoires systémiques

Pr Isabelle Koné-Paut

Service de rhumatologie pédiatrique et CEREMAIA

Hôpital de Bicêtre

Université de Paris-Saclay

Les maladies autoinflammatoires (MAI) désignent un ensemble de pathologies reliées à une activation excessive/inappropriée de l'immunité innée. Les prototypes des MAI sont des maladies monogéniques rares affectant la fonction de protéines situées dans les monocytes/macrophages. La détection de signaux de danger par ces protéines induit une cascade d'activation entraînant une production excessive et dérégulée de cytokines pro-inflammatoires telles que l'interleukine (IL)-1, l'IL-18, le TNF- α , l'IL-6 et les interférons de type I et II. La Fièvre méditerranéenne familiale (FMF) est la référence historique des MAI. Avec le déficit en mévalonate kinase (MKD), le syndrome de déficit du récepteur 1 du TNF (TRAPS) et le syndrome de déficit en cryopyrine (CAPS), elle constitue le groupe prototypes des fièvres récurrentes héréditaires (FRH) qui sont des maladies liées à une sécrétion excessive d'interleukine 1. Avec l'avènement des techniques de séquençage à haut débit, NGS (next generation sequencing), whole exome et whole génome, l'identification de nouvelles maladies auto-inflammatoires monogéniques a augmenté de façon très rapide. Les conséquences fonctionnelles des mutations génétiques sont aujourd'hui mieux connues et ont permis de reconsidérer une classification prenant en compte plus leurs physiopathologies respectives que leurs seuls aspects cliniques. On compte aujourd'hui 7 groupes physiopathologiques de MAI : Les inflammasomopathies (FMF, MKD,CAPS) , les MAI liées à un défaut de repliement des protéines (TRAPS), les MAI liées à un défaut de régulation cytokinique (DIRA, DITRA), les interféronopathies

(AGS, SAVI), les rélopathies ou défauts de la voie NFκB (HA20), les déséquilibres de la balance macrophagiques M1/M2 (DADA2), les actinopathies (PFIT). Plus récemment un nouveau groupe de MAI monogéniques acquises à l'âge adulte du fait d'un clone myélodysplasique a été identifié avec le syndrome VEXAS.

C.02

Quelles stratégies d'immuno thérapies d'avenir dans les maladies auto-immunes ?

Jean Sibilia

Service rhumatologie CHU Hautepierre Strasbourg France

C.03

Ostéomyélite chronique récurrente multifocale (OCMR)

Pr Isabelle Koné-Paut

Service de rhumatologie pédiatrique et CEREMAIA

Hôpital de Bicêtre

Université de Paris-Saclay

L'ostéite récurrente multifocale (OCMR) est une maladie inflammatoire primitive des os qui touche préférentiellement les enfants âgés en médiane de 10 ans, avec une prédominance féminine (Sexe ratio G/F : 0.5). Sa cause n'est pas connue et notamment aucun lien direct n'a pu être établi avec une infection; la biopsie osseuse montre régulièrement un aspect d'ostéite chronique non spécifique. La base du diagnostic repose sur la reconnaissance de la douleur osseuse, dont le rythme est inflammatoire et peut s'accompagner parfois de gonflements localisés. La partie médiale de la clavicule et la mandibule sont des atteintes classiques (mais peu fréquentes), où le gonflement est particulièrement visible et peut amener à des explorations invasives. Les atteintes touchent prioritairement les membres inférieurs de façon symétrique et sans un interrogatoire et un examen approfondi, elles peuvent être considérées à tort pour des douleurs de croissance. La fièvre est présente dans environ 5% des cas. Le syndrome inflammatoire biologique est très variable, absent ou au contraire très marqué avec polynucléose, élévation de la CRP et de la VS. L'examen confirmatoire du diagnostic est l'IRM corps entier qui objective les foyers d'ostéite, plus nombreux que ceux occasionnant des signes cliniques. Les atteintes sont symétriques et associent aux atteintes métaphysaires, des atteintes diaphysaires (beaucoup plus rares), des signes inflammatoires au niveau des articulations adjacentes aux foyers d'ostéite et des atteintes des parties molles. Cet examen permet de révéler des atteintes du rachis asymptomatiques qui nécessitent une prise en charge thérapeutique spécifique. Les aspects IRM sont très typiques et ne nécessitent pas de faire de biopsie osseuse. Le traitement repose sur les antiinflammatoires non stéroïdiens, efficaces dans plus de 90% des cas. Les douleurs rebelles peuvent nécessiter l'emploi de biothérapies (anti TNF surtout) ou de biphosphonates

C.04

Les vascularites à ANCA : diagnostic et prise en charge

N.Brahimi-Mazouni

Service rhumatologie, EHS Ben Aknoun-Alger

C.05

Manifestations ostéo-articulaires de la sclérodermie systémique.

Naouel Khaldoun

Service de rhumatologie, EHS Ben aknoun-Alger

L'atteinte ostéo-articulaire constitue la manifestation clinique la plus fréquente de la sclérodermie systémique (ScS) après le phénomène de Raynaud.

Elle est représentée le plus souvent par la survenue d'arthralgies inflammatoires, moins fréquemment d'arthrites siégeant préférentiellement aux mains (articulations interphalangiennes et métacarpophalangiennes), aux poignets, et genoux. Elle est plus fréquente et plus sévère dans la forme cutanée diffuse.

L'atteinte tendineuse, précoce, par fibrose des gaines tendineuses et des aponévroses, peut se traduire par des crissements tendineux (crissement du cuir neuf), lors de la mobilisation des membres. Elle concerne principalement les poignets et les chevilles, et est caractéristique de la forme cutanée diffuse de la ScS.

La calcinose se caractérise par des dépôts de cristaux d'hydroxyapatite dans les tissus mous en sous-cutané apparaissent comme des amas nacrés au niveau des mains le plus souvent mais peut aussi concerner les pieds les avant-bras, les coudes, les genoux et les autres zones péri-articulaires.

Toutes ces manifestations n'engagent pas le pronostic vital comme l'atteinte pulmonaire ou cardiaque mais peuvent être responsables d'un handicap qui peut-être important.

C.06

Samy Slimani

Quoi de neuf dans les maladies systémiques

Batna

Les maladies systémiques sont des maladies auto-immunes chroniques dont le chef de file est le lupus érythémateux systémique, sont au centre des préoccupations du rhumatologue car constituent encore un challenge diagnostique et surtout thérapeutique. Bien qu'elles soient relativement rares, leur prévalence est en constante augmentation et elles peuvent avoir des conséquences graves pour la santé et la qualité de vie des patients. Les traitements actuels visent souvent à atténuer les symptômes et à ralentir la progression de la maladie, mais il n'existe pas encore de traitement curatif pour la plupart de ces maladies. Les défis thérapeutiques dans le traitement des maladies systémiques résident en partie dans leur complexité et leur variabilité, ainsi que dans la difficulté à trouver des traitements spécifiques qui ciblent uniquement les cellules et les processus pathologiques sans affecter les cellules saines de l'organisme. Nous survoleront à travers cet exposé les principales avancées diagnostiques et thérapeutiques dans les affections systémiques de ces dernières années, à travers une revue de la littérature et une sélection de 10 travaux publiés percutants dans ce domaine.

C.07

Les atteintes ostéo-articulaires au cours de certaines maladies systémiques complexes.

Yacine Benkaci

Louise Médical Center. Bruxelles BELGIQUE

C.08

Place de l'Etanercept dans le traitement des rhumatismes chez l'enfant et l'adulte.

Jean Sibilia

Service rhumatologie CHU Haute Pierre Strasbourg France

C.09

Prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde à l'ère des biologiques : Nouveaux Challenges ?

Chafia Dahou Makhoulfi

CHU Mohamed Lamine Debaghine , Bab El Oued

De nombreux progrès ont été réalisés dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde (PR), les DMARD, les produits biologiques et les petites molécules ont révolutionné le traitement (TRT) de cette affection au cours des deux dernières décennies.

Les recommandations internationales de prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde (PR) ont pour objectif optimal la rémission durable. Plusieurs travaux ont démontré le bénéfice de la rémission sur le plan structural, sur les symptômes de la maladie et son impact sur la qualité de vie du patient. Le développement de nouvelles stratégies thérapeutiques, le treat to target permettent actuellement d'obtenir une rémission maintenue sans DMARD avec des fréquences allant de 3,6 à 22%.

La rémission sans DMARD, état proche de la « guérison » de la PR, est aujourd'hui désormais un objectif réalisable chez certains patients permettant ainsi de réduire les effets secondaires des différents traitements et le coût des biologiques. Des facteurs prédictifs de la rémission maintenue ont été décrits, comme l'introduction précoce des DMARD, la durée prolongée de la rémission avant le sevrage médicamenteux, l'activité plus faible de la maladie au moment de l'arrêt du TRT, l'utilisation du méthotrexate et l'absence de signal Power Doppler à l'échographie.

Cependant, malgré tous les progrès réalisés, 40 à 44 % des patients atteints de PR ne répondent pas aux différentes stratégies thérapeutiques en raison d'un manque d'efficacité nécessitant un traitement alternatif. C'est pourquoi un changement de paradigme vers de nouvelles thérapies dirigées par la biologie synoviale est essentiel. Pour cela, une meilleure compréhension de l'hétérogénéité fonctionnelle des cellules impliquées tels que les fibroblastes et les cellules myéloïdes est une condition préalable.

C.10

Sacro-iliaques : de la normale au pathologique

A.Abi Ayad

Service rhumatologie HCA, Ain naadja , Kouba-Alger

C.11

Spondyloarthrite axiale et défis diagnostiques : surdiagnostic, Diagnostic erroné et sous-diagnostic

S.Haid

Service de rhumatologie, EHS Ben Aknoun-Alger

Les spondyloarthrites représentent un enjeu diagnostique pour le clinicien. Actuellement un retard de diagnostic de huit ans en moyenne est rapporté entre les premiers symptômes et le diagnostic établi. Ce retard de diagnostic a des conséquences pour le patient et en termes d'évolution potentiellement plus péjorative de la maladie et donc des conséquences socioéconomiques. Ce retard induit également un délai dans la prise en charge thérapeutique. Les raisons de ce retard tiennent essentiellement à la difficulté d'un diagnostic précoce du fait de la nécessité de remaniements radiographiques francs (donc tardifs) dans les critères anciens de classification.

Les nouveaux critères sont susceptibles de permettre une classification plus précoce et d'envisager le cadre des formes non radiographiques de spondyloarthrite axiale. Il peut paraître disproportionné de plaider en faveur d'un diagnostic précoce dans une maladie chronique susceptible d'évoluer sur plusieurs décennies. Il existe pourtant de nombreux arguments en faveur d'une telle démarche : L'intérêt d'un diagnostic précoce est justifié par la nécessité d'améliorer la prise en charge.

Au cours des dernières années, d'importants progrès ont été réalisés dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des spondyloarthrites qui rendent possible un diagnostic précoce et offrent l'espoir de contrôler l'inflammation, de réduire l'incapacité fonctionnelle, et d'améliorer la qualité de vie. Ces progrès concernent essentiellement l'utilisation de l'IRM des sacroiliaques (SI) et du rachis, l'échographie doppler et le recours aux agents anti-TNF alpha. Ces agents anti-TNF permettent en plus du contrôle de l'activité de la maladie, d'obtenir la régression des lésions inflammatoires infra radiologiques y compris au stade de spondylarthrite indifférenciée. Par ailleurs, au stade de maladie constituée, les anti-TNF sont certes capables de réduire l'inflammation, et cependant une action sur la progression structurale.

En ce sens, la prise en charge précoce des spondylarthrites est devenue un vrai défi. Ainsi, une nouvelle approche diagnostique associant des critères cliniques, biologiques et d'imageries a été développée

Cependant, la démarche légitime d'un diagnostic plus précoce ne doit pas faire tomber dans le piège d'un diagnostic erroné par excès qui peut être tout autant préjudiciable qu'un retard diagnostique, pour le patient, son entourage et la société, avec éventuellement instauration d'un traitement anti-TNF en cas de réponse insuffisante aux anti-inflammatoires non stéroïdiens. Cette dualité doit être présente à l'esprit tout au long de la démarche.

L'objectif de ce travail est de faire le point sur les outils d'aide au diagnostic de la spondyloarthrite, à travers une revue exhaustive de la littérature. Dans ce travail nous abordons l'intérêt des critères et des différents outils actuellement disponibles pour le diagnostic d'une spondyloarthrite

C.12

Le rhumatisme psoriasique axial : quelle définition ? Quelle prise en charge ?

A.Haddouche

Service de rhumatologie, EHS Ben Aknoun-Alger

Le rhumatisme psoriasique (RP) est une maladie musculo-squelettique hétérogène, chronique et inflammatoire qui peut entraîner des lésions périphériques et axiales. Les spondyloarthrites (SpA) sont classées en SpA axiales radiographiques ou non radiographiques et en SpA périphériques articulaire ou enthésitique, elles peuvent être associée à une atteinte extra-articulaire comme le psoriasis. L'atteinte axiale du RP diffère-t-elle de l'atteinte axiale des SpA associée au psoriasis ? Quelles sont ses manifestations cliniques et ses caractéristiques en imagerie et surtout quelles sont les thérapeutiques efficaces ?

C.13

La chirurgie du rachis dans les spondyloarthrites

Y. Naceri, S.Azzouz, A.Ouahmed

Service d'orthopédie, Hôpital Bouchaoui, Staouéli

La spondylarthrite ankylosante entraîne un déséquilibre antérieur, responsable de la perte de l'horizon. Le but de la chirurgie dans ces cas est de corriger ce déséquilibre antérieur, en essayant de rétablir l'équilibre sagittal idéal du patient, qu'on calcul en préopératoire à partir de différents

paramètres pelviens et rachidiens, en se basant sur le paramètre anatomique qui est l'incidence pelvienne.

Notre série comprend 9 patients, 8 hommes pour une femme, tous atteints de SPA, dont 5 étaient sous anti-TNF α , la moyenne d'âge des patients était de 41,6 ans.

Les critères d'évaluation sont l'EVA et le score d'OSWESTRY.

Nous avons réalisé une ostéotomie transpédiculaire pour tous les patients, pour corriger la lordose lombaire avec un gain moyen de 28,5° et un recul moyen de 3,4 ans.

Les résultats sont jugés satisfaisants vu l'amélioration considérable des scores d'EVA et de l'ODI

C.14

Les sacro-illites

JD. Laredo

Service radiologie ostéo-articulaire

Hôpital Lariboisière – Paris -France

C.15

Goutte et risqué cardio-vasculaire

Thomas Bardin

Service Rhumatologie Centre VIGGO Petersen CHU Lariboisière Paris France

D'assez nombreuses études permettent d'affirmer que la goutte est associée à un risque de mortalité cardiovasculaire précoce, qui reste d'ailleurs inchangé au fil du temps, alors qu'il a considérablement diminué dans la polyarthrite rhumatoïde.

Les comorbidités de la goutte, en particulier le syndrome métabolique (obésité, diabète de type 2, hypertension artérielle, dyslipidémies) et l'insuffisance rénale expliquent en partie cette surmortalité. Ces comorbidités doivent être dépistées et soigneusement traitées chez le goutteux.

Mais la prise en compte de ces comorbidités par des analyses multivariées ne fait pas disparaître le sur risque, si bien que l'on admet que la goutte en elle-même est un facteur de risque cardiovasculaire indépendant, qui a été trouvé aussi important que le diabète dans une étude. Ce risque augmente avec la sévérité de la goutte. Il semble diminué chez les goutteux dont l'uricémie est maintenue à la cible par le traitement hypouricémiant, même si les études consacrées au sujet portent sur des cohortes rétrospectives ne permettant pas de conclusions certaines.

Parmi les mécanismes de cette surmortalité, le rôle des anti-inflammatoires pris au moment des crises peut être évoqué, de même que les précipitations d'urate de sodium dans les médullaires rénales, qui sont source d'une insuffisance rénale directement liée à la goutte. L'hyperuricémie a été un candidat très populaire, du fait de son association à l'hypertension artérielle, à l'insuffisance rénale et aux maladies cardiaques, qui ont été mises en évidence dans de nombreuses cohortes.

Mais cette hypothèse semble actuellement peu probable, du fait des résultats négatifs des études de randomisation Mendélienne, qui n'ont dans l'ensemble pas mis en évidence de lien de causalité entre hyperuricémie et maladies cardio-vasculaires ou rénales. De même les hypouricémiants, en particulier l'allopurinol, ne semblent pas susceptibles d'influer sur les maladies cardiaques ou l'insuffisance rénale, fréquemment associées à l'hyperuricémie asymptomatique. Les études récentes de grande ampleur n'ont pas mis en évidence d'effet bénéfique de l'allopurinol sur la fonction rénale ou les cardiopathies ischémiques. En ce qui concerne l'hypertension artérielle, seules les rares hypertensions primitives de l'adolescent, très fortement associées à l'hyperuricémie (et à l'obésité), sont corrigées par les hypouricémiants, qui n'ont pas d'effet chez l'adulte.

La présence de cristaux d'urate monosodique dans les plaques d'athérome a été mise en évidence par une étude anatomique, sans étude de la nature précise des cristaux visualisés (qui pourraient

être du cholestérol), et par des études utilisant le scanner double énergie. Mais ces études sont contredites par d'autres, si bien qu'on ne peut actuellement conclure.

L'inflammation est de longue date soupçonnée de jouer un rôle le risque cardiovasculaire de la goutte, à l'instar d'autres maladies inflammatoires comme la polyarthrite rhumatoïde ou le rhumatisme psoriasique. Une grande étude anglaise vient de le confirmer, en montrant que les accidents vasculaires (infarctus du myocarde et accidents vasculaires cérébraux) étaient temporellement liés aux crises de goutte, avec un risque accru de survenue au cours des crises et dans les 120 jours qui suivent. Le mécanisme en serait une déstabilisation des plaques d'athérome au cours de l'inflammation aiguë, due au stress oxydatif et à l'afflux de polynucléaires que cette inflammation entraîne.

En conclusion, la goutte est un facteur de risque cardiovasculaire indépendant, et expose à des accidents cardiovasculaires sévères au cours et au décours des crises aiguës. Les comorbidités de la goutte aggravent ce risque et doivent être soigneusement prises en charge. Surtout le traitement hypouricémiant bien conduit, avec vérification de l'obtention d'une cible d'urémie < 399 micromoles/l doit être instauré tôt, et poursuivi au long cours, car il permet la dissolution des dépôts uratiques et fait disparaître les crises de gouttes. Il devrait donc avoir un effet favorable sur le risque cardiovasculaire. Tout cela doit être bien expliqué au patient, ce qui devrait augmenter son adhésion au traitement hypouricémiant au long cours, qui est actuellement une cause importante de ses échecs.

C.16

Gouttes enzymopathiques

Thomas Bardin

Service Rhumatologie Centre VIGGO Petersen CHU Lariboisière Paris

Un certain nombre de mutations d'enzymes impliquées dans le métabolisme de l'acide urique conduisent à une hyperuricémie importante dès la naissance et à une goutte à début précoce, familiale et sévère, en l'absence de traitement. Ces gouttes enzymopathiques sont rares mais doivent être évoquées devant une goutte juvénile.

Déficit en HGPRT

La goutte enzymopathique la moins rare et la plus connue est le syndrome de Lesh et Hyhan lié à un déficit en HGPRT (hypoxanthine guanosine phosphoribosyl transférase), enzyme qui permet de recycler dans la synthèse des purines l'hypoxanthine, dont une partie n'est ainsi normalement pas catalysée en acide urique. De nombreuses mutations ont été décrites, qui diminuent de façon variable l'activité de l'enzyme. Le gène de l'HGPRT est situé sur le chromosome X et la maladie touche essentiellement les garçons, les filles ne pouvant être atteintes que si leurs 2 gènes sont mutés, ce qui est tout à fait exceptionnel. L'hyperuricémie, néonatale, est très importante, due à une hyperproduction d'acide urique, avec hyperuricurie majeure. La lithiase urique inaugure généralement la scène dès la petite enfance, et peut exceptionnellement être responsable d'insuffisance rénale aigue par blocage des voies excrétrices des 2 reins. La goutte débute plus tard, dans l'adolescence ou à l'âge adulte jeune, ce qui est dû au caractère lent de la cristallisation de l'urate de sodium. C'est une goutte sévère, rapidement tophacée. L'allopurinol est efficace par son mécanisme d'action principal, l'inhibition de la xanthine oxydase, mais perd son deuxième mécanisme d'action d'inhibition de la synthèse des purines, qui requiert la présence de l'enzyme permettant la formation par l'HGPRT de nucléotides d'allopurinol, capables d'inhiber la

phosphoribosyl transférase, qui catalyse la première étape de la purinosynthèse *de novo*. L'efficacité du fébuxostat n'est en revanche pas modifiée, mais des doses supratherapeutiques peuvent être nécessaires. L'augmentation de la xanthine par inhibition de la xanthine oxydase peut ici être considérable et induire une lithiase xanthinique, malgré le caractère très soluble de la xanthine. Des dépôts de xanthine peuvent aussi être observés par l'échographie ou le scanner double énergie dans la médullaire rénale.

Les déficits en xanthine oxydase donnent aussi des signes neurologiques dont l'importance est parallèle à la diminution de l'activité de l'enzyme. Les tableaux les plus sévères associent une démence et des automutilations des doigts ou des lèvres, correspondant à des déficits enzymatiques très sévères. Le plus souvent les troubles sont plus limités, avec conservation des fonctions supérieures, mais incluant une dystonie, une dysarthrie, et un syndrome pyramidal.

Hyperactivité de la phosphoribosyl transférase (PPRT)

L'hyperactivité de la PPRT est responsable d'une hyperuricémie néonatale qui touche le plus souvent un garçon, mais peut aussi être observée chez les filles. Le gène est situé sur le chromosome X, mais un seul gène muté suffit à augmenter l'activité de l'enzyme. Récemment l'hyperactivité de l'enzyme a été expliquée dans une famille par une perte de la freination par l'ADP, qui régule normalement l'activité de l'enzyme. Cette anomalie est extrêmement rare et n'a été décrite que dans moins de 20 familles dans le monde. Elle se traduit par une lithiase urique précoce et une goutte juvénile sévère, familiale. Le signe neurologique le plus souvent associé est une surdité.

Déficit en lactodeshydrog nase D (LDHD)

Cette troisième enzymopathie est de description récente. L'isomère D du lactate est normalement absent du sérum humain, car il est produit en très petite quantité et rapidement dégradé par la D-lactates déshydrogénase. L'inactivité de l'enzyme liée à la mutation de son g ne induit une hyperlactacidémie D, source d'une hyperuricémie par échange du D-lactate sanguin avec l'urate urinaire sous l'effet du transporteur URAT1. Contrairement aux deux enzymopathies précédentes, il s'agit d'un défaut d'excrétion de l'acide urique et non d'une hyperproduction. Le déficit en LDHD n'induit pas d'hyperuraturie ni de lithiase urique, mais une hyperuricémie congénitale et une goutte familiale juvénile sévère mais contrôlable par les inhibiteurs de la xanthine oxydase. Non traitée, la goutte est tophacée et destructrice et peut même se compliquer d'acidose lactique D. Quatre familles (avec 4 mutations différentes) ont été à ce jour décrites, la première chez des bédouins consanguins, les trois autres dans une publication personnelle comprenant une famille vietnamienne, une famille mélanésienne, et un jeune algérien vivant à Paris, dont la famille n'a pu être explorée. La transmission est autosomique récessive. Les filles sont autant touchées que les garçons. La recherche systématique de cette étiologie n'a été positive qu'une fois parmi 90 gouttes juvéniles que nous avons testées. Fait important le D-lactate est mesurable dans l'urine par méthode immunoenzymatique et son élévation a une grande valeur diagnostique.

C.17

Ostéoporose post cortisonique : qui, quand et comment traiter ?

C.Haouichat

Service de rhumatologie, CHU de Douera

Les corticoïdes sont des médicaments efficaces qui représentent, malgré leurs risques, une alternative tout à fait raisonnable à d'autres traitements non dénués de risques chez les patients âgés et présentant des comorbidités.

Pour les pathologies rhumatismales douloureuses et handicapantes, les corticoïdes deviennent le plus souvent une arme thérapeutique disponible et facilement accessible face à un arsenal thérapeutique très réduit voir absent.

L'ostéoporose cortico induite est la première cause des ostéoporoses secondaires et la plus fréquente des ostéoporoses de l'adulte jeune.

Elle est certainement un risque majeur et précoce d'une corticothérapie à peine prolongée. Sa fréquence est élevée et elle peut être responsable d'une morbidité importante, voire d'une mortalité, avec une altération de la qualité de vie et des coûts économiques et sociaux loin d'être négligeables.

Cependant, de nos jours il existe des recommandations à prendre en considération par les médecins prescripteurs et des traitements prophylactiques adaptés et efficaces dont peuvent bénéficier les patients devant recevoir ou recevant déjà une corticothérapie au long cours.

C.18

Prise en charge de l'ostéoporose de l'enfant

Manel El Rakaoui, C.Haouichat

Service de rhumatologie CHU Douera- Alger

L'ostéoporose est définie chez l'adulte comme une masse osseuse basse et une détérioration de la microarchitecture associée à un risque élevé de fracture de fragilité. Chez l'enfant il est inapproprié de parler de détérioration car la fragilité osseuse de l'ostéoporose de l'enfant est plus le résultat d'un défaut de développement de la microarchitecture durant la croissance. D'autre part la faible masse osseuse seule n'est pas considérée comme un facteur prédictif du risque fracturaire. Le diagnostic d'ostéoporose chez l'enfant est basé sur la présence de faible masse osseuse et l'antécédent de fracture de fragilité.

Chez l'enfant, l'ostéogénèse imparfaite est la plus fréquente des ostéoporoses primitives, l'ostéoporose secondaire est souvent multifactorielles en rapport avec des maladies fragilisantes et leurs traitements, notamment une corticothérapie.

L'évaluation des paramètres du métabolisme basique de l'os : la calcémie /calciurie /phosphatémie, le dosage de la vitamine D/la parathormone (PTH) sont très utiles pour le diagnostic étiologique.

La mesure de la densité minérale osseuse (DMO) est la méthode de référence pour le diagnostic de l'ostéoporose chez les enfants, cependant il existe des différences essentielles dans la réalisation et l'interprétation de la DXA chez les enfants, le choix du site de mesure, la densité minérale osseuse varie en fonction de l'âge de la taille, du stade pubertaire, du sexe et de l'origine ethnique. La DMO est indiqué chez les enfants présentant un risque de fragilité osseuse secondaire et avant d'instaurer un traitement médical. La valeur de Z-SCORE inférieure à - 2 est considérée comme seuil mais un Z-score bas ne peut être considéré comme ostéoporose que si l'enfant présente une ou plusieurs fractures de fragilité, notamment une fracture vertébrale est considéré comme fracture ostéoporotique quelle que soit la valeur de la DMO et/ ou des fractures des os longs cliniquement significatives.

Les bisphosphonates par voie intraveineuse constituent le traitement de référence de l'ostéoporose de l'enfant, la prise en charge est multidisciplinaire.

C.19

La vitamine D dans la pratique quotidienne

S.Benedjema

Service rhumatologie, Hôpital central de l'arme, Kouba

Le déficit en vitamine D est fréquent et sous-diagnostiqué au niveau mondial, en raison des rôles physiologiques de la vitamine D, de ses effets osseux et non osseux, les indications du dosage, les besoins et la supplémentation en cette vitamine font l'objet de plusieurs études et débats scientifiques.

La tendance actuelle est de fixer le taux optimum de 25(OH)D à 75 nmol/L (30ng/ml), nous illustrons à travers cette conférence intitulé la vitamine D dans la pratique quotidienne un rappel sur le métabolisme de la vitamine D, le dépistage du déficit et en fin établir les règles de la prescription de cette vitamine en milieu réel.

Mots clés : Vitamine D. Hypovitaminose. Supplémentation. Recommandations.

C.20

Séquences thérapeutiques dans l'ostéoporose post-ménopausique.

Pr Pierre Lafforgue

Assistance-Publique Hôpitaux de Marseille.

On vit de plus en plus vieux et de mieux en mieux, la stratégie du traitement de l'ostéoporose (OP) doit donc s'envisager sur une longue durée, en tenant compte des risques de traiter trop (effets indésirables) ou pas assez (fractures).

Le choix du premier traitement est déterminant pour la suite : traitement hormonal de la ménopause, raloxifène, bisphosphonate oral ou IV, denosumab, tériparatide. Ayant tenu compte des contraindications de chacun, en cas d'OP bénigne (non fracturaire), chez une femme jeune, on peut conseiller le THM, le RLX ou un BP oral. En cas d'OP « moyenne », ce sera le plus souvent un BP oral. En cas d'OP sévère (fractures multiples, DMO très basse), on proposera Zol IV, le TPT, ou le Den. Il faudra ensuite réévaluer au bout de 2-3 ans et/ou en fin de séquence (5-6 ans pour un BP, 18 à 24 mois pour TPT, non limitée pour THM, RLX ou den).

Ensuite on aura le choix entre pause thérapeutique, poursuite du même traitement ou changement de traitement : il est indispensable pour cela de connaître ce qu'il en est de l'évolution à l'arrêt ou en cas de poursuite au long cours de chaque molécule. Certaines molécules ont une longue durée d'action après arrêt (traitements dits rémanents) : ce sont l'alendronate et Zol. Pour RLX, Den et TPT, le gain de DMO est très rapidement perdu avec même risque de cascade fracturaire après l'arrêt pour le Den : l'arrêt de ces molécules doit obligatoirement être suivi d'un autre traitement. La situation du risédronate est intermédiaire.

Si la cible thérapeutique est atteinte (pas de nouvelle fracture, T-score à la hanche > à -2.5 voire -2 DS), on peut envisager une interruption de traitement (avec consolidation pour les traitements non rémanents) avec suivi annuel. Si la cible thérapeutique n'est pas atteinte, il y a peu attendre de poursuivre un BP au-delà de 5-6 ans, et on pourra switcher pour Den.

Certaines séquences thérapeutiques sont moins favorables : le TPT après un BP est possible mais sera moins efficace, le TPT après Den est à éviter formellement (emballement du remodelage et cascade fracturaire).

Dans tous les cas, le pré-requis est un apport suffisant en calcium et vitamine D et de s'assurer de la bonne adhérence pendant toute la durée du traitement.

Abréviations : BP : bisphosphonate, Den : denosumab, OP : ostéoporose, RLX: raloxifène, THM: traitement hormonal de la ménopause, TPT : tériparatide, Zol : ac zoledronique

C.21

La main rhumatoïde ne pas attendre pour intervenir.

M.Yakoubi

Service d'orthopédie, CHU Ben aknoun-Alger

The advent of biotherapies to treat rheumatoid arthritis has profoundly changed the course of the disease. Sometimes it is often aggressive and particularly destructive for the osteo-articular apparatus and soft tissues, especially in the hand. In rheumatoid arthritis, hand involvement is almost systematic (90% of cases): it can affect all anatomical structures with very variable degrees of severity. The therapeutic advances of the last 20 years have almost eliminated very advanced forms. But unfortunately this notion does not concern all the so-called developing countries where we always see the forms of historical deformation, especially since the pathology affects young subjects between 35 and 55 years old [1]. In the follow-up of a rheumatoid hand, a surgical opinion should be requested if there is any doubt of a tendon threat or significant joint damage. However, do not wait until the tendon rupture or carpal misalignment is established before taking a surgical opinion, because the proposed intervention will then be much less effective, heavier and a source of residual sequelae. In the analysis of the rheumatoid hand, there is an order of priority which is done from proximal to distal. The wrist is the first joint to analyze and take charge of. This analysis is done in four sectors: the extensors, the distal radio-ulnar (RUD), the radio-carpal, the flexors. It is in this context that the surgeon intervenes to restore function and provide comfort. The first saving gesture is to make the widest possible synovectomy, thus dismantling the main source in the destructive course of the disease. Technical progress has made it possible to re-orient the wrist and digital channels. MP arthroplasties put these joints in a useful area of mobility. The correction of swan neck deformations must be early. The arthrodesis of the thumb MP is also a winning operation to strengthen the pollicar forceps. Note that the surgical treatment of severe forms is very complex, and that the functional results are less encouraging. It is through better collaboration between the medical and surgical teams that the operative indications will be brought at the best time. The management of the rheumatoid hand must be early and multidisciplinary. It requires regular reassessment in order to optimize treatment and avoid disability, a source of disability. The major therapeutic advances of the last 20 years have fortunately made the very debilitating forms much rarer and that the least developed countries must be helped in this direction.

Bibliography

1. Guillemin F., et al. "Prevalence of rheumatoid arthritis in France: 2001". Annals of the Rheumatic Diseases 64 (2005): 1427-1430.

C.22

Forage biopsique et greffe spongieuse pour ostéonécrose de la tête fémorale avec un ancillaire spécifique.

S.H. Amouri

Service d'orthopédie, CHU Ben aknoun-Alger

Objectifs :

Evaluer les résultats de la prise en charge des ostéonécroses de la tête fémorale par forage biopsique et greffe spongieuse à l'aide d'un ancillaire de mosaïcoplastie.

Matériels et méthodes :

Nous avons réalisé une étude prospective sur 12 patients et 17 hanches présentant une ostéonécrose de la tête fémorale au stade I à et II de Ficat, pour lesquelles un forage biopsique a été

réalisé et une greffe spongieuse prélevée localement du grand trochanter à l'aide de trocarts utilisés habituellement lors des mosaïcoplastie. Resultats :

Nous avons évalué les résultats fonctionnels et radiologiques ainsi que les complications et les échecs.

Nous avons constaté une diminution de la douleur chez tous les patients une amélioration des scores fonctionnels (Harris Hip Score et PMA) pour 9 patients sur 12 à 26 mois de recul; Une patiente a nécessité une arthroplastie totale une année après. Aucune fracture, infection ou autre complication ne fut enregistrée.

Conclusion :

Le forage biopsique avec greffe spongieuse locale reste une indication de choix pour les ostéonécroses de la tête fémoral au stade précoce

C.23

La chirurgie prothétique de la hanche chez le sujet jeune de moins de 18 ans porteur de coxite.

L. Ait El Hadj

Service d'orthopédie, CHU Ben aknoun-Alger

C.24

La maladie de Kienbock dans tous ses états

M.Rahem

Service de chirurgie orthopédique « A » HCA- Alger

La maladie de Kienbock est une maladie très célèbre, mais mystérieuse. Bien que plus de 100ans se soient écoulés depuis la découverte de cette maladie par le Dr Robert Kienbock, l'étiopathogenie de la nécrose du lunatum est encore inconnue.

La maladie de Kienbock reste une maladie mystérieuse en dehors des cas post-traumatiques.

La littérature est très importante sur ce sujet montre qu'il est très difficile d'évaluer l'efficacité des différentes méthodes de traitements.

L'objectif de cette conférence est de présenter cette pathologie du diagnostic jusqu'aux traitements actuelles.

COMMUNICATION ORALE

O.01

Association du phénomène de Raynaud aux anomalies capillaroscopiques au cours des connectivites indifférenciées

A.Remilaoui

Service de Rhumatologie, CHU Bab El Oued, Alger.

Introduction

La capillaroscopie péri-unguëale (CPU) est un outil simple permettant la visualisation et l'analyse de la microcirculation sanguine. La principale indication est le phénomène de Raynaud (PR) secondaire. Actuellement, les indications de la CPU sont de plus en plus larges s'étendant aux autres

connectivites, ainsi qu'à de nombreuses pathologies générales. Son apport dans les connectivites indifférenciées est en cours d'évaluation. L'objectif de notre travail est de rechercher une éventuelle association entre le phénomène de Raynaud et les microangiopathies non spécifiques au cours des connectivites indifférenciées.

Patients et méthodes

Étude descriptive, monocentrique, incluant des patients ayant une connectivite indifférenciée répondant aux critères de classification de Danieli et al et/ou de Mosca et al. Nous avons relevé les données démographiques. Les microangiopathies organiques non spécifiques (MONS) ont été répertoriées en fonction de la présence ou non du PR.

Résultats

Soixante-deux patients ont été inclus dans ce travail, dont 77 % étaient des femmes. L'âge moyen était de 44 ans (extrêmes : 16–70). Le PR était présent chez 56,45 % des patients. Une MONS a été retrouvée chez 67,7 % des cas. Parmi les patients ayant un PR, 82,85 % avaient une MONS versus 48,14 % sans PR avec une différence statistiquement significative ($p < 8 \times 10^{-3}$). Les dystrophies majeures étaient présentes chez 65,71 % des patients avec PR et 18,51 % des patients sans PR avec une différence significative ($p < 5 \times 10^{-3}$). En revanche, il n'a pas été retrouvé d'association entre le PR et les dystrophies mineures.

Conclusion

À travers cette étude, nous avons constaté une fréquence élevée du phénomène de Raynaud au cours des connectivites indifférenciées. Une association positive a été retrouvée entre le phénomène de Raynaud et la présence de microangiopathies non spécifiques. Cette dernière est constituée essentiellement de dystrophies majeures.

O.02

Profil épidémiologique des connectivites parmi les PID : à propos de 150 cas :

« Travail sous l'égide de la société algérienne de pneumologie »

A.Kadi, A.Kheliouen, D.Benhables, FZ.Lalami, AR.Bellal, D. El hadef, M.Gharnaout

Université d'Alger 1, CHU Beni messous service de pneumo-physiologie et d'allergologie A

Depuis ces dernières années, la fréquence et la demande en soin pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique des pneumopathies infiltrantes diffuses (PID) est en augmentation croissante, en effet les pneumopathies infiltrantes diffuses (PID) comprennent plus de 200 affections. Les connectivites sont des maladies auto-immunes non spécifiques d'organes, elles entraînent des modifications anatomopathologiques du tissu conjonctif.

L'objectif de cette étude : décrire le profil épidémiologique des patients présentant une connectivite.

Méthodes : étude descriptive transversale et prospective réalisée chez des patients atteints de PID recrutés au niveau du service pneumologie A.

Résultats : 150 cas de PID ont été colligés :

- PID connue chez 49 patients soit 32 % des cas.
- PID idiopathique chez 39 patients soit 26 % des cas.
- PID d'origine sarcoïdique chez 43 patients 29 % des cas.
- PID de forme particulière chez 07 patients soit 5 % des cas.
- PID inclassable chez 12 patients soit 8 % des cas

Les connectivites représentées 32 cas (22 %) avec un syndrome de Gougerot Sjögren chez 11 patients, Sclérodemie chez 7 patients, Connectivite mixte chez 2 patients, polyarthrite rhumatoïde chez 3 patients, Lupus érythémateux disséminé chez 2 patients, connectivites indifférenciées (CI) : (IPAF= Interstitial Pneumonia with auto-immun Features chez 06 patients et dermatopolymyosite chez 01 patiente. Tous les malades ont reçu comme traitement des corticoïdes.

Conclusion :

maladie systémique du tissu conjonctif, l'atteinte pulmonaire est fréquente et peut conditionner le pronostic. Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments clinique, biologique, radiologique, anatomopathologique. Le traitement corticoïde est la référence. L'évolution favorable est observée dans la plupart des cas.

O.03

L'apport de la capillaroscopie péri-unguéale dans les maladies auto-immunes.

S. Oudrar, D. Si Ahmed; D. Ould Slimane; K. Bouslimani; A. Agraniou ; H. Ghaoui; F.Otmani; F. Bouali.
Service de Médecine Interne, CHU Mustapha Bacha, Alger.

Université Benyoucef Benkhedda Alger 1, Faculté de Médecine d'Alger

Introduction

L'intérêt de la capillaroscopie péri-unguéale dans l'exploration du phénomène de Raynaud (PR), et dans l'approche diagnostique des connectivites n'est plus à démontrer. Son rôle dans le diagnostic de la sclérodermie systémique (ScS) a conduit à son inclusion dans les critères de classification récents de la maladie.

Objectifs

Déterminer les différents profils capillaroscopiques retrouvés au cours des connectivites et la valeur diagnostique de la CPU particulièrement au cours de la ScS.

Patients et Méthodes

Etude rétrospective ayant porté sur 572 CPU pratiquées durant une période de 4 ans.

Cent dix CPU ont été exclues: images non exploitables.

L'analyse a porté sur le diamètre des anses capillaires, la disposition architecturale, l'espace péri-capillaire et la présence de zones avasculaires.

Ces anomalies ont été classées en microangiopathies organiques spécifiques et non spécifiques, en troubles fonctionnels et en profil normal.

Résultats

Quatre cent soixante-deux patients (378 femmes et 84 hommes) ont été inclus. Leur âge moyen était de 47,8 ans. Une microangiopathie organique spécifique ou paysage sclérodermique (PS) était retrouvée chez 109 patients(23,6%), une microangiopathie non spécifique (MAONS) chez 161 patients(34,84%), des troubles fonctionnels chez 24 patients(5,2%), et un profil normal était noté chez 168 patients(36,36%).

Parmi les patients avec PS, 89 avaient une ScS, 13 une dermatomyosite, et 7 patients avaient une connectivite mixte.

Discussion

Le paysage sclérodermique (PS) a une grande valeur prédictive pour la ScS, elle est retrouvée chez 81, 65 % des patients avec PS. Toutefois, il peut être rencontré dans les syndromes dits apparentés telles que la dermatomyosite ou les connectivites mixtes.

Dans notre série, la CPU a permis le diagnostic de ScS dans sa forme précoce chez 19 patients.

Conclusion

La CPU est un outil incontournable dans le bilan initial d'un PR, et dans la prise en charge diagnostique de la ScS ou du spectre des sclérodermies, notamment dans le diagnostic précoce de la maladie.

O.04

Les vascularites à ANCA : Aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs

M.H Bestaoui, F. Baiche, S Zatla, Z. Bensaoula, I Rais, S Tchenar, A. Lounici

Service de médecine interne - CHU Tlemcen

Laboratoire de recherche sur le diabète – Faculté de médecine Tlemcen

Objectif

L'objectif de notre étude est de décrire les particularités cliniques, biologiques, radiologiques, thérapeutiques et évolutives des vascularites à ANCA.

Patients Et Methodes

Etude descriptive transversale sur une série de vascularite à ANCA entre 2011 et 2022. Le diagnostic est porté sur les éléments cliniques selon la classification Chapel Hill 2012 et les critères ACR.

Resultats

Nous avons colligés 16 patients avec un âge moyen de 49,6 ans et une prédominance masculine (62,5%). Il s'agit de 8 Granulomatoses avec polyangeite (GPA), 6 granulomatoses eosinophiliques avec polyangeite (GEPA) et 2 polyangeites microscopiques (PAM).

Au cours de la **GPA**, on retrouve : l'altération de l'état général (AEG) et l'atteinte pulmonaires (75%) avec infiltrats (50%), excavation ou nodules (37,5%). L'atteinte rénale glomérulaire avec hématurie et proteinurie (75%) et une IRC (37,5%). L'atteinte ORL (75%) avec sinusite et croutes (62,5%), obstruction nasale, rhinorrhée et enselure nasale (50%), dysphonie et surdité de transmission (37,5%), sténose sous glottique (25%).

L'atteinte oculaire (62,5 %) avec episclérite (25%) ; arthralgies et HTA (50%) ; purpura vasculaire, douleurs abdominales, multinevrite, atteinte des nerfs craniens et céphalées (25%) ; C-ANCA type PR3 (75%) et granulome inflammatoire a la biopsie (80%)

Lors des **GEPA**, on retrouve l'atteinte pulmonaire dans tous les cas. Les infiltrats pulmonaires (83,3%) ; l'asthme, la sinusite, la neuropathie périphérique, l'hyperéosinophilie et AEG (66%) ; Pleurésie et arthralgies (33,3%), AVC ischémique (12,5%) et P-ANCA type MPO (50%)

Lors de la **PAM**, on retrouve une hémorragie alvéolaire et P-ANCA type MPO dans tous les cas ; une atteinte rénale glomérulaire avec hématurie et IRC ; arthralgies et HTA dans la moitié des cas.

La thérapeutique comprend une corticothérapie dans tous les cas, les immunosupresseurs (75%) à base de cyclophosphamide (75%), Azathioprine (66,6%), Rituximab (41,6%), Méthotrexate et MMF (25%).

L'évolution générale comprend une rémission complète (43,75%), séquelles (37,5%), rechutes (37,5%) et des décès (12,5%) intéressant 2 granulomatoses de Wegener.

Conclusion

Les vascularites à ANCA ont des manifestations hétérogènes particulièrement pulmonaires, ORL et rénales nécessitant une prise en charge urgente et peuvent engager le pronostic vital. L'hémorragie alvéolaire et la GNRP sont les formes cliniques les plus graves.

O.05

L'Atteinte cardiaque au cours de la sclérodémie systémique

R. Chetouane, I.Megateli, M.Hammache, W.Chinoune, A.Haddouche, K,Aitbelabes, F.Rahal,

A.Abdessemed, F.Hanni

Service de rhumatologie, EHS BenAknoun, Alger,Algerie

Introduction

L'atteinte cardiaque au cours de la sclérodémie systémique (ScS) est fréquente et hétérogène, la définition d'atteinte cardiaque étant variable dans les différentes séries publiées dans la littérature. Le myocarde, le tissu conducteur, l'endocarde et le péricarde peuvent être touchés. Lorsqu'elle est symptomatique, l'atteinte cardiaque a un impact pronostique important. Notre travail cherche à

décrire les différentes atteintes cardiaques afin de mieux en connaître les caractéristiques cliniques et morphologiques et les traitements actuellement utilisés dans nos pratiques.

Patients et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 209 dossier de patients avec une sclérodermie systémique (critères ACR/EUSTAR), colligés dans un service de rhumatologie entre 2008 et 2021. Les paramètres cliniques, biologiques, électriques et échocardiographiques ont été analysés pour déterminer l'atteinte cardiaque, et les autres atteintes d'organe ont également été analysés.

Résultats

L'atteinte cardiaque était constatée chez 35 patients (16,7%), 26 femmes et 9 homme, d'âge moyen de 55 ans (28–84 ans) présentant tous une sclérose cutanée (13 forme diffuse, 22 forme limitée) et une atteinte articulaire sous forme d'arthralgies inflammatoires dans 25% des cas et de polyarthrite dans 14,2% des cas. 74,2% des patients avait une atteinte œsophagienne. Une dyspnée était notée dans 77% des cas, une toux chronique dans 34,2% des cas, des douleurs thoraciques dans 5,7% des cas et une hémoptysie rapportée chez un seule patient. Un œdème des membres inférieurs était noté chez 5,7% des patients ainsi qu'une turgescence de la veine jugulaire et un reflux hépato-jugulaire notés chacun dans 5,7% des cas. Une hypertension artérielle était retrouvée chez 14,2% des patients. L'holter-ECG a objectivé Une arythmie chez (74,2 %), un bloc auriculo-ventriculaire chez 2 patients (5,7 %). Une insuffisance cardiaque droite a été confirmée par l'échographie cardiaque dans 15% des cas, une HTAP avec une insuffisance tricuspidiennne était retrouvée dans 51,4% des cas. Une péricardite était notée dans 25,7% des cas. Parmi les 35 patients, une évaluation par IRM cardiaque était disponible chez 13 patients objectivant une cardiomyopathie infiltrante chez 7 patients. Une corticothérapie a été instaurée dans 82,8% des cas et un traitement digitalo-diurétique dans 17% des cas. 06 décès ont été enregistré.

Conclusion

La ScS peut conduire à des atteintes myocardiques qui semblent due à des phénomènes d'ischémie chronique pouvant conduire à des lésions irréversibles de fibrose. L'atteinte péricardique est fréquente mais le plus souvent sans conséquence. Les troubles électriques conductifs sont fréquents et en général non graves, les troubles du rythme peuvent être plus menaçants. Il n'existe pas d'atteinte valvulaire significative lors de la sclérodermie systémique. La place exacte de l'IRM cardiaque dans le bilan d'une dyspnée chez un patient sclérodermique et dans le bilan d'extension de la ScS doit être précisée. L'atteinte cardiaque présente l'un des principaux facteurs de gravité de cette maladie.

O.06

Taux de rémission de la polyarthrite rhumatoïde sous Tocilizumab : expérience du service de rhumatologie de Bab El Oued

Y.Sadeg, I.Meziani, H.Chiba N.Bahaz,C.Dahou-Makhloufi

Service de rhumatologie, CHU Bab el oued-Alger

Introduction

La polyarthrite rhumatoïde(PR) est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent. La rémission ou(la faible activité)est l'objectif ciblé par le traitement de la PR. Elle est recommandée par toutes les sociétés savantes.

Objectifs:évaluer la fréquence de la rémission de la PR sous TCZ et déterminer les facteurs associés.

Matériels et méthodes

Etude rétrospective,déscriptive entre 2012 et 2022.ont été inclus les patients répondant aux critères ACR/EULAR 2010 de la PR,traités par TCZ à raison de 8mg/kg/mois.Ont été relevées les caractéristiques des patients et de la PR. La rémission au cours de la PR a été évaluée par un score d'activité:Disease activity score(DAS28 VS)<2,6.Pour les facteurs de rémission, on a utilisé le test de Khi deux avec un risque alpha de 5% et le test de Fisher.

RESULTATS

46 observations de PR ont été retenues, (9H,37F), sex-ratio(H/F)=0,24, l'âge moyen était de $54,5 \pm 13,9$ ans, la durée moyenne de la PR était de $17,4 \pm 7,5$ ans, IMC moyen était de $26,3 \pm 5 \text{ kg/m}^2$, 28 patients (59,5%) avaient un Facteur rhumatoïde positif, 41 patients (87%) avaient les anti CCP positifs. 29 patients (63%) avaient des comorbidités. Le DAS28 VS moyen était de $2,71 \pm 1,2$ à 6 mois et $2,89 \pm 1,5$ à 12 mois; La durée moyenne du TCZ était de $8 \pm 1,6$ ans. Dans 72% des cas, le TCZ était associé à un csDMARD, dans 28% des cas il était prescrit en monothérapie. 76% des patients étaient sous corticothérapie avant l'introduction du TCZ, L'épargne cortisonique a été réalisée chez 24 patients (52%). DAS28 VS moyen au début du TCZ était de $5,38 \pm 1,24$. 6 patients (13%) étaient en faible activité à 6 mois et 4 patients (13%) à 12 mois. 24 (52%) patients étaient en rémission à 6 mois et 22 (48%) patients étaient en rémission à 12 mois. Durée moyenne de rémission est de 10,56 mois (+/- 10). Deux patients ont bénéficié d'un espacement à 5 semaines. Les facteurs associés à la rémission étaient, la positivité des ACPA, la CRP++, la présence d'érosions osseuses et l'utilisation du TCZ en première ligne avec respectivement ($P=0,02$; $P=0,04$; $P=0,05$; $P=0,004$).

Conclusion

La rémission sous TCZ a été estimée chez plus de la moitié des patients à 6 mois associée à un sevrage cortisonique. Les facteurs de rémission relevés sont: l'utilisation du TCZ en 1^{ère} ligne; ACPA+, CRP initiale++ et présence d'érosions. D'autres études sont nécessaires incluant plus de patients.

O.07

Facteurs associés à la coxite au cours des spondyloarthrites

S.Oulebsir, L. Beguiet, A. Djabbari, S. Bennedjma, A. Soualah, M. Houbi, C. Dahou Makhloufi, A. Abi Ayad

Service rhumatologie HCA, Ain naadja - Alger

L'atteinte de la hanche au cours des spondyloarthrites conditionne une grande part du pronostic fonctionnel et marque un tournant évolutif péjoratif dans la vie du patient.

L'identification des facteurs associés à la coxite pourrait influencer notre stratégie de prise en charge par l'élaboration de protocoles thérapeutiques spécifiques.

Les objectifs L'objectif de ce travail est de déterminer les facteurs associés à la coxite au cours des spondyloarthrites.

Méthodes : l'étude est observationnelle prospective monocentrique, à recrutement multicentrique, réalisée durant la période s'étendant entre janvier 2020 et janvier 2022. Ont été inclus des patients atteints de SpA répondant aux critères ASAS. Pour chaque patient ont été recueillies les données cliniques, biologiques et à l'imagerie.

Résultats. Un total de 259 patients spondylarthritiques consécutifs ont été évalués. Parmi eux, 80 patients (30,88 %) avaient une coxite associée à la spondyloarthrite, dont 66 hommes et 14 femmes (sex ratio=4.7) ; avec un âge moyen des patients de $37,66 \pm 11,3$ ans. Elle était bilatérale dans 70% des cas, inaugurale chez plus de la moitié des patients (55 % des cas). Un syndrome inflammatoire biologique noté dans 72,5% des cas et un HLA B 27 présent chez les $\frac{3}{4}$ des patients.

Un traitement anti TNF alpha a été instauré dans 85 % des cas et un tiers des patients ont bénéficié d'une PTH.

Discussion : Les facteurs liés à la coxite relevés étaient : l'impotence fonctionnelle (BASFI), La limitation de la mobilité rachidienne et articulaires (BASMI, Distance inter-malléolaire), L'atteinte structurale de la SpA (BASRI total), La présence du HLA B27, l'instauration d'un traitement anti TNF alpha. En revanche, l'ancienneté de la coxite, le sexe masculin, l'ancienneté de la SpA, l'atteinte bilatérale, les formes destructrices, engainantes et débutantes de la coxite, les scores élevés des indices, BASDAI, ASDAS, ainsi que la présence d'un syndrome inflammatoire biologique ne semblaient pas intervenir.

Conclusion : La survenue de coxite au cours des spondyloarthrites semble fréquente sous nos cieux. La coxite constitue l'un des éléments de mauvais pronostic et sa présence prédit une forme sévère de la maladie.

O.08

Les infections sous antiTNF au cours des spondyloarthrites :

H.Guerboukha, B.Bengana, F/Cheriet, A, Senouci, .Ouafi , I.Maza, S.Lefkir-Tafiani
Service de rhumatologie, Chu Beni messous-Alger

Introduction

Les anti-TNF ont apporté un bénéfice considérable dans la prise en charge de plusieurs pathologies inflammatoires et notamment la spondyloarthrite .Trois molécules anti-TNF sont actuellement disponibles en Algérie : deux anticorps monoclonaux (infliximab et adalimumab) et un récepteur soluble (étanercept). Leur tolérance à court et moyen terme, avec un recul d'une dizaine d'années, est satisfaisante. Des effets secondaires variés ont été imputés aux anti-TNF dans la littérature de ces dernières années.

Nous rapportons l'observation de patients suivis pour spondyloarthrite (SpA) afin d'étudier leur efficacité et leur tolérance.

Patients et méthodes: Il s'agit d'une étude longitudinale monocentrique de 2014 à 2022 de 305 spondyloarthritiques traités par anti-TNF α . L'efficacité a été évaluée sur des critères cliniques, biologiques et les scores d'activité.

Résultats : Notre étude a comporté 300 SpA et 5 cas d'association SpA/PR, âgés en moyenne de 29,97 ans au moment du diagnostic. La SpA était axiale dans 77,84 % des cas, mixte dans 17,6% des cas, un rhumatisme psoriasique chez 48 patients, associé à une maladie de Crohn dans 45 cas; compliquée d'une coxite dans 34% des cas. L'anti-TNF α a été débuté 7,85 ans en moyenne après le diagnostic de l'affection. Il s'agissait de SpA traitées par adalimumab (160 cas), par etanercept (100cas) et par infliximab (45 cas). L'efficacité primaire des anti-TNF α sur l'ensemble des critères cliniques et biologiques a été observée dans 90,6 % des cas avec un délai d'action de un à trois mois après le début de la biothérapie. Le BASDAI était passé de 4,77/10 [1,2–9] à 2,52/10 [0–8,85], ASDAS était passé de 22/10 [0–6] à 1,54/10 [0–5], BASFI était passé de 6,79/10 [0–10] à 2,49/10 [0–9,1]. Chez ces patients, on a noté également une disparition du syndrome inflammatoire biologique. 16 patients ont bénéficié d'un *switch* avec bonne évolution. Parmi les autres effets indésirables sous biothérapie nous avons noté des événements cutanés variés , six cas d'éruption cutanée retardée , six événements infectieux (ORL et urinaire), trois éruptions eczématiformes, 03 cas de réactions anaphylactoïdes au cours de la perfusion et 04 cas de réactions au point d'injection . Nous avons observé 03 cas de psoriasis paradoxal, 2 cas de pustulose palmoplantaire et un cas de zona .On a noté aussi la survenue d'une tuberculose ganglionnaire chez 4 patients et une tuberculose digestifs chez un autre patient; 2 cas de lupus induit, 4 cas d'uvéites paradoxales. On a noté un cas de cancer rénale 5 ans après traitement par adalimumab.

Conclusion : Les anti-TNF α sont des traitements efficaces et bien tolérés. La fréquence et la gravité des effets indésirables de ces molécules peuvent être réduites par le respect du bilan pré-thérapeutique une éducation thérapeutique rigoureuse et un suivi attentif.

O.09

L'expérience Algérienne avec les biosimilaires, résultats d'une étude multicentrique.

R. Benaziez¹, F.Rahal², I.Bencharif³, B.Bengana⁴, S.Oulebsir⁵, G.Chabane⁶, H.Ayad⁷, C.Dahou-Makhloufi¹.

Service de rhumatologie, ¹ CHU Bab El Oued, ²EHS Ben aknoun, ³CHU de Constantine, ⁴CHU Béni-Messous, ⁵Hôpital militaire Ain Naadja, ⁶CHU Tizi-ouzou, ⁷CHU de Annaba

Introduction :

Les traitements biologiques jouent un rôle essentiel dans la prise en charge de nombreuses maladies rhumatologiques. Leur coût élevé limite l'accès des patients à ces traitements. Les biosimilaires représentent une alternative intéressante.

Patients et méthodes:

Une étude de cohorte observationnelle multicentrique (07- 2019 à 09-2020, sept centres). Ont été inclus tous les patients ayant reçu au moins 12 semaines d'infliximab innovant avant le switch et au moins 3 mois de Remsima.

Les patients ont poursuivi le traitement avec les mêmes doses d'infliximab et les mêmes intervalles de perfusion. Ont été recueillies : les caractéristiques des patients et de la maladie (âge, diagnostic, DAS28 (PR), BASDAI/ASDAS (axSPA), traitements antérieurs et actuels).

Nous avons évalué l'activité de la maladie à j0 et 3 mois après le switch, aussi les facteurs associés à l'arrêt du biosimilaire et la survenue d'effets indésirables.

Résultats:

Nombre de patients : 95 patients (32,6 % femmes/ 67,4 % hommes) ; âge moyen : 44,4 ± 12,4 ans (17 -75) ; durée moyenne de la maladie : 12,3 ± 7,4 ans (6- 41). Le type du RIC : SA (62 %), RPso (14,7 %), PR (11,5 %), rhumatisme des MICI (11,5 %). C DMARDs : MTX (38,9 %), SLZ (6,3 %), LFM (2,1 %). La durée moyenne du remicade (36 ± 26 mois). La durée moyenne du CT-P13 (9,2 ± 1,6 mois). Intervalles des perfusions (8 ± 1,3 sem). Les scores d'activité de la maladie n'étaient pas différents avant et après le switch (tableau 1). Quatorze patients (14,7 %) ont présenté des effets indésirables, aucun n'était grave (tableau 2).

	Switch	3 mois après switch	<i>p</i>
SA, n = 59			
BASDAI	2,42	2,48	0,000
ASDAS vs	2,12	2,15	0,000
ASDAS crp	1,96	1,94	0,000
PsA, n = 14			
BASDAI	2,3	2,5	0,3
ASDASvs	2,4	2,2	0,5
ASDAScrp	1,87	1,89	0,000
DAS28vs	2,9	2,5	0,3
IBD, n= 11			
BASDAI	2,1	2,3	0,2
ASDASvs	2,4	2,7	0,6
ASDASCRP	1,6	2,1	0,03
RA, n=11			
DAS28 vs	3,35	3,37	0,5
DAS28 crp	3,02	2,9	0,9

Tableau 1.

Manifestations	N	T (semaine)
Effet paradoxal (psoriasis,uvéite).	2	40
Réaction cutanée généralisée.	2	2
prurit	2	1-44
Perturbation du bilan	2	2

hépatique		
Hypertension	2	11
Bouffées de chaleur	2	24
Infection pulmonaire	1	2
Paresthésies des extrémités .	1	1

Tableau 2.

Cinq patients (5,26%) ont dû arrêter le CT-P13 (3 cas pour des effets indésirables, 2 pour une perte de réponse).

Conclusion :

D'après notre expérience, le CT-P13 semble être bien toléré, car aucun effet secondaire majeur n'a été observé. Même si cette étude non contrôlée concernait un petit effectif, avec un suivi court, la majorité des patients traités par l'infliximab innovateur ayant été switchés à l'infliximab biosimilaire n'ont pas présenté un changement dans l'efficacité et la sécurité pendant 36 semaines de suivi. L'effet placebo peut être responsable de l'échec thérapeutique, il ne doit pas être négligé.

O.10

Rhumatisme psoriasique selon le genre

A.Djebbari, S. Bennedjma, S. Oulebssir, M. Houbi, A. Abiyad
Service de rhumatologie, HCA Ain Naadja-Kouba-Alger

Introduction :

Le rhumatisme psoriasique (Rpso) affecte les deux sexes de façon égale, mais quelques différences dans l'expression de la maladie ont été remarquées.

Objectifs :

Étudier chez les patients atteints de Rpso, les différences entre les deux sexes sur le plan des manifestations cliniques et radiologiques, des comorbidités et de la réponse thérapeutique.

Matériels et méthodes :

Nous avons comparé les caractéristiques cliniques, radiologique, évolutives et de l'activité de la maladie ainsi que les comorbidités chez les hommes et les femmes atteints de Rpso entre 2017 et 2021. Tous les patients étaient âgés de plus de 18 ans et remplissaient les critères CASPAR pour le RPso.

Résultats :

Soixante-quatorze patients dont 33 (44.6%) femmes et 41 (55.4 %) hommes ont été inclus. Les femmes avaient significativement plus d'articulations douloureuses (13 vs 6 ; $p < 0,002$) et gonflées (12 vs 6 ; $p < 0,013$) et d'enthésites (36.3 % vs 22%, $p 0,01$), une EVA douleur plus élevée (6 vs 5, $p < 0,0001$) et une VS plus élevée (29 vs 19, $p 0,003$) et un DAPSA (Disease Activity in Psoriatic Arthritis) plus sévère (9 vs 6, $p 0,001$). En revanche, les hommes avaient significativement plus de comorbidités que les femmes. La polyarthrite était plus fréquente chez les femmes.

Conclusion :

Les patients de sexe masculin atteints de RPso ont plus de comorbidités, tandis que les patientes ont une maladie plus active.

O.11

Maintien thérapeutique des anti TN F alpha au cours de la spondylarthrite ankylosante

S.Bennedjema, M.Houbi, A.Djebbari, S.Oulebssir, A.Soualah, R.Zatir, M. Metidji, R.Khodja B.Kaci, C.Djili, A.Abiayad
Service de rhumatologie, HCA Ain Naadja-Kouba-Alger

Introduction :

Les antagonistes du tumor necrosis factor-alpha (TNFalpha) ont révolutionné la prise en charge des rhumatismes inflammatoires chroniques, notamment de la spondylarthrite ankylosante, le maintien thérapeutique est un paramètre d'efficacité et constitue un outil important pour le clinicien dans sa pratique courante.

Objectifs :

.Déterminer le maintien thérapeutique de l'Etanercept et Adalimumab utilisés le traitement dans la SPA.

.Déterminer l'efficacité et la tolérance de ces anti TNF alpha.

Matériels et méthodes :

Etude observationnelle, transversale sur la prescription et le maintien thérapeutique de l'Etanercept et Adalimumab chez 165 SPA remplissent les critères de New York modifiés, actives :BASDAI > 4 et/ou ASDAS (vs) > 3,5 sur une Période de 10 ans, allant de : jan. 2012 - sept. 2022 réalisée dans le service de rhumatologie de l'HCA; les données recueillies sur une fiche précisant les paramètres sociodémographiques, cliniques, paracliniques et la prescription thérapeutique de l'Etanercept et Adalimumab; la dose, le maintien thérapeutique ainsi que les causes d'arrêt du traitement.

Résultats :

Il s'agit de 165 SPA dont 149 hommes (90% des cas) et 16 femmes (10% des cas) avec un âge inférieur à 45ans dans 82% des cas et une durée d'évolution de la maladie inférieure à 05ans dans 64% des cas.

Une réponse rapide et pertinente : à 3 mois 80 % de nos patients sont en rémission avec un BASDAI < 4 pour l'Etanercept et 85% pour l'Adalimumab.

Le taux de maintien thérapeutique est de 90 % pour l'Etanercept et 93% pour l'Adalimumab à 1an, 78% ETN et 73% ADA à 3 ans concordant avec les données de la littérature.

L'arrêt des anti TNF pendant la période de la Covid 19 donnant un taux de rechute de 92% pour les patients traités par l'ADA contre 84% pour l'ETN ;cependant l'ETN semble être plus efficace à la réintroduction avec un taux de réponse à 91% contre 85% pour l'ADA.

Les causes d'arrêt de l'anti TNF sont beaucoup plus des réactions au point d'injection et l'inefficacité pour les deux molécules.

Discussion :

Les deux antiTNF alpha, Etanercept et l'Adalimumab ont une efficacité similaire sur l'activité inflammatoire et le retentissement fonctionnel de la spondylarthrite ankylosante, la réponse au traitement est efficace et rapide, 80% de rémission à 03mois par rapport au deux anti TNF alpha étudiés.

Le maintien thérapeutique de l'efficacité est retrouvée à plus de 70% concernant les deux antiTNFalpha (ETN, ADA) à 03 ans supérieur aux données de la littérature, le taux de rechute à l'arrêt du traitement est plus important pour ADA 92% contre 84% pour ETN.

L'Etanercept semble plus efficace à la réintroduction du traitement 91% d'efficacité, effet rapporté par certaines études.

Conclusion :

Le traitement par les deux antiTNF alpha (ETN, ADA) révèle un taux d'efficacité élevé sur l'activité inflammatoire de la SPA et une amélioration de l'état fonctionnel et un bon profil de toxicité avec un maintien thérapeutique plus long pour les deux molécules dans le temps, cependant l'arrêt de prise médicamenteuse est presque synonyme de rechute de la poussée rhumatismale

O.12

Prise en charge chirurgicale du rachis cervical supérieur dans la polyarthrite rhumatoïde

Étude rétrospective d'une série de 11 patients

L. Berchiche, B. yakoubi, O. Abbassi, R. Laledji, A. Morsli

Service de Neurochirurgie CHU Bab El Oued Alger

Introduction

La polyarthrite rhumatoïde peut entraîner des lésions instables C1C2 pouvant être graves par atteinte neurologique et qui peuvent compromettre le pronostic fonctionnel voire même vital du patient. Le traitement chirurgical de cette pathologie est délicat, néanmoins reste l'unique et seule alternative.

Objectif

Le but de cette étude est de prendre en charge les patients atteints de cette pathologie très précocement et avant l'installation des troubles neurologiques d'une part, et de choisir la meilleure indication chirurgicale convenable afin d'essayer de rétablir cette instabilité atloïdo-axoïdienne d'autre part.

Patients et méthodes

Notre série concerne 11 patients qui ont été étudiés rétrospectivement dont 09 femmes et 02 hommes présentant un diastasis C1C2 post rhumatismal (PR).

Ces patients ont été opérés par voie postérieure entre 2012 et 2022, soit par arthrodèse C1-C2, soit par fixation occipito-cervicale.

Résultats

Après traitement chirurgical et un recul moyen de 03 ans environs, nos résultats ont été satisfaisants sur le plan clinique et radiologique de contrôle avec des signes de consolidation. Par ailleurs, on ne note aucune complication post chirurgicale.

Conclusion

La prise en charge chirurgicale par arthrodèse postérieure dans les instabilités C1C2 post rhumatismale (PR) représente une meilleure alternative, et par conséquent elle prévient la survenue de troubles neurologiques par atteinte médullaire. Pour cela le diagnostic clinique et radiologique doit être fait le plus tôt possible pour une meilleure efficacité de telle chirurgie avec une morbidité faible.

O.13

Statut vitaminique D chez les patients atteints d'hépatopathies chroniques

N.Zehraoui, R. Benaziez, N. Bahaz, F. Mechid, M. Nakmouche, N. Debzi, C. Dahou-Makhloufi.
Service de rhumatologie, CHU Bab El Oued-Alger

Introduction

La vitamine D est impliquée dans une multitude de fonctions extra squelettique de l'organisme. Sa relation avec les maladies chroniques du foie est de plus en plus importante. La carence est fréquente dans les hépatopathies chroniques et un déficit sévère pourrait être impliqué dans l'aggravation de l'état hépatique.

Objectif : déterminer le statut vitaminique D chez les patients atteints d'hépatopathies chroniques.

Matériel et méthodes

Etude transversale, prospective, descriptive.

Ont été inclus les patients présentant une hépatopathie chronique ayant consulté au service de gastroentérologie du CHU de Bab el oued et au service d'hépatologie du CHU Mustapha. Ont été recueillis les caractéristiques des patients, le type d'hépatopathie, la présence ou l'absence de cirrhose et de décompensation. Des dosages plasmatiques de la vitamine D, des enzymes hépatiques et du taux de prothrombine (TP) ont été effectués chez les patients.

Résultats

50 cas ont été inclus ; sex ratio: 1 ; l'âge moyen était de 40,88 ans (extrêmes: 22-63 ans). Les étiologies de la maladie hépatique : hépatite virale B (52%), stéatose hépatique non alcoolique (16%), hépatite virale C (10%), cholangite biliaire primitive (10%), cholangite sclérosante primitive (4%), hépatite autoimmune (4%), hémochromatose (2%), cirrhose cryptogénétique (2%). 34% de nos patients étaient cirrhotiques. Une élévation des enzymes hépatiques est notée dans 10% des cas et un TP bas est retrouvé chez 14% des patients. Une décompensation de la cirrhose est survenue chez 12% des malades. Les patients avaient un taux normal de vit D (>30ng/ml) dans 40% des cas, un taux insuffisant en vit D (entre 10 et 30ng/ml) dans 56% et une carence en vit D dans 4% des cas.

Conclusion

A travers cette étude, nous avons constaté que la majorité des patients avait un taux bas de vitamine D, qu'il convient de corriger afin d'éviter l'aggravation de la pathologie sous jacente.

O.14

Place du rhumatologue dans la prise en charge chirurgicale des patients arthrosiques

A.Beguiret, Dahou-Makhloufi Chafia, Ouahmed Ameur, Abiayed Abdelatif

Hôpital militaire universitaire de Staoueli - Alger

Introduction

L'arthrose est la principale cause de douleur chronique et de handicap chez les personnes âgées. Elle peut parfois nécessiter une prise en charge chirurgicale avec une mise en place de prothèse.

Toutefois, cette chirurgie arthroplastique n'est pas épargnée de complications post opératoires en particulier les fractures péri prothétiques et les descellements de prothèses.

L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence le rôle du rhumatologue dans la prévention de ces complications par l'évaluation du statut osseux chez les sujets arthrosiques en attente d'une prothèse totale de genou ou de hanche.

Patients et méthode

Etude descriptive, transversale chez des patients atteints de gonarthrose ou de coxarthrose sévère candidats à une arthroplastie.

Tous les patients ont bénéficié d'un interrogatoire minutieux avec réalisation d'une densitométrie minérale osseuse (DMO) au niveau de la hanche et au niveau du rachis.

L'interprétation des résultats a été faite selon la classification de l'OMS.

La saisie des données a été faite sur le logiciel EPIDATA Ver 3.1. Le contrôle des incohérences ainsi que l'analyse des données ont été faits sur le logiciel Epiinfo Ver 6.04. Les tests statistiques ont été réalisés à un degré de signification alpha égal à 5% avec un intervalle de confiance à 95%.

Résultats

300 patients ont été recrutés avec un sexe ratio=0,45, l'âge moyen était de $67,97 \pm 6,78$ ans et l'IMC moyen était de $30,81 \pm 5,37$ kg/m². 26,7% (IC à 95% : 21,7%-32,1%) des patients étaient ostéoporotiques, 43,7% (IC 38,0%-49,5%) étaient ostéopéniques.

Conclusion

A travers ce travail, nous avons constaté la prévalence considérable de l'ostéoporose au cours de l'arthrose sévère ; ce qui incite la nécessité d'une exploration rhumatologique visant à évaluer systématiquement le statut osseux chez les patients candidats à une prothèse afin d'éviter les complications post opératoires liées à la fragilité osseuse.

Mot clés : Arthrose, Ostéoporose, DMO, Prothèse, PTG, PTH

Email : lotfibeguiret@yahoo.fr

O.15

Prescription des anti-arthrosiques d'action lente en consultation de rhumatologie

Kh. Khelif, K.Benchaira

Service de rhumatologie, CHU Oran

Introduction

L'arthrose représente un véritable problème de santé publique dans le monde. Sa prise en charge doit être personnalisée et parfois multi- disciplinaire. Le traitement de l'arthrose périphérique est purement symptomatique incluant des mesures pharmacologiques et non- pharmacologiques selon les recommandations des sociétés savantes. Les anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente (AASAL) représentent une des thérapeutiques largement utilisées pour soulager les patients arthrosiques. Leur profil d'efficacité a été largement étudié dans plusieurs essais cliniques, mais il serait plus intéressant d'évaluer leur efficacité dans la vraie vie.

Objectifs

Primaire : Evaluer la réponse aux AASAL d'action lente en pratique quotidienne.

Secondaire : Evaluer l'observance des AASAL au long cours

Matériels et méthodes

Type de l'étude: Enquête descriptive, transversale, réalisée chez des patients arthrosiques, suivis en consultation de Rhumatologie du CHU d'Oran.

Période : du 1^{er} septembre au 31 Décembre 2022

Critères d'inclusion: tous les patients suivis pour une arthrose périphérique (genoux, hanches, mains), traités par au moins un ASAAL pris pendant trois mois au minimum

Critères de non-inclusion:

Patients présentant une arthrose rachidienne isolée

Patients présentant un rhumatisme inflammatoire ou métabolique ou des séquelles d'une infection ostéo-articulaire

Patients présentant des troubles cognitifs

L'efficacité thérapeutique a été évaluée par la réponse du patient à la question suivante:

Ce traitement vous soulage-t-il ? Pas du tout Un peu Moyennement Grandement

L'observance au traitement, auto-déclarée par le patient (Oui/Non à la question : avez-vous pris la totalité de votre traitement sans aucune interruption au cours des 3 derniers mois?)

Les résultats sont exprimés en moyennes +/- écart type et en pourcentages

Résultats

Au total, cent quatre-vingt quatre patients ont été inclus (34 H/ 150F), d'âge moyen (58+/- 12) ans, avec une durée de suivi de la maladie arthrosique de (13 +/- 6) ans. L'IMC moyen était estimé à 27.5 kg / m². L'EVA Douleur était estimée à 6.7+/-2.3 sur une échelle de 0 à 10. Le nombre moyen d'AASAL pris par patient était de 2.7+/- 1.3. L'arthrose était localisée aux genoux chez soixante deux patients, soit 33.7% de l'ensemble des patients tandis qu'elle était polyarticulaire chez trente neuf patients. Concernant les co-morbidités, 60% des patients présentaient un syndrome métabolique. Sur le plan thérapeutique, trois patients sur quatre ont reçu un traitement AINS et antalgique. Par ailleurs, les AASAL prescrits sont répartis comme suit : glucosamine (76.1 %), chondroïtine+ glucosamine (30.1%), chondroïtine (22.2 %) et piacéline (3.8%). Parmi les mesures non pharmacologiques, cent quatre patients soit 57% ont bénéficié d'une prise en charge en médecine physique et réadaptation fonctionnelle. En ce qui concerne l'observance, elle était jugée bonne chez 39% des patients de même que la réponse thérapeutique chez 34 % des patients tandis que le délai d'efficacité était situé entre 8 à 12 semaines chez 51 % des patients.

Conclusion

Cette étude reflète la prescription des AASAL en pratique courante. La place réelle des AASAL dans la prise en charge de l'arthrose doit être confortée par l'étude des facteurs prédictifs de leur efficacité sur des populations plus large de patients arthrosiques.

Une meilleure observance des AASAL pourrait améliorer leur efficacité au long cours.

O.16

Evaluation de la qualité de vie des gonarthroses opérés par PTG

M.Medaouar, A.Miliani, K.Berehail, A.Amamri, M. Nait Ali, M.Soumati

Service de médecine physique et réadaptation- CHU Ain-naadja- Kouba-Alger

Introduction :

En matière de gonarthrose l'acte chirurgical (PTG) est un acte de réhabilitation, les malades opérés doivent suivre certaines règles d'hygiène de vie et adapter leur cadre de vie à leur nouvelle situation. La médecine physique par son action a un rôle à jouer pour permettre cette réhabilitation, en plus de l'acquisition de la mobilité du genou, de la force musculaire et de la proprioception.

Méthodes :

Etude rétrospective s'étale de 2009 à 2014 dont plusieurs paramètres ont été recherchés (59 cas) : Sexe, âge, étiologies, siège, douleur, périmètre de marche, IMC, type de toilette, Rituel de la prière, utilisation de tuteur externe, Evolution.

Conclusion :

En matière de gonarthrose. L'acte chirurgical (PTG) est le premier geste de réhabilitation.

La réadaptation et certaines règles ergonomiques d'hygiène de vie sont d'une importance majeure dans la réussite de tout projet de réhabilitation.

La Médecine Physique et de Réadaptation a un rôle à jouer pour permettre cette réhabilitation par la conservation de : la mobilité, force musculaire et la proprioception du genou.

Certaines habitudes et activités de la vie quotidienne avec des positions extrêmes, sources de contraintes mécaniques sur les surfaces articulaires sont à proscrire pour garantir une réussite de la réhabilitation de ce genou.

POSTER JEUDI

JE.01

Covid 19 et maladies systémiques, le pronostic n'est pas plus mauvais : Etude prospective

A.Mammeri, N.Ait Said, M.Lebdjiri, S.Grigne, M.Ammi, F.Hamrou, D.Tagzout, O.Hocine, A.Tebaibia.
Service de médecine interne, EPH El Biar- Alger

Introduction :

Les maladies inflammatoires chroniques (MIC) sont classiquement associées à un risque accru d'infection, avec des évolutions parfois compliquées comme rapporté lors de la grippe saisonnière. Néanmoins, elles n'ont jusqu'à présent pas été rapportées comme facteurs de mauvais pronostic dans le cadre de la COVID-19.

Objectif :

Décrire le profil clinique et évolutif des patients infectés par le SARS COV2 et porteurs de MIC.

Méthode:

Étude prospective monocentrique sur six mois (Avril-septembre 2020) ayant inclus 1008 malades infectés par la COVID-19. Le diagnostic était retenu sur des critères immunologiques et/ou radiologiques. Un questionnaire préétabli a recueilli les antécédents des patients, les données de l'examen clinique ainsi que les paramètres paracliniques.

Résultats :

Nous avons recensé 19 patients déjà suivis pour MIC (1,8%), 15 femmes et 4 hommes, ayant un âge moyen est de 52 ± 13 ans et une fréquence élevée de comorbidités : HTA (36%), diabète (10%), maladies respiratoires chroniques (1%) et cancers (0,5 %). Une polyarthrite rhumatoïde était connue chez 4 patients, une sarcoïdose chez 3 patients, de même pour les maladies inflammatoires de l'intestin et les spondylarthrites. Nous avons recensé aussi 04 cas de connectivites et deux cas de vascularite. Tous nos malades ont bénéficié d'une TDM thoracique qui a objectivé une atteinte minimale à modérée dans 88% des cas. La symptomatologie clinique était dominée par la toux (63%), l'asthénie (57%), les diarrhées (52%), les douleurs abdominales (31%), les céphalées (31%) et les myalgies (26%). Une anosmie était retrouvée chez le tiers de nos patients, de même pour la dyspnée associée à des douleurs thoraciques. Un syndrome inflammatoire était présent dans 42% des cas, tandis que la PCR était positive dans 68% des cas. Nous avons arrêté les traitements immunosuppresseurs et biologiques, et prescrit de l'Azithromycine chez tous les patients, associée à l'hydroxychloroquine dans 70% des cas. Le recours à la corticothérapie et à l'oxygénation ont été enregistré chez 20% et 15% des patients respectivement, entraînant une évolution favorable chez tous les patients sans aucun transfert en réanimation.

Conclusion :

Nos résultats ont montré que les personnes atteintes de MIC ne sont pas particulièrement plus exposées à l'infection Covid, et l'évolution de leur maladie n'est pas plus sévère.

JE.02

Etude des métalloprotéinases matricielles MMP-2 et MMP-9 dans le lupus systémique érythémateux.

Louahchi S¹, Khaldoun N², Bouchemal M¹, Ameer F¹, Galleze A¹, Raache R¹, Hanni F², Touil-Boukoffa C¹.

¹ Laboratoire cytokines et NO Synthases, Immunité et pathogénie, FSB-USTHB

² Service de rhumatologie, Hôpital Ben Aknoun, Alger

Introduction :

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie auto-immune caractérisée par une production accrue d'autoanticorps et par diverses manifestations cliniques systémiques. Le but de ce travail était d'étudier l'expression et l'activité des métalloprotéinases matricielles : la MMP-2 et la MMP-9 au niveau plasmatique chez des patients Algériens atteints de LES.

Patients et méthodes :

L'expression et l'activité de la MMP-2 et de la MMP-9 ont été mesurées en utilisant la technique de zymographie, dans les plasmas de 26 patients atteints de LES et de 50 sujets sains. Nous avons analysé la production des biomarqueurs du stress oxydant : l'oxyde nitrique (NO) et le malondialdéhyde (MDA). De plus, nous avons recherché l'association probable entre la production des MMPs et les marqueurs du stress oxydant ainsi qu'avec le profil immunologique et clinique de la pathologie.

Résultats :

Nos résultats ont démontré que l'expression de la MMP-9 plasmatique, et pas la MMP-2, était plus importante chez les patients LES en comparaison aux sujets sains ($p = 0,01$). De plus, Nos résultats ont montré une forte production du NO et de MDA *in vivo* dans les plasmas des patients lupiques en comparaison avec les contrôles ($p < 0,0001$). Egalement, nos résultats ont démontré une augmentation remarquable du taux d'expression plasmatique de la MMP-9 chez les patients présentant une atteinte articulaire, atteinte cutanée ou rénale.

Conclusion : Nous suggérons que la MMP-9 pourrait être un biomarqueur inflammatoire utile de la progression et l'aggravation du LES.

Mots clés : LES, MMP-2, MMP-9, stress oxydant

JE.03

Calcinose universelle compliquant une dermatomyosite, Quelle prise en charge ?

D.Benalia, A. Ferhat, N.Bahaz, Y. Sadeg, C.Dahou-Makhloufi

Service de rhumatologie, CHUMohamed Lamine Debaghine Bab El Oued-Alger

Introduction

La calcinose cutanée est caractérisée par le dépôt de sels de calcium dans la peau et les tissus sous-cutanés. Elle peut être invalidante du fait des douleurs et du handicap fonctionnel, particulièrement dans les formes étendues. Son association à une dermatomyosite (DM) est plus fréquente chez l'enfant. Nous rapportons l'observation d'une patiente qui présente une calcinose sous cutanée diffuse au cours d'une DM juvénile

Observation

Mlle K.S âgée de 17ans, présente une DM ayant débuté à l'âge de 13 ans, pour laquelle elle reçoit le méthotrexate, l'hydroxychloroquine, diltiazem, corticothérapie et immunoglobulines intraveineuses entraînant une bonne évolution sur l'atteinte musculaire. Elle présente depuis un an et demi une

calcinose diffuse. L'examen clinique révèle des indurations sous cutanées siégeant au niveau de la face postéro-externe des bras et des avant-bras, l'extrémité distale du pouce et de l'index droits, les genoux et la cheville gauche, associées à un fessum irréductible du coude droit avec une fistulisation en regard de l'olécrane droit.

Le bilan biologique n'a pas objectivé de syndrome inflammatoire, le bilan phosphocalcique, les enzymes musculaires et l'électromyogramme étaient sans anomalie. Sur le plan radiologique : présence de multiples calcifications au niveau des parties molles correspondant aux indurations cliniques sus-citées et d'autres à la face interne des cuisses. La TDM thoracique a révélé une pneumopathie interstitielle. L'angioscanner des membres supérieurs n'a pas objectivé d'anomalie vasculaire. L'ostéodensitométrie a objectivé une baisse de la densité minérale osseuse (Z score = -3,4 au rachis lombaire).

Dans le but d'une réduction voire une disparition de la calcinose, la mise en route de bisphosphonates avait un double intérêt : traiter l'ostéoporose afin de prévenir le risque fracturaire, ainsi que son effet potentiel sur la régression de la calcinose, la malade a reçu une perfusion d'acide zolédronique (0,05mg/kg) n'entraînant aucune amélioration. Actuellement, elle reçoit les Immunoglobulines intraveineuses.

Conclusion

La DM juvénile se complique fréquemment de calcinose universelle, le traitement de celle-ci est un véritable défi car aucun médicament n'a pu démontrer de façon reproductible son efficacité dans l'arrêt de la progression ou la diminution des calcifications dystrophiques.

JE.04

Biothérapie et maladies auto-immunes : efficacité & tolérance

S.N.E. Negadi, D.Sendani, A.Lounici

Laboratoire de recherche sur le diabète LAREDIAB

Université Aboubakr Belkaid Tlemcen

Introduction

La prise en charge des maladies auto-immunes (MAI) s'est améliorée grâce à la mise au point de médicaments ciblés, appelés communément biothérapies.

Objectifs

L'objectif de notre travail est d'évaluer l'efficacité et la tolérance de la biothérapie administrée pour des malades atteints de MAI.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective portant sur 77 dossiers des patients atteints de MAI traités par biothérapie suivis au service de médecine interne CHU Tlemcen, sur une période allant de février 2016 à février 2023.

Résultats

77 patients ont été inclus avec prédominance féminine (62%). Les molécules de biothérapie utilisées sont : anti-TNF alpha (Infliximab, Adalimumab, Etanercept), anticorps monoclonal anti-CD20 (Rituximab) et anti IL-6 (Tocilizumab). 24 patients étaient sous infliximab (2 Polyarthrite rhumatoïde PR, 11 spondylarthrite ankylosante SPA, 7 oculo-angio-behçet, 2 uvéite bilatérale idiopathique UBI, 2 sarcoïdose : atteinte neurologique et hépatique), 23 sous adalimumab (4 PR, 13 SPA, 4 oculo-angio-behçet, 1 UBI, 1 rhumatisme psoriasique), 3 sous etanercept (1 PR, 2 SPA), 20 sous rituximab (5 PR, 3 lupus érythémateux systémique, 3 sclérodermie systémique, 1 maladie associée aux IGG4, 2 granulomatose avec polyangéite, 1 syndrome de Churg Strauss, 1 Rhupus, 3 myosite, 1 purpura thrombopénique immunologique PTI) et 7 sous tocilizumab (2 PR, 3 maladie de Takayasu, 2 maladie de Still de l'adulte). 8 patients ont reçu plusieurs molécules de biothérapie en raison de non efficacité

ou de mauvaise tolérance. La réponse thérapeutique a été évaluée par les scores d'activité en fonction de la pathologie et/ou la rémission de l'atteinte en fonction de l'organe touché. 18 patients ont entamé récemment leurs biothérapies ne permettant pas l'évaluation de leurs efficacités.

Le traitement était efficace chez 95% des patients sous Infliximab, 94% Adalimumab, 100% Etanercept, 83% Rituximab et Tocilizumab.

10 patients (5 sous infliximab, 2 adalimumab, 3 rituximab) ont développé des effets indésirables à savoir : tuberculose TBC pleurale, TBC urinaire, TBC latente, pneumopathie à répétition à germe non spécifique, urticaire généralisé, lombalgie avec hématurie macroscopique, atteinte cardiaque.

Conclusion

La biothérapie a révolutionné le pronostic des patients atteints de MAI, mais n'est pas dépourvue d'effets indésirables sévères.

JE.05

Profil en auto-anticorps chez un groupe de patients atteints de pneumopathie interstitielle diffuse

A.L. Nibou, I.Allam, R.Djidjik

Laboratoire d'Immunologie médicale, CHU Béni –Messous- Alger

Introduction :

La pneumopathie interstitielle diffuse (PID) est un groupe hétérogène de maladies associées à une infiltration parenchymateuse du poumon. Parmi ses étiologies, les connectivites et les vascularites, qui sont un groupe diversifié de maladies auto-immunes non spécifiques d'organes caractérisées par la présence d'auto-anticorps (AAC) au niveau sérique.

L'objectif de notre étude consiste à déterminer le profil immunologique en auto-anticorps chez un groupe de patients atteints de PID.

Méthodes :

Notre population était composée de 94 patients atteints de PID avec un âge moyen de 59 ans [de 30 à 79 ans] et un sex-ratio de 0.5 Homme/Femme.

Résultats :

Au cours de cette étude, 45.7% des patients atteints de PID avaient au moins un AAC positif. Les anticorps anti-nucléaires (AAN) étaient présents chez 60.5% des malades avec des titres modérés à forts dans 84.6% des cas. L'identification des AAN a révélé la présence d'anti-ADNdb chez 23.1% des patients, d'anti ARNt-synthétase avec le même taux suivi d'anti-SSA avec 15.4% d'atteinte. Par ailleurs, les anticorps anti-CCP et le FR étaient respectivement positifs chez 7% et 16.3% des patients. Tandis que la fréquence des ANCA était à 11.6%.

Conclusion :

La fréquence d'auto anticorps chez les patients atteints de PID semble d'être importante. Cela permet d'aider dans l'orientation du diagnostic vers la maladie auto-immune à l'origine de cette atteinte afin d'améliorer sa prise en charge.

JE.06

Connectivite et poumon vue en rhumatologie : discussion thérapeutique.

A.Rahmoune, Y.Sadeg, A.Ferhat, C.Dahou-Makhloufi. Service de rhumatologie
Centre Hospitalo- universitaire de Bab El Oued Alger, Algérie

Introduction : Les connectivites essentiellement la polyarthrite rhumatoïde (PR) et la sclérodermie s'associent à un éventail complexe de manifestations pulmonaire dont le diagnostic précoce est primordial car elles conditionnent le pronostic vital mais aussi le choix thérapeutique.

Nous rapportons deux cas de PR destructrice et déformante dont l'un s'associe à une sclérodermie systémique, avec atteinte pulmonaire, suscitant une discussion thérapeutique.

Observations :

Cas 01 : Mr A.M, âgé de 58 ans, tabagique pendant 10 ans sevré depuis 07 mois aux antécédents d'exposition à la poussière de pierre, Le patient présente une PR immunopositive (ACPA : 310 UI/l), associée à une sclérodermie systémique, compliquée d'une pneumopathie interstitielle diffuse, évoluant depuis 07ans.

Le patient était sous 4 mg/j de méthylprednisolone sans traitement de fond pour sa PR, en revanche, pour la PID il a reçu le cyclophosphamide ensuite un traitement d'entretien par azathioprine, ce dernier a été arrêté pour une toxidermie et il a été remplacé par MMF pendant 4 ans avec amélioration sur le plan pulmonaire.

A l'évaluation le patient présente une PR en activité modérée nécessitant la mise en route d'un traitement de fond tout en prenant en considération l'atteinte pulmonaire, le tocilizumab en monothérapie était la biothérapie de choix utilisée chez notre patient, on se basant sur les données récentes et les dernières recommandations de la sclérodermie et la PID.

Cas 02 : Mme B.R, âgée de 69 ans, aux antécédents de tabagisme passif pendant plusieurs années et de fibrose pulmonaire ayant précédé l'atteinte articulaire, admise pour prise en charge thérapeutique d'une polyarthrite rhumatoïde immunopositive (ACPA 1250 UI/l, FR 999 UI/l), ayant reçu comme traitement de fond le Léflunomide arrêté pour inefficacité, puis en coordination avec le pneumologie, un anti TNF alpha type étanercept a été instauré pendant 3 ans arrêté pour échappement thérapeutique, ensuite un switch vers le Rituximab associée au méthotrexate à raison de 7,5mg/semaine a été indiqué avec une surveillance étroite articulaire et pulmonaire.

Conclusion : La stratégie thérapeutique devant les connectivites avec atteinte pulmonaire devrait idéalement faire l'objet d'une réunion de consensus multidisciplinaire.

JE.07

Maladies auto-immunes associées à une cholangite sclérosante primitive : le cas d'une polyarthrite rhumatoïde et un lupus érythémateux systémique.

A.Rahou, I.Bouzid, T.Najib, S.Aribi, F.Ayad, M.Bachaoui, M.Belhadj.

Service de médecine interne EHU Oran

Introduction :

La cholangite sclérosante primitive (CSP) est une maladie cholestatique rare caractérisée par une atteinte inflammatoire et fibrosante des voies biliaires, de mécanisme probablement dysimmunitaire. La CSP s'associe rarement aux connectivites tel que la polyarthrite rhumatoïde ou le lupus systémique contrairement aux entéropathies exsudatives.

Nous rapportons le cas d'une patiente qui a présenté une forme associant ces 3 maladies auto-immunes.

Observation :

Madame L.H âgée de 38 ans sans antécédents particuliers, hospitalisée pour prise en charge de polyarthralgies inflammatoires touchant les petites et les grosses articulations de manière bilatérale et symétrique sans atteinte axiale associées à des manifestations digestives polymorphes à type de coliques hépatiques irradiantes vers l'épaule droite, anorexie et vomissements a l'origine d'un amaigrissement important, des manifestations dermatologiques faite de photosensibilité, un vespertilio, une chute de cheveux diffuse et un prurit généralisé d'intensité modérée.

Devant ce tableau un bilan biologique et morphologique a été demandé.

Résultats :

On retrouve un syndrome inflammatoire modéré et un bilan immunologique positif : FAN, anti SM, anti CCP et les facteurs rhumatoïdes fortement positifs, devant la positivité de ces derniers et l'atteinte clinique articulaire typique ainsi que les anomalies radiologiques a type de pincement

articulaire des IPP, le diagnostic d'une polyarthrite rhumatoïde était retenu selon les critères ACR/EULAR. La patiente réunie également les critères diagnostics d'un lupus érythémateux systémique : un bilan immunologique positif et atteinte dermatologique typique.

Devant la persistance des manifestations digestives et la normalité du bilan initial (bilan hépatique, fibroscopie), une BILI-IRM a été réalisée retrouvant un aspect raréfié avec alternance sténoses, dilatations des voies biliaires intrahépatiques caractéristiques d'une CSP. Le bilan immunologique d'une hépatite auto-immune et d'une cirrhose biliaire primitive était négatif.

La patiente ne présente aucune atteinte viscérale grave avec un Fibrotest[®] (F0). Le traitement indiqué était méthotrexate pour sa PR et Ursolvan pour sa CSP.

Conclusion :

Certains chevauchements au cours des connectivites sont rares posant un problème diagnostique mais surtout thérapeutique, limitant ou mettant en garde l'utilisation de certains traitements comme le méthotrexate au cours de la PR lorsqu'elle est associée aux maladies choléstatiques auto-immunes qui évoluent généralement vers une cirrhose secondaire.

JE.08

Myopathies de chevauchements : le cas d'une scléromyosite avec atteinte musculaire réfractaire.

A.Rahou I.Bouزيد, T.Najib, S.Aribi, F.Ayad, M.Bachaoui, M.Belhadj.

Service de médecine interne EHU Oran

Introduction :

La classification des myosites à récemment changé et cela grâce à une meilleure compréhension des associations d'autoanticorps avec les différents tableaux cliniques. On a abandonné donc l'ancienne classification de Bohan et Peter pour utiliser actuellement celle proposée par Troyanov réunissant : la dermatomyosite (DM) pures, les myosites de chevauchement, les myosites associées aux cancers, les myosites nécrosantes auto-immunes et la myosite à inclusions (MI).

Les myosites de chevauchement se caractérisent soit par la présence, en plus de l'atteinte musculaire, de manifestations systémiques soit par la présence d'anticorps non spécifiques des myosites pures tel que l'anti PM-SCL au cours de la scléromyosite. Ces myosites de chevauchement sont généralement plus sévères nécessitant presque toujours des traitements plus agressifs.

Nous rapportons un cas de myopathie de chevauchement : myopathie inflammatoire et sclérodermie systémique (scléromyosite)

Observation :

Madame O.S âgée de 26 ans aux antécédents d'une myopathie inflammatoire étiquetée comme polymyosite en 2017, mise depuis sous corticoïdes et azathioprine. L'évolution était favorable jusqu'en 2021 où il y eu l'apparition d'un phénomène de Raynaud sévère avec des troubles trophiques associés à des anomalies capillaroscopiques à type de dystrophies éctasiantes. Une pneumopathie interstitielle diffuse avec profil restrictif à l'EFR et un bilan immunologique positif à savoir FAN et anti RNP. Devant cette évolution, la patiente était mise sous Bosentan et méthotrexate. La patiente a présenté des effets secondaires au méthotrexate à type d'intolérances digestives, elle a présenté également une poussée sévère de son atteinte musculaire avec des CPK a 10 fois la normale et une dégradation de 10% des capacités pulmonaires totales (CVT) nous obligeons à passer au Cyclophosphamide. L'atteinte musculaire restait réfractaire malgré le traitement et même après des cures d'immunoglobulines

Conclusion :

Les myopathies de chevauchements représentent une situation particulière à l'origine dans la plupart des cas d'atteintes viscérales graves comme le cas de la scléromyosite dans cette observation associant une atteinte pulmonaire évolutive et une atteinte musculaire réfractaire posant un problème dans le choix thérapeutique. Des centres de références algériens nous semblent être nécessaires afin de nous aider à trouver des alternatives thérapeutiques devant ces cas particuliers.

JE.09

Sapho syndrome : A propos d'un cas

H. Maafa, M.Bouchenak, R.Malek

Service médecine interne, CHU SETIF

Introduction :

Le syndrome SAPHO est une affection rare associant des signes ostéo-articulaires et cutanés. C'est une maladie douloureuse et invalidante atteignant plus fréquemment les femmes que les hommes.

Observations :

Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 67 ans sans ATCDs particuliers, admise pour exploration de douleurs au niveau des articulations sterno-claviculaires. Examen clinique : aspect d'une tuméfaction chaude douloureuse des articulations sternoclaviculaires, manœuvres des sacro-iliaques indolores et absence des manifestations cutanées. L'IRM thoracique objective une ostéoarthrite sterno-claviculaire bilatérale à prédominance droite en faveur d'un syndrome de SAPHO. La scintigraphie osseuse montre une hyperfixation sterno-claviculaire. Une biopsie osseuse avec étude histologique montre une ostéite inflammatoire chronique non spécifique.

Discussion :

Le diagnostic positif du syndrome SAPHO repose sur les critères proposés par Kahn en 1994.

L'atteinte de la paroi thoracique antérieure très caractéristique est présente dans 65 % des cas.

L'atteinte cutanée n'est pas obligatoire pour retenir le diagnostic, elle peut précéder, accompagner ou survenir longtemps après l'atteinte ostéoarticulaire.

Conclusion :

Le syndrome SAPHO est une entité rare que la plupart des auteurs intègrent dans le cadre des spondyloarthrites. Il touche préférentiellement la paroi thoracique antérieure mais peut également intéresser le squelette axial et périphérique. L'atteinte cutanée n'est pas toujours présente et son absence n'élimine pas le diagnostic.

JE.10

Hypertension intracrânienne au cours d'un syndrome de chevauchement : à propos d'un cas.

M.Azzi, A. Ifticene, R.Hassani, M.Djennane

Service rhumatologie CHU Tizi Ouzou

Introduction :

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une pathologie auto-immune de présentation polymorphe.

L'hypertension intracrânienne (HIC) en est une manifestation neurologique rare.

Méthodes :

Nous rapportons le cas d'une patiente qui présente un syndrome de chevauchement associant une myopathie inflammatoire et un LES compliqué d'une HIC.

Observation :

Patiente âgée de 34 ans, obèse souffrant depuis 5 ans d'arthralgies inflammatoires associées à un tableau d'HIC traitée comme idiopathique, orientée à notre niveau pour une polyarthrite évoluant depuis 3 mois, précédée par des myalgies inflammatoires diffuses et des céphalées persistantes. À l'examen clinique, le testing musculaire objective un déficit des ceintures.

La ponction lombaire (PL) met en évidence une hyperpression du LCR et l'examen ophtalmologique un œdème papillaire. Sur le plan biologique, on note l'absence de cytolysé hépatique ou musculaire. Les FAN, anti-DNA et anti-Mi2 sont positifs. L'électromyogramme est sans anomalies. La biopsie musculaire est en faveur d'une dermatomyosite avec lésions de vascularite. L'IRM cérébrale retrouve des signes indirects d'HIC.

En plus des mesures hygiéno-diététiques, la patiente a été traitée par Acétazolamide et PL itératives sans réponse puis par corticothérapie à forte dose suivie d'une dégression progressive,

Hydroxychloroquine et Méthotrexate avec une bonne réponse sur le plan musculaire et neurologique.

Conclusion :

Il s'agit d'un syndrome de chevauchement associé à une HIC, manifestation rare au cours du LES.

JE.11

A propos d'un cas : hémorragie intra-alvéolaire au cours d'un lupus érythémateux systémique

W. Mesmous, M. Bouchenak, R. Malek

Service de médecine interne, CHU de Sétif

Introduction

L'hémorragie intra-alvéolaire (HIA) est une manifestation rare du lupus érythémateux systémique ; une urgence diagnostique et thérapeutique peut conduire rapidement vers une insuffisance respiratoire asphyxiante avec une mortalité élevée même avec un traitement bien adapté.

Observation

Nous rapportant le cas d'une jeune femme de 24 ans ; célibataire ; Etudiante en chimie; connue pour lupus érythémateux systémique depuis 02 ans dans sa forme articulaire et pulmonaire sous plaquenil.

La patiente est hospitalisée pour douleur thoracique et hémoptysie de faible abondance dans le cadre d'une altération de l'état générale d'installation aiguë.

L'examen clinique a trouvé: une pâleur cutanéo-muqueuse franche , des douleurs thoraciques surtout à droite ; dyspnée à l'effort ; des crachats hémoptoïques avec à l'auscultation pulmonaire des râles crépitant bilatérales sans fièvre, l'auscultation cardiaque normale . TA :100/70 mmHg.

Résultats

La biologie a trouvé une déglobulisation à la numération formule sanguine (une anémie normocytaire normochrome) avec une hémoglobine qui est passée de 8,9 à 4 g/dl(chute de 05 g/dl) avec un test de coombs négatif ; un syndrome inflammatoire(VS 40/60mm) ; le bilan rénal et l'ionogramme:correcte ; bilan hépatique :correcte;C3 effondré;les FAN positifs et un bilan de SAPL négatif.

la radiographie du thorax : des opacités alvéolaires basales bilatérales .Le scanner thoracique a objectivé un aspect en verre dépoli bilatéral.Le lavage broncho-alveolaire : présence des sidérophages. L'échocoeur est sans anomalies.

On a pris le diagnostic d'HIA sur un fuseaux d'argument clinique ;biologique et radiologique.

La patiente a bénéficié en urgence de trois bolus de corticoïde (15mg/kg/j) puis relais par 01mg/kg/j d'équivalent de prednisolone avec un traitement adjuvant et de bolus de cyclophosphamide (ENDOXAN) 500 mg chaque 15js pendant trois mois ; on a noté une bon évolution(clinique, biologique et un nettoyage radiologique).

Discussion

Bien qu'il s'agisse d'une complication rare du lupus érythémateux systémique (inférieur à 5%), devant la triade, hémoptysie anémie-opacités pulmonaires radiologiques, le diagnostic d'hémorragie intra-alvéolaire doit être évoqué rapidement. En effet, le pronostic de l'HIA dans le lupus est lié à la rapidité de la prise en charge thérapeutique avec une mortalité allant de 50 à 90 % .

L'HIA complique le plus souvent un lupus déjà connu, mais peut être révélatrice de la maladie dans 20% des cas, rendant son diagnostic difficile.

La pathogénie de l'HIA dans le LES reste complexe probablement non univoque avec intrication de différents mécanismes tels que dépôts de complexes immuns, thrombopénie, troubles de la coagulation, infection et poumon de choc. D'un point de vue histopathologique, on retrouve des lésions de dommage alvéolaire diffus et/ou de microangéite avec capillarite leucocytoclasique et parfois des dépôts granuleux d'IgG et de complément dans les septa alvéolaires.

Conclusion

L'HIA est une complication rare mais grave du LES .généralement secondaire à une capillarite alvéolaire dont l'origine n'est pas bien élucidée. Elle conditionne le pronostic de la maladie et son traitement doit être précoce.

JE.12

Les manifestations rénales du lupus érythémateux systémique

F. Benaziez, F. Mechid., A. Ferhat. R. Benaziez, C.Dahou-Makhloufi.

Service de médecine interne, Chu Tlemcen

Introduction :

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie auto-immune, chronique, de présentation clinique hétérogène, concernant essentiellement la femme jeune. L'atteinte rénale est l'une des manifestations les plus fréquentes et deuxième cause de mortalité. Sa sévérité est corrélée au type histologique.

Le but de notre étude est de déterminer les caractéristiques cliniques, biologiques et histologiques de l'atteinte rénale au cours du LES, nous avons relevé les caractéristiques démographiques, cliniques, et biologiques de ces patients.

Matériel et méthodes :

Etude descriptive, rétrospective, incluant les patients atteints de LES et répondant aux critères SLICC 2014 et/ou aux critères ACR EULAR 2017, hospitalisés dans le service de rhumatologie du CHU Bab El Oued, entre 2000 et 2023.

Résultats :

52 dossiers ont été colligés, dont 98 % femmes (sex ratio : 0,01), âge moyen : 31.5±11 ans.

L'atteinte rénale était présente dans 46.15% (24/52) des cas. Tous les patients avaient une atteinte articulaire, 89.36% avaient une atteinte cutanée, 73.08 % des manifestations hématologiques, 19.23% une atteinte cardiaque et 19.23 une atteinte pulmonaire.

Les AAN étaient positifs chez tous les patients (antiDNA natifs 80.77%, antiSm 30.77%, anti antigènes nucléaires solubles 44.23%), les APL étaient positifs dans 13.46% des patients et une hypocomplémentémie a été retrouvé chez 32.69 %. Le délai moyen d'apparition de l'atteinte rénale était de 46mois (extrêmes : 06mois - 09ans).

La présentation initiale de la néphropathie lupique (NL) était : une protéinurie isolée (50%), une hématurie isolée (8.33%), une protéinurie associée à une hématurie (29,1%), un syndrome néphrotique (8.33%) et une insuffisance rénale (4,16%), La ponction biopsie rénale a été pratiquée chez 15 patients et a révélé dans 26.66% une NL classe III, dans 26.66% classe IV, dans 13.33% classe II et dans 20% classe V.

82.69% des patients ont reçu une corticothérapie. Les immunosuppresseurs ont été utilisés chez 41.66 % des cas dont 6 patients ont reçu du cyclophosphamide suivi du mycophénolate mofétil (MMF), 1 patiente du cyclophosphamide suivi d'azathioprine, 2 patientes du rituximab, une patiente du MMF.

L'évolution était satisfaisante dans 70% des cas. Nous déplorons un décès.

Conclusion :

L'atteinte rénale représente un facteur de mauvais pronostic au cours du LES. A travers notre travail, nous remarquons que l'atteinte rénale de classe III et IV représente le type histologique le plus fréquent.

JE.13

Syndrome des anti-synthétases associé à un rhumatisme psoriasique et une thyroïdite d'Hashimoto : à propos d'un cas.

K.Aggoun, B.Bengana, C.Hassani, FZ.Chariat, H.Guerboukha,A.Boukabous ,S.Lefkir-Tafiani
Service de rhumatologie CHU Beni Messous-Alger

Introduction :

Le syndrome des antisynthétases (SAS) est une Myopathie inflammatoire idiopathique rare, caractérisée essentiellement par une myosite, une arthrite généralement symétrique et une pneumopathie interstitielle (PI) en association avec la présence d'autoanticorps dirigés contre les aminoacyls-ARNt synthétases. Il s'exprime par des arthralgies, le phénomène de Raynaud, l'éruption héliotrope, la dysmotilité distale de l'œsophage et les mains de mécanicien. Nous exposons la difficulté rencontrée pour le diagnostic et le traitement s'un cas avec association exceptionnelle d'un rhumatisme psoriasique avec un SAS et d'une thyroïdite d'Hashimoto.

Observation :

Patient D.A 52 ans porteur d'un psoriasis cutané avec hypothyroïdie et une hypertrophie bénigne de la prostate, qui consulte en rhumatologie pour des myalgies spontanées et provoquées avec des lombofessalgies inflammatoires et une polyarthrite des interphalangiennes distales des doigts et de façon bilatérale et symétrique.

A l'examen clinique : le patient avait un bon état général avec myalgies spontanées et provoquées et amyotrophie des muscles proximaux des quatre membres et une limitation de l'abduction des deux épaules, il signalait des lombalgies d'horaires mixtes avec fessalgies sur un syndrome rachidien lombaire et manœuvres des sacro-iliaques douloureuses ,sur le plan périphérique on a constaté des arthrite des métacarpo-phalangiennes (MCP) du 1^{er} rayon à droite et des arthrites avec flexion réductible des interphalangiennes distales (IPD) du 2^{ème} 3^{ème} 5^{ème} rayon de façon bilatérale et symétrique associée à des talalgies inflammatoires ; sur le plan cutané le malade avait des lésions érythémato-squameuses au niveau de la face dorsale des mains en regard des MCP , l'examen pleuro-pulmonaire a objectivé de fins crépitants au niveau des deux bases pulmonaires avec un phénomène de Raynaud. Biologiquement il y avait un syndrome inflammatoire biologique avec une CRP à 22 mg/l avec une réaction inflammatoire chronique évolutive à l'électrophorèse des protéines ,sur le plan immunologique il y avait des autoanticorps antinucléaires avec un taux de 1/320 avec présence des anti PL7 , les anti TPO et HLA B27. La radiographie du bassin a objectivé une sacro-iliite bilatérale confirmée à l'IRM et une subluxation de la MCP du 1^{er} rayon à droite, érosion marginale de l'IPD du 3^{ème},5^{ème} rayon à droite , 2^{ème} 3^{ème} 5^{ème} à gauche, pour l'exploration de l'atteinte pulmonaire le malade a bénéficié d'un scanner thoraco-abdomino-pelvien qui a révélé une atteinte interstitielle bilatérale en verre dépoli marquée au niveau des lobes inférieurs sans fibrose .L'atteinte neuromusculaire à l'EMG des 4 membres a révélé des anomalies en faveur d'un syndrome myogène ,l'atteinte est proximale sans signes d'une neuropathie ou atteinte de la jonction neuro-musculaire.

Discussion : L'association du rhumatisme psoriasique aux connectivites ont été décrits dans la littérature mais reste très rare. Cette association pose un problème thérapeutique. Le patient devait recevoir une forte corticothérapie qui risque de retentir sur l'extension du psoriasis cutané, alors que l'utilisation du méthotrexate paraît pertinente en première ligne pour agir sur les deux problèmes.

Conclusion : Le rhumatisme psoriasique et du syndrome anti-synthétases appartiennent les deux à des entités différentes, il paraît important de prendre en charge le patient de façon personnalisée afin d'agir sur les différentes pathologies qu'il présente.

JE.14

Les vascularites à ANCA : Aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs

M.H Bestaoui, F. Baiche, S.Zatla, Z. Bensaoula, I.Rais, S.Tchenar, A. Lounici
Service de médecine interne - CHU Tlemcen
Laboratoire de recherche sur le diabète – Faculté de médecine Tlemcen

Objectif

L'objectif de notre étude est de décrire les particularités cliniques, biologiques, radiologiques, thérapeutiques et évolutives des vascularites à ANCA.

Patients et méthodes

Etude descriptive transversale sur une série de vascularite à ANCA entre 2011 et 2022. Le diagnostic est porté sur les éléments cliniques selon la classification Chapel Hill 2012 et les critères ACR.

Résultats

Nous avons colligés 16 patients avec un âge moyen de 49,6 ans et une prédominance masculine (62,5%). Il s'agit de 8 Granulomatoses avec polyangeite (GPA), 6 granulomatoses eosinophiliques avec polyangeite (GEPA) et 2 polyangeites microscopiques (PAM).

Au cours de la GPA, on retrouve : l'altération de l'état général (AEG) et l'atteinte pulmonaires (75%) avec infiltrats (50%), excavation ou nodules (37,5%). L'atteinte rénale glomérulaire avec hématurie et protéinurie (75%) et une IRC (37,5%). L'atteinte ORL (75%) avec sinusite et croutes (62,5%), obstruction nasale, rhinorrhée et enselure nasale (50%), dysphonie et surdité de transmission (37,5%), sténose sous glottique (25%).

L'atteinte oculaire (62,5 %) avec episclérite (25%) ; arthralgies et HTA (50%) ; purpura vasculaire, douleurs abdominales, multinevrite, atteinte des nerfs craniens et céphalées (25%) ; C-ANCA type PR3 (75%) et granulome inflammatoire à la biopsie (80%)

Lors des GEPA, on retrouve l'atteinte pulmonaire dans tous les cas. Les infiltrats pulmonaires (83,3%) ; l'asthme, la sinusite, la neuropathie périphérique, l'hyperéosinophilie et AEG (66%) ; Pleurésie et arthralgies (33,3%), AVC ischémique (12,5%) et P-ANCA type MPO (50%)

Lors de la PAM, on retrouve une hémorragie alvéolaire et P-ANCA type MPO dans tous les cas ; une atteinte rénale glomérulaire avec hématurie et IRC ; arthralgies et HTA dans la moitié des cas.

La thérapeutique comprend une corticothérapie dans tous les cas, les immunosuppresseurs (75%) à base de cyclophosphamide (75%), Azathioprine (66,6%), Rituximab (41,6%), Méthotrexate et MMF (25%).

L'évolution générale comprend une rémission complète (43,75%), séquelles (37,5%), rechutes (37,5%) et des décès (12,5%) intéressant 2 granulomatoses de Wegener.

CONCLUSION

Les vascularites à ANCA ont des manifestations hétérogènes particulièrement pulmonaires, ORL et rénales nécessitant une prise en charge urgente et peuvent engager le pronostic vital. L'hémorragie alvéolaire et la GNRP sont les formes cliniques les plus graves.

JE.15

Association entre la polyarthrite rhumatoïde et la cirrhose biliaire primitive : une nouvelle observation

N. Tamir, K. Nassar, S. Zaher, S. Janani

Service de Rhumatologie, Centre hospitalier Universitaire Ibn Rochd

Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca université Hassan II, Casablanca, Maroc

Introduction :

La cirrhose biliaire primitive (CBP) est une hépatopathie chronique d'origine auto-immune. Les manifestations cliniques fréquentes sont le prurit, l'asthénie, l'ictère, parfois des arthralgies exceptionnellement des arthrites.

Par ailleurs, cette hépatopathie est souvent associée à d'autres maladies auto-immunes comme le syndrome de Gougerot-Sjögren pouvant être à l'origine de manifestations articulaires.

Néanmoins, l'association entre polyarthrite rhumatoïde (PR) et CBP est peu décrite dans la littérature.

Nous vous rapportons un cas de patient avec PR sévère associée à un syndrome de Gougerot-sjogren secondaire et une CBP.

Observation :

C'est un patient âgé de 51 ans, suivis pour cirrhose biliaire primitive confirmée biologiquement, immunologiquement et histologiquement depuis 2001, traité par acide ursodésoxycholique 600mg par jour.

Le patient est adressé au service pour un tableau de polyarthrite chronique touchant les grosses, moyennes, et petites articulations évoluant depuis 4 ans, associée à une sécheresse oculaire comme signe extra-articulaire.

L'examen clinique trouve des synovites des MCP et IPP, un flessum des 2 coudes avec raideur des poignets. Au bilan une VS à 52, CRP à 37 la radiographie a montré un pincement radiocarpien en bilatéral avec des érosions au niveau des os du carpe et au niveau de la base du 2eme MCP en bilatéral. Le facteur rhumatoïde et les anticorps anti-CCP sont négatifs

Le diagnostic de PR séronégative destructive et déformante était retenu, associé à un syndrome de Gougerot-sjogren retenu devant le syndrome sec oculaire subjectif et objectif, les AAN sont positifs et les anticorps anti SSA-Ro sont positifs.

Devant le bilan hépatique légèrement perturbé, nous avons préconisé l'association de l'hydroxychloroquine, de la sulfasalazine et une corticothérapie à la dose de 10 mg/jour avec traitement symptomatique de la sécheresse oculaire avec bonne évolution clinique et biologique pendant 2 ans avant de rechuter il y'a 4 mois. Actuellement il est candidat à un traitement par biothérapie (anti-TNF alpha).

Conclusion :

L'association entre PR et CBP est peu fréquente, elle est estimée entre 1,8 à 5,6 % des patients atteints de CBP.

Cette association pose un problème thérapeutique, elle doit prendre en compte l'atteinte hépatique et la toxicité de certains traitements de fond de la PR.

JE.16**L'alopecie cicatricielle, mode de révélation exceptionnel d'une sarcoïdose systémique à propos d'un cas**

A.Mammeri, A. Hamdi, S. Grine, A. Selkh, Z. Tamerni, A.Tebaibia
Service de médecine interne EPH El Biar -Alger

Introduction :

La sarcoïdose est une affection granulomateuse systémique dont les manifestations cutanées sont susceptibles d'être une circonstance de découverte très originale et précéder l'atteinte pulmonaire dans 30% des cas. Il peut s'agir de manifestations non spécifiques type érythème noueux, ou de lésions spécifiques d'expressions très variées, et notamment une l'alopecie cicatricielle qui est exceptionnelle. Nous en rapportons une nouvelle observation.

Observation :

Patiente âgée de 49 ans, sans antécédents pathologiques, présente depuis 15 ans une dermatose du cuir chevelu (plaques érythémato-squameuses) s'améliorant partiellement sous dermocorticoïdes. Devant l'installation d'une alopecie et l'apparition de plaques érythémateuses infiltrées au niveau de la jambe, du coude et du vertex, une biopsie cutanée est enfin pratiquée objectivant des lésions granulomateuses type sarcoïdose. La patiente présente par ailleurs une dyspnée stade 2 de la NYHA, un syndrome lymphoprolifératif superficiel (adénopathies cervicales) et profond (adénopathies médiastinales à la TDM thoracique) et une cholestase hépatique. La preuve histologique d'une sarcoïdose systémique est apportée par la biopsie ganglionnaire et celle du foie, justifiant la mise en route d'une corticothérapie et d'un traitement immunosuppresseur.

Conclusion :

L'atteinte du cuir chevelu au cours de la sarcoïdose est peu fréquente, devenant exceptionnelle lorsqu'il s'agit d'alopecie cicatricielle. Sa méconnaissance est source de retard diagnostique, et donc de séquelles ayant un impact négatif sur le plan somatique et psychologique. L'atteinte du scalp est

rarement isolée, souvent associée à des manifestations systémiques, son diagnostic précoce permettra un traitement précoce avant l'extension des plaques et l'installation d'une alopecie irréversible.

JE.17

Tocilizumab dans le traitement de la Maladie de Still de l'Adulte réfractaire à propos de 2 cas

S.Tchenar, A. Lounici

Service Médecine Interne, CHU Tlemcen

Introduction

La Maladie de Still de l'Adulte est une maladie auto-inflammatoire polygénique rare dont l'étiologie demeure inconnue. Elle se manifeste par la triade fièvre, éruption, polyarthralgie et constitue un diagnostic d'exclusion, le traitement par la corticothérapie n'est pas toujours satisfaisant, le recours à la biothérapie semble être une alternative efficace en cas de forme chronique et réfractaire.

Nous rapportons deux cas de MSA réfractaire traité par **Tocilizumab**.

Observation 1 :

Une femme de 28 ans aux antécédents d'une méningococcémie suivi pour une maladie de still de l'adulte remplissait 5 critères de Yamaguchi dont 3 critères majeur, la ferritinémie était à 1009 ng/ml, VS :48,CRP :89, FAN faiblement positif.

Observation 2 :

Une femme de 32ans sans antécédents particuliers rempli 7critères de Yamaguchi pour la MSA dont 4 critères majeurs, une hyperleucocytose à 19000 à prédominance neutrophile, VS :90,CRP :132. Les 2 patientes ont reçu une corticothérapie 1mg/kg/jr de prednisonne précédé d'un bolus de méthylprednisolone, une amélioration à court terme était notée puis rechute après régression d'où l'introduction du méthotrexate à 20mg/semaine et (hydroxychloroquine à dose 400mg/jr (1^{er} cas). Devant la corticodépendance et l'apparition d'une (carpite fusionnante (2^{ème} cas) un traitement à base de tocilizumab à la dose de 8 mg/kg/mois a été instauré chez les deux patientes avec une bonne évolution après 1 mois (8 cure pour le 1^{er} cas)

Discussion :

Le Tocilizumab était associé à une amélioration clinique et biologique chez les 2 patientes ayant une forme chronique et réfractaire de la MSA ainsi que pour l'épargne cortisonique ce qui a été prouvé dans l'étude espagnole d'Ortiz-Sanjuan qui a prouvé aussi sa supériorité par rapport à l'anakinra (anti IL1) dans une étude multicentrique.

Conclusion :

L'utilisation des biothérapies ciblant les cytokines pro-inflammatoires tel que le tocilizumab (anticorps monoclonal anti-IL-6) donne des résultats spectaculaires dans les formes chroniques et réfractaire de la MSA.

JE.18

Infections cutanées récidivantes révélant un déficit immunitaire iatrogène dans une connectivite.

L.Temam, B.Bengana, A.Boukabous, S.Abdellaoui, S.Lefkir.

Service de rhumatologie. CHU Beni Messous -Alger

Introduction

Déficit immunitaire et auto-immunité sont deux manifestations d'un dysfonctionnement du système immunitaire qui peuvent être associés de manière paradoxale . Les symptômes révélateurs sont classiquement infectieux et/ou auto-immuns qui sont parfois aussi au premier plan.

Observation

Mm A.A âgée de 63ans aux antécédents d'un rein unique congénital, suivie depuis l'âge de 34ans

pour une polyarthrite chronique traitée par de fortes doses de corticoïdes au long cours depuis 1997 jusqu'à 2018, avec un phénomène de Raynaud, un livedo réticulais, une sclérose cutanée, des myalgies spontanées et provoquées, amyotrophie généralisée, faiblesse musculaire plus marquée sur l'hémicorps gauche et une polyarthrite érosive des petites et grosses articulations mais a caractère plutôt asymétrique. Concomitamment, elle a présenté une hypogammaglobulinémie avec des infections à répétitions résistantes aux antibiotiques à type d'érysipèle et cellulite contre indiquant la prescription des immunosuppresseurs. Sur le plan biologique, anémie normocytaire normochrome et bilan inflammatoire toujours positif (CRP/VS), l'électrophorèse des protéines sanguines était en faveur d'une hypogammaglobulinémie à 4.6g/l, bilan immunologique revenu toujours négatif, bilan rénal, hépatique, lipidique et phosphocalcique sans anomalies. Sur le plan radiologique, elle présente une ostéoporose Tscore(col) :-3.7, Tscore(rachis) :-2.8 avec tassements vertébraux multiples et antélisthésis de L3 ; des érosions avec pincement au niveau des MCP,IPP ; ostéonécrose du plateau tibial latéral droit avec gonarthrose très avancée. La biopsie des glandes salivaires montre une sialadénite grade2, la capillaroscopie évoque une microangiopathie non spécifique, l'électromyogramme montre une atteinte neurogène périphérique aux membres supérieur et inférieur droits, sensitivo motrice. Le diagnostic d'un rhumatisme inflammatoire chronique est retenu chez cette patiente vu le tableau clinique avec une connectivité dont le profil immunologique reste indéterminé.

La patiente est mise sous plaquenil 200mg/j +Tildiem60mg/j +Iglv/mois selon le dosage des Ig

Conclusion :

La compréhension des mécanismes physiopathologiques qui conduisent à l'auto-immunité au cours des déficits immunitaires a permis de mieux comprendre le fonctionnement normal du système immunitaire. L'association fréquente de l'auto-immunité au cours des déficits immunitaires permet d'appréhender des modèles complexes des maladies auto-immunes ou de certains effets des thérapies ciblées

JE.19

Amaurose fugace monoculaire et si son traitement relevé du rhumatologue ?

N.Bradai, M. Ibrir D. Si Ahmed F. Otmani F. Bouali
Service de médecine interne, CHU Mustapha-Alger

Introduction :

La cécité monoculaire transitoire consiste en une baisse de l'acuité visuelle strictement monoculaire et transitoire, secondaire à un défaut de perfusion brutal et temporaire du globe oculaire. Le plus souvent est secondaire à une sténose athéromateuse de l'origine de l'artère carotide interne homolatérale. Elle peut être due à de nombreuses autres affections telles que la maladie de Horton.

Observation :

Nous rapportant le cas d'une observation, d'un homme âgé de 70 ans qui a présenté une cécité monoculaire droite dans un tableau clinique d'altération de l'état général, associé à une claudication de la mâchoire homolatérale, céphalée frontale, et une douleur à la palpation de l'artère temporale droite. Avec un syndrome inflammatoire biologique et une biopsie de l'artère temporale revenue sans anomalie. La maladie de Horton est retenue avec un score de 4/5 selon ACR 1990. Des bolus de corticoïdes à dose de 1 g par jours pendant trois jours avec relai per os 1 mg/kg/j. L'évolution était favorable, une amélioration rapide après quelque de traitement et une reprise totale de l'acuité visuelle a été observée.

Résultats :

La maladie de Horton est la vascularite la plus fréquente du sujet âgé. Le diagnostic en est le plus souvent facile dans sa forme classique, chez un sujet de 70 à 80 ans, en présence d'une altération de l'état général parfois fébrile, de céphalées inhabituelles, et d'un syndrome inflammatoire biologique franc. Le risque essentiel à la phase aiguë est la survenue d'une neuropathie optique ischémique

antérieure aiguë, responsable d'une perte d'acuité visuelle, le plus souvent définitive. La maladie est très sensible aux corticostéroïdes, et leur inefficacité doit faire remettre en doute le diagnostic.

Conclusion :

Le pronostic fonctionnel oculaire impose l'urgence diagnostic et thérapeutique ce qui impose une prise en charge multidisciplinaire.

JE.20

Vascularite à cryoglobuline compliquant une connectivité intriquée

H.Nait Said, A.Haddouche, N. Sekkal, H.Abeddaim, F. Hanni

Service de rhumatologie EHS Ben-Aknoun-Alger

Introduction :

Les cryoglobulinémies sont définies par la présence persistante dans le sérum d'immunoglobulines (Ig) anormales qui ont la propriété de précipiter au froid et de se solubiliser à nouveau lors du réchauffement. Les vascularites cryoglobulinémiques correspondent à l'ensemble des manifestations induites par l'occlusion vasculaire ou l'inflammation liées aux dépôts de complexes immuns contenant de la cryoglobuline. Leur prise en charge est intimement liée à leur cause, qu'il convient donc de rechercher par un bilan exhaustif.

Observation :

M M. Y âgé de 42 ans, aux antécédents de thyroïdite d'Hashimoto en rémission suivi pour une polyarthrite rhumatoïde immunopositive déformante et destructrice depuis 2002 ayant reçu plusieurs DMARDs dont l'association du Méthotrexate (MTX) et Hydroxychloroquine, qui consulte pour une poussée polyarticulaire avec lésions cutanées ulcéro-nécrotiques associée à des paresthésies au niveau des extrémités des membres inférieures avec notion de sécheresse oculaire.

L'examen clinique à l'admission retrouve un patient en poussée polyarticulaire des grosses et des petites jointures avec des déformations des doigts en coups de vent cubital et un avant pied triangulaire bilatéral. Sur le plan cutané : un placard maculeux au niveau de la moitié inférieure des jambes avec des lésions purpuriques et ulcéro-nécrotiques punctiformes, dont la biopsie cutanée objective une vascularite leucocytoclasique. Le bilan d'autoimmunité : FR, anti CCP, anti SSA et anti SSB sont fortement positifs, les auto-Ac des vascularites et les sérologies virales (HCV, HBV et HIV) sont négatifs. L'EMG montre une atteinte neurogène périphérique sensitive et la recherche de la cryoglobulinémie est positive avec présence de l'isotype IgM Kappa monoclonal et IgG Kappa polyclonal en faveur d'un type IIa.

Le diagnostic de connectivité intriquée (PR + syndrome de Sjögren) associée à une vascularite cutanée et neurologique à cryoglobuline a été posé. Le MTX a été interrompu à plusieurs reprises à la suite de l'installation de surinfections récidivantes des ulcères cutanés compliqués d'une septicémie et d'un syndrome d'activation macrophagique. Un traitement associant une corticothérapie (méthylprednisolone 1mg/kg/j), une reprise du MTX et une cure de Rituximab (4perfusions de 500mg/semaine) a été instauré après plusieurs antibiothérapies adaptées aux surinfections, associée à des soins locaux quotidiens entraînant une nette amélioration des lésions cutanées, de l'atteinte articulaire ainsi que de l'atteinte neurologique.

Discussion :

La vascularite à cryoglobuline mixte est une vascularite rare, son diagnostic repose sur la mise en évidence de la cryoglobuline mixte circulante associée à un tableau clinique évocateur. La vascularite leucocytoclasique en est le signe histopathologique typique à la biopsie cutanée d'une lésion vasculaire récente. Sa présence au cours des maladies auto-immunes reflète la très forte activité de la maladie qui nécessite un traitement immunosuppresseur en urgence. Ce dernier est adapté à la gravité des manifestations cliniques, le rituximab étant le traitement de première intention en cas de complications majeures (néphropathie, neuropathie, vascularite sévère).

Le diagnostic de vascularite à cryoglobuline associée à une connectivité intriquée chez le patient a été évoqué devant les signes cliniques, les lésions cutanées et l'atteinte neurologique qui peuvent être également rattaché au syndrome de Sjögren. Il est confirmé par la présence de cryoglobuline mixte dans le sérum. La prise en charge thérapeutique par le Rituximab a été discutée dès le début mais retardée à cause des infections à répétitions et leurs complications.

Conclusion :

Les cryoglobulinémies sont un groupe hétérogène de maladies systémiques, inflammatoires et/ou thrombotiques souvent secondaire à une infection virale ou à une maladie de système. La gravité potentielle des atteintes viscérales justifie leur recherche systématique par un interrogatoire ciblé, un examen clinique complet et des explorations complémentaires dirigées, même en l'absence de symptôme évocateur. Tous ces éléments sont cruciaux pour apprécier la gravité et décider d'une stratégie thérapeutique adaptée.

JE.21

Rémission de la polyarthrite rhumatoïde sous anti-TNF alpha : Expérience du service de rhumatologie du CHU

Bab el oued

A.Ferhat, D.Benalia,Y.Sadeg,C.DAHOU-Makhloufi

Service de rhumatologie, Chu Bab El Oued-Alger

Introduction

Les progrès réalisés dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde (PR) sont majeurs. La prise en charge thérapeutique de ce rhumatisme inflammatoire chronique et invalidant vise à obtenir la rémission ou une faible activité. L'objectif principal de notre étude est d'évaluer la rémission sous Anti-TNF alpha et d'en étudier les facteurs prédictifs.

Matériels et méthodes

Etude rétrospective, descriptive et analytique incluant les patients atteints de PR répondant aux critères ACR/EULAR 2010 traités par Anti-TNF α entre 2010 et 2022. Ont été relevés les données des patients et celles de la PR. Nous avons déterminé le taux de rémission et/ou la faible activité de la PR définies selon le score d'activité: Disease activity score (DAS28 VS) respectivement $<2,6$ et DAS28 VS entre $[2,6$ et $3,2]$.

Résultats

40 patients ont été colligés (3 patients ont commencé le traitement (TRT) depuis moins de 6 mois et 2 sont perdus de vue). 4 hommes (11,4%) et 31 femmes (88,6%), l'âge moyen était de $48,6 \pm 11$ ans, la durée moyenne de la PR était de $16,3 \pm 8,4$ ans, IMC moyen était de $26,7 \pm 10$ kg/m². L'utilisation d'un anti-TNF α en 1^{ère} ligne était à (80%) et en seconde intention à (20%), 21 patients (60%) étaient sous Etanercept, 10 patients (29%) étaient sous Adalimumab et 4 patients (11%) étaient sous Infliximab. Le DAS28 VS initial était de $4,5 \pm 0,9$, à 6 mois il était de $3,08 \pm 1,2$ et à 12 mois, il était de $3,25 \pm 0,8$. 21 patients (60%) avaient un Facteur rhumatoïde positif, 30 patients (85%) avaient les anti CCP positifs. 14 patients (40%) avaient des comorbidités. Dans 71% des cas, l'Anti-TNF α était associé à un csDMARD et dans 29% des cas, utilisé en monothérapie. L'épargne cortisonique a été réalisée chez 14 patients (40%).

A 6 mois de TRT, 18 patients (51%) étaient en rémission voir faible activité. A 12 mois, 15 patients (43%) ont atteint la rémission et/ou une faible activité. La durée moyenne de rémission ou de faible activité est de $30,8$ mois (± 22). Nous avons pas trouvé des facteurs prédictifs associés à la rémission.

Conclusion

La rémission ou la faible activité reste l'objectif ultime du TRT de la PR. Notre expérience avec les Anti-TNF alpha montre que l'obtention de la rémission est possible mais le défi est de la maintenir en diminuant la posologie du TRT. Aucun des paramètres étudiés n'est associé à la rémission car l'échantillon est faible. Cette étude mérite d'être prolongée avec un plus grand nombre de patients.

JE.22

Lymphome chez un patient atteint d'une polyarthrite rhumatoïde

Y.Hamza, Bouchbout, Barki

Rhumatologie, Hôpital Hakim okbi Guelma

Introduction :

Nous rapportons le cas d'un LMNH chez un patient atteint d'une syndrome de chevauchement (PR+sd GS)

Observation : un homme de 48ans originaire d'EL TAREF a été hospitalisé à notre service pour polyarthrite avec altération de l'état général et de multiple adénopathie cervicale bilatérale

-Il n'y avait pas de notion de voyage récent ni de contact avec des animeaux

-comme seul antécédent on retrouve une polyarthrite rhumatoïde et syndrome de gougerot sjogren primitif sous traitement depuis un 6mois

A l'examen clinique le patient est apyrétique, il présente des arthrites des deux épaules, coudes poignets, et des deux mains, des adénopathies cervicale bilatérale

L'examen de l'abdomen et cardio-respiratoire sont sans particularité

Bilan biologique : vs : 140mm la 1h /CRP : 20mg/dl

Fns : anémie microcytaire hypochrome / sérologie viral : ac anti HIV : négatif

Ac anti HCV : négatif, Ag anti HBS : négatif

Le reste du bilan biologique est sans particularité

Imagerie :

-TDM cervico-abdomino-pelviennne : multiple adénopathie sus et sous phrénique, épaissement pariétal gastrique suspect, angiome hépatique +kyste biliaire avec splénomégalie homogène

-biopsie gastro-duodénale : absence de signe de métaplasie intestinale et de critères de malignité

-biopsie exérese d'une adénopathie cervicale gauche : aspect histologique faisant discuter en premier lieu une infiltration gonglionnaire par un lymphome malin non hodgkinien a petites cellules

Discussion :

Le principal facteur de risque de lymphome dans la PR est l'activité prolongée de la maladie.

L'azathioprine, un immunosuppresseur qui entraîne un risque propre de lymphome, augmente probablement ce risque. Le méthotrexate et les anti-TNF qui ont une forte efficacité contre l'activité de la PR ont probablement un effet global favorable ou neutre sur la survenue de lymphomes.

Cependant, au sein des anti-TNF, il existe des subtilités dans le mécanisme d'action qui peuvent expliquer de possibles différences en termes d'incidence du risque de lymphome, différences qui doivent être confirmées par de nouvelles études épidémiologiques

JE.23

Atteinte pulmonaire dans la polyarthrite rhumatoïde : expérience du service de rhumatologie du CHU de Tizi-Ouzou

L,Igueni, MA. Ifticene, D.Larbi, S. Djennadi, R.Hassani, A. Touche, O.Oussaid, K.Illouli, I. Hamdad,

K.Charef Khoudja, M.Azzi, L. Rezgui, Md. Lassouaoui, S.Abbane, M.Djennane

Service de rhumatologie, chu TIZI-OUZOU

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie inflammatoire chronique multifactorielle touchant les articulations. L'atteinte pulmonaire est l'atteinte extra-articulaire la plus fréquente. Elle est présente chez 50% des PR tout venant sur le scanner thoracique. Les lésions peuvent être intriquées : nodules pulmonaires (20%), atteinte pleurale (15%), maladies des voies aériennes distales (30%): bronchiolites, bronchectasies; pneumopathies interstitielles diffuses au profil extrêmement hétérogène (20%).

En plus de ces atteintes spécifiques, le risque de cancer pulmonaire et de lymphome est augmenté au cours de la PR. Il ne faut pas oublier les toxicités médicamenteuses et les infections (à germe opportuniste ou à germe banal).

L'objectif de notre étude est d'estimer la prévalence et les différentes manifestations pulmonaires au cours de la PR.

Matériel et méthode :

Cette étude est descriptive, transversale incluant les patients atteints de PR, hospitalisés dans le service de rhumatologie de CHU Tizi Ouzou durant une période de 3 mois (janvier, février, mars 2022).

Tous les patients inclus, répondent aux critères ACR 1987 pour les PR établies et anciennes et les critères ACR /EULAR 2010 pour les PR débutantes.

Résultats :

50 dossiers colligés, 5 hommes, 45 femmes (sex-ratio H/F: 0.11) et successivement âge moyen (42ans), durée moyenne d'évolution (15 ans) et 22% ont un antécédent familial de PR.

Les manifestations pulmonaires étaient retrouvées chez 60% des malades, les différentes atteintes retrouvées sont : syndrome interstitielle 22%, épanchement pleural 16 %, micronodules 14% ,20 % ont une fibrose.

Sur le plan biologique, le syndrome inflammatoire biologique a été objectivé chez (75%). 54% des patients étaient sous méthotrexate et 46 % sous biothérapie.

Conclusion :

Dans notre étude, nous notons que l'atteinte pulmonaire est assez fréquente dans la PR malgré le faible têt de notre échantillon. Les causes pulmonaires représentent la 2ème cause de décès après les causes cardio-vasculaires chez ces patients, d'où la nécessité d'un diagnostic précoce et de les dépister de façon systématique car le pronostic vital peut être mis en jeu.

JE.24

Poumon : une cible de la Polyarthrite Rhumatoïde

D.Sendani, A.Lounici

Service de médecine interne, Chu TLEMEN

Introduction:

Les atteintes respiratoires dans la polyarthrite rhumatoïde (PR) sont probablement les secondes en fréquence après les manifestations articulaires et pourraient concerner un patient sur deux au cours de l'évolution de sa maladie, qu'il s'agisse d'atteintes pulmonaires propres à la PR, de complications infectieuses ou de toxicités médicamenteuses. Les manifestations pulmonaires propres à la PR sont très diverses, touchant le parenchyme pulmonaire, les voies aériennes, la plèvre ou les vaisseaux. Sous-estimées par la radiographie thoracique, les pneumopathies interstitielles (PI) sont en réalité présentes chez au moins 30% des patients et ont un impact très significatif sur le pronostic vital et la qualité de vie.

Objectif :

Déterminer la fréquence, les types et la sévérité des atteintes pulmonaires chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde

Matériel et méthode :

Etude rétrospective descriptive portant sur les patients atteints de PR recrutés au sein du service de médecine interne en hospitalisation et au niveau de l'unité de rhumatologie, sur une période de 7 ans. Pour chaque patient fiche de renseignement avec recherche des manifestations pulmonaire par l'examen clinique et test de marche de 6 minutes, étude fonctionnelle respiratoire (EFR), téléthorax et TDM thoracique.

Résultats :

Nous avons colligés 116 patients, 76 cas (65.5%) présentant des manifestations extra articulaires dont 26 cas (22,4%) d'atteinte pulmonaires. Nette prédominance féminine 69.2% femme et 30.7% homme, L'âge moyen 60 ans. La durée moyenne d'évolution 15ans. Présence de dyspnée d'effort chez 19% des patients. Test de la marche pathologique chez 15%. EFR : syndrome restrictif chez 26.9%. A la TDM thoracique l'atteinte parenchymateuse est la plus fréquente avec 61.5%(16 cas) de PID donc 8 cas de fibrose pulmonaire, 8 cas de nodule rhumatoïde et 02 cas bulle emphysémateuse, bronchiolite oblitérant 2 cas et 4 cas de pleurésie.

Conclusion :

On peut affirmer que l'atteinte pulmonaire ne doit pas être sous-estimée chez les patients souffrant de PR, tous les compartiments anatomiques peuvent être touchés. La plupart du temps l'atteinte est asymptomatique d'où l'importance de la recherche systématique par la tomodensitométrie thoracique permettant ainsi d'instaurer un traitement adéquat et précoce.

JE.25

Effacité et tolérance de l'infliximab dans la maladie de Takayasu (TAK) réfractaire aux traitements conventionnels

F.Alddafari, D. Sendani, A.Lounici

Service de médecine interne, CHU Tlemcen

Introduction :

La maladie de Takayasu est une vascularite inflammatoire chronique qui affecte les vaisseaux de gros calibre l'aorte et ses branches principales.

Observation :

Une femme âgée de 48 ans suivie à notre niveau pour une maladie de Takayasu, compliquée d'une sténose bilatérale des artères rénales. La patiente a été initialement traitée par corticothérapie (1.5 mg /kg/J) avec dégression progressive. Après 10 mois, sa fonction rénale s'est dégradée avec une clairance à la créatinine à 32 ml/min compliquée d'une hypertension artérielle résistante au traitement. L'angio-IRM thoraco-abdominale a montré un anévrisme thoraco-abdominal sus rénal avec thrombose. La dose de corticothérapie a été augmentée à 1 mg /kg/J, avec introduction de MTX 15 mg/semaine et d'un traitement antihypertenseur, avec réponse partielle et aggravation des signes cliniques et radiologiques. L'angioscanner abdomino-pelvien de contrôle a montré une aggravation de l'anévrisme thrombosé nécessitant une cure de corticothérapie en bolus avec introduction de cellcept à 2 g /j pendant 3 ans, puis 6 cures d'anti-IL6 (tocilizumab). Mais devant la persistance de la symptomatologie des perfusions intraveineuses d'infliximab à la dose de 5 mg / kg les semaines (0 et 2, puis toutes les 8 semaines) ont été initiées, aboutissant à une rémission avec normalisation des chiffres tensionnels. A la 20^{ème} semaine de traitement, la patiente a présenté une tuberculose

urinaire imposant l'arrêt du traitement par anti TNF et occasionnant le décès de la patiente par embolie pulmonaire

Conclusion :

Le traitement par l'infliximab peut entraîner une rémission ou une amélioration avec une diminution des besoins en glucocorticoïdes dans la maladie de Takayasu.

JE.26

La polychondrite chronique atrophiante un diagnostic à ne pas méconnaître

S.Benchaouia , S.Benzina , M.Lardja, K.Chahed

Service de médecine interne, CHU d'ORAN

Introduction

La polychondrite chronique atrophiante PCA est une maladie rare

Le diagnostic est évoqué devant la survenue de chondrites « atteintes inflammatoires du cartilage », surtout des oreilles, du nez ou de l'arbre respiratoire

Observation

Nous rapportons le cas d'un homme de 69 ans sans ATCD personnel particulier qui nous a été adressé par le service ORL ou il avait consulté pour un acrosyndrome touchant les oreilles qui deviennent tombante

Sur le plan clinique :

Episclérite récidivante ,ténosynovite des O2 épaules ,une xerostomie avec BGSA sialadenite lymphocytaire stade 4

Le bilan immunologique négatif

L'angiostScanner thoracique épaissement de l'aorte ascendante lacrosse et le tronc brachio-encéphalique .le DC de polychondrite atrophiante associé à un syndrome de gougerot sjogreen était retenu sur l'atteinte caractéristique du lobe de l'oreille, l'épisclérite l'atteinte articulaire et l'atteinte vasculaire qui fait la gravité de la maladie. Le patient a été mis sous 1mg/j corticoïde et cellcept

Conclusion

la PCA est une pathologie au multiple facette clinique mais avec une prédilection pour l'atteinte chondrale de l'oreille et du nez

il existe des critères de DC tel MC Adam

JE.27

Un syndrome des anti phospholipides révélant une résistance aux anti vitamines K

I.Z. Rais, A.Lounici

Service de médecine interne, CHU Tlemcen.

Introduction

La résistance aux AVK a été initialement décrite chez l'homme en 1964 et une origine génétique avait été évoquée.

Observation et conclusion

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 39 ans, qui présente un SAPL primitif associé a une résistance clinique et biologique aux AVK. Elle a eu plusieurs épisodes de thromboses veineuses profondes et deux embolies pulmonaires. Aucune thrombophilie constitutionnelle n'a été détectée.

La patiente est résistante à l'acenocoumarol (jusqu'à 12 mg/j) et à la fluindione (jusqu'à 60 mg/j), AVK à demi-vie longue sans modification de l'INR qui reste aux alentours de 1.

Une résistance à plusieurs AVK, est très rare, toute cause d'une résistance secondaire a été éliminée, ce qui suggère qu'une résistance génétique reste la cause la plus probable. Le traitement par héparine de bas poids moléculaire (HBPM) est maintenu, la DMO ainsi que le bilan biologique du

retentissement sont normaux. Si négativation des anticorps APL on discutera l'arrêt des HBPM et l'instauration d'acide acétylsalicylique.

JE.28

Profil clinico-biologique, histologique et thérapeutique au cours des myopathies inflammatoires idiopathiques : Expérience du service de rhumatologie du CHU Bab El Oued

Y.Sadeg, S.Yettou, C.Dahou-Makhloufi

Service de rhumatologie, CHU Bab El Oued-Alger

Introduction

Les myopathies inflammatoires idiopathiques (MII) sont un groupe hétérogène de maladies ayant en commun l'inflammation du muscle squelettique. L'atteinte musculaire peut être isolée ou associée à des manifestations systémiques (cutanées, articulaires ou respiratoires).

L'objectif de notre étude est de décrire le profil clinico-biologique, histologique et les modalités de prise en charge des patients atteints de MII.

Matériel et méthode

Etude rétrospective monocentrique ayant inclus les patients atteints de MII hospitalisés entre janvier 2000 et juin 2021.

Résultats

Nous avons colligé 18 patients, 15 femmes et 3 hommes, d'âge moyen de 46,2ans (28- 62ans). Les patients avaient une dermatomyosite dans 8 cas, un syndrome des antisynthétases (SAS) dans 8 cas et une polymyosite chez 2patients. L'atteinte musculaire était présente dans 17 cas , une polyarthrite chronique était retrouvée chez 3patients, une monoarthrite du genou dans un cas, des polyarthralgies inflammatoires chez 6 patients, les signes cutanés ont été observés chez tous les patients ayant une dermatomyosite et l'atteinte respiratoire était présente chez 6 patients. Sur le plan biologique : syndrome inflammatoire dans 7cas, CPK élevés chez 15patients (1,5-98fois la normale), LDH élevés chez 11 patients. Les anticorps antinucléaires positifs dans 12cas, les AAS étaient positifs chez 8 patients de type anti-JO1 (6cas), anti PL-7 (1cas), anti MI2 (1cas). L'EMG réalisé chez 12 patients avait montré une atteinte myogène dans tous les cas. La biopsie musculaire faite chez 10patients avait montré un aspect compatible avec une dermatomyosite dans 6cas, (SAS) dans 2cas et un aspect de myosite non spécifique dans 2cas. Sur le plan thérapeutique, les patients ont reçu : corticoïdes seuls (9cas), corticoïdes et immunosuppresseurs (4cas : azathioprine, 6cas : méthotrexate), immunoglobulines dans 1 cas et rituximab dans 2 cas.

Dans cette série, 2 cas ont retenu notre attention, le 1^{er} concernant une patiente présentant une scléromyosite posant un problème de prise en charge thérapeutique, le 2^{ème} était un cas de dermatomyosite paranéoplasique révélant un cancer de la vésicule biliaire.

Conclusion

A travers cette étude, nous avons constaté que la dermatomyosite et le SAS étaient de fréquence égale. Le traitement de première intention reste la corticothérapie associée aux immunosuppresseurs, fait appel parfois aux immunoglobulines ou au rituximab. Certaines formes sont particulièrement sévères, elles nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire

JE.29

Dermatomyosite réfractaire au traitement révélatrice d'un cancer du Cavum

A.Talbi, M.Bouchenak, R.Malek

service de Médecine interne CHU Sétif

Introduction :

La dermatomyosite (DM) est une maladie inflammatoire chronique faisant partie des myopathies inflammatoires idiopathiques (MI) caractérisée par une atteinte myogène associée à des lésions cutanées typiques. L'association DM et cancer est fréquente (18 à 32% selon les séries). Décrite pour la première fois par Stertz en 1916 en association avec un cancer gastrique. Son association avec le carcinome nasopharyngé (NPC) est peu décrite et de l'ordre d'un cas pour 1000 cas. Nous rapportons une observation de dermatomyosite révélant un cancer du nasopharynx localement avancé.

Observation :

L.B âgé de 60 ans grand tabagique qui a consulté au service de médecine interne pour une éruption cutanée précédée par l'installation d'une faiblesse musculaire de plus en plus sévère handicapant le malade avec une dysphagie.

L'examen clinique : patient en état général altéré stade 03 d'OMS, un érythème au niveau du visage (ERYTHEME LILIACE); Érythème violacé papuleux au niveau des dos des deux mains (PAPULES DE GOTTRON) et de la face d'extension des doigts et du pourtour des ongles douloureux à la pression (SIGNE DE LA MANUCURE). Un déficit musculaire des ceintures, plus marqué au niveau de la ceinture pelvienne avec signe de gravité (trouble de déglutition, voix nasonnée) et un signe de tabouret positif. Le reste de l'examen est sans particularités, mise à part une notion d'otalgie avec obstruction nasale unilatérale.

Le bilan biologique a montré des enzymes musculaires élevées notamment les CPK. L'ENMG a retrouvé une atteinte myogène en faveur d'une myosite. Un bilan immunologique revenue positif pour les anti-TIF1G. Devant l'intensité du déficit musculaire et la dysphagie le patient a bénéficié d'une corticothérapie à 15mg/ kg/j 03 (bolus en 3 jours de suite) associée à une cure d'immunoglobulines intraveineuses instaurées en 2ème ligne devant la gravité du tableau et la persistance de trouble de déglutition. Puis nous avons introduit le Méthotrexate 15mg/semaine S/C.

L'examen ORL a retrouvé une otite séro-muqueuse unilatérale et une masse du cavum dont la biopsie était en faveur d'un carcinome indifférencié du cavum. Le bilan d'extension n'a pas objectivé de métastases à distance permettant ainsi de classer le malade en stade II. Le malade a bénéficié d'une radio chimiothérapie concomitante.

Discussion

-L'association DM et cancer est fréquente allant de 18 à 32%, elle peut survenir à n'importe quel âge mais elle touche essentiellement l'adulte.

- Tous les types histologiques et toutes les localisations de cancers observés dans la population générale peuvent être associés à la DM, son association avec le carcinome nasopharyngé (NPC) est peu décrite, il s'agit le plus souvent d'un cancer indifférencié.

- la DM peut apparaître avant le cancer, en même temps que le cancer ou après le diagnostic du cancer.

- Son mécanisme pathogénique reste encore mal élucidé, mais il s'agit d'un dérèglement de l'immunité humorale et cellulaire.

Conclusion

L'avènement des auto-Ac spécifiques des MI a considérablement facilité le diagnostic des MI et a permis de mieux classer ces maladies. Les anti Tif gamma et les anti NXP2 sont les marqueurs de malignité.

Les syndromes paranéoplasiques, parfois révélateurs de certains NPC, constituent alors un élément aussi bien de diagnostic que de surveillance des NPC. Devant une dermatomyosite survenant chez des malades originaires des zones endémiques, le cancer du cavum doit être recherché en priorité.

Mots clés : Dermatomyosite paranéoplasique, cancer du cavum, dermatomyosite réfractaire anti Tif gamma, anti NXP2.

JE.30

Atteinte pulmonaire et polyarthrite rhumatoïde: A propos d'un cas

F.Baïche, N.Bouabdallah, A.Bensfia, A.Lounici

Médecine interne. Laboratoire de recherche sur le diabète LAREDIAB,

Service de médecine interne, CHU Tlemcen

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde est un rhumatisme inflammatoire chronique qui touche principalement les articulations mais aussi l'ensemble des organes contenant du tissu conjonctif. L'atteinte pulmonaire représente la localisation principale des manifestations extra-articulaires. Il peut s'agir de pleurésies, nodules pulmonaires, alvéolite interstitielle ou de bronchiolite. La nature et la gravité de ces lésions peuvent être très variables relevant ainsi d'un suivi rigoureux.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 51 ans, diabétique de type 2 et aux antécédents d'une hernie discale opérée, suivie pour une polyarthrite rhumatoïde depuis 20 ans sous Léflunomide et une corticothérapie Prednisone 5mg/j, sans suivi régulier. La patiente développe une douleur thoracique avec dyspnée d'effort d'aggravation progressive dont l'exploration scanographique révèle de multiples lésions nodulaires excavées bilatérales dont une rompue à l'origine d'une volumineuse lésion cavitairé aérique occupant la quasi-totalité du lobe inférieur gauche. Un complément d'investigation objective : la négativité des ANCA et la sérologie hydatique, une calcémie et une enzyme de conversion de l'angiotensine normales. L'IDRT et la recherche de BK dans les crachats sont revenus négatifs. Une spirométrie en faveur d'un syndrome restrictif modéré et une scintigraphie pulmonaire retrouvant une perfusion maximale apicale gauche à 22% vs 78% au poumon droit. On note par ailleurs la présence de nodules rhumatoïdes sous-cutanés au niveau des orteils récidivants après traitement chirurgical. La patiente est actuellement hospitalisée au niveau d'un service de chirurgie thoracique pour une bullectomie suivi d'une pleurodèse.

Discussion :

Les nodules rhumatoïdes pulmonaires surviennent au cours des polyarthrites rhumatoïdes sévères après plusieurs années d'évolution. Il sont le plus souvent excavés, de localisation sous pleurale et surviennent plus fréquemment chez les patients présentant des nodules rhumatoïdes sous cutanés. Ils peuvent rester stables durant de longues années mais se compliquer de nécrose et d'excavation dans la plèvre nécessitant une prise en charge multidisciplinaire complexe, médicale et chirurgicale.

Conclusion :

L'atteinte pulmonaire constitue l'une des manifestations extra-articulaires les plus fréquentes, elle est associée à une forte morbi-mortalité. Le dépistage des nodules rhumatoïdes pulmonaires est d'une importance capitale au cours du suivi des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde particulièrement devant des localisations nodulaires multiples.

JE.31**Le syndrome de Rhupus : à propos d'un cas.**

A.Djabou, R. Brik, M. Bouchenak, R.Malek
Service de médecine interne, Chu SETIF

La polyarthrite rhumatoïde et le Lupus érythémateux systémique sont des maladies Auto-immunes d'origine multifactorielle, leur coexistence définit rhupus qui décrit par Kantor puis par Péter Sh?r en 1971, entité clinique rare avec une prévalence de 0.09% à 2%, a travers le monde 155 jusqu'à 2006 cas de Rhupus ont été décrit, nous en rapportons une nouvelle observation.

Observation

Patienté B. S âgé de 64 ans suivi depuis 2012 pour PR érosive ,déformante avec DAS28 à 5.6 traité par méthotrexate 20 mg/semaine. Hospitalisé en 2016 dans le service de pneumologie pour une pneumopathie infiltrante diffuse rhumatoïde. En 2019 I : hospitalisation en médecine interne pour exploration d'une thrombopénie sévère avec anémie hémolytique, à L'examen clinique fièvre

à 39 ,photosensibilite

,ulcérations buccale ,polyarthralgie diffuse d'horaire inflammatoire. biologie un syndrome inflammatoire vs 75/102 CRP : 24 mg/l NFS anémie hypochrome microcytaire aregenerative hg:9.5g/l, thrombopenie sévère 30000elem/ml, avec lymphopenie le frottis sanguin bicytopenie perefpherique FAN positif d'aspect moucheté ac anti DNA a 1416 ac anti CCP a 899 ru/ml Fr positif, coombs positif. Le diagnostic de Rhupus à été retenu devant les critères ACR /EULAR 2010 pour la PR(10 pts) et les critères ACR /EULAR 2019 pour le LED (18pts), traitée par corticothérapie à forte dose 1mg/kg/j associée au rithuximab devant l'atteinte hématologiques et hydroxychloroquine 400mg/j devant l'atteinte cutanée et articulaire. L'évolution est favorable.

Discussion

Le RHUPUS est défini par la présence d'une polyarthrite symétrique érosive avec anti CCP positif et des manifestations cliniques du lupus avec des ac anti DNA OU ANTI Sm positif . Au cours du Rhupus les manifestations articulaires érosive sont prédominantes, les manifestations extra articulaires sont en général moins sévère et moins fréquentes et elles sont comparable à celle observées chez les patients lupiques ainsi les serites sont observé dans 15.3% à 43% des cas, glomerulonephrites dans 7.7 à 37.5 des cas, cutanée dans 30.7 à 71% des cas et les manifestations neurologiques dans 7.7 à 14% des cas.

génétiquement il y a un partage de gènes de susceptibilité qui sont commun à plusieurs pathologies rhumatismales ainsi qu'il existent 11 gènes clés associés à la fois à la polyarthrite rhumatoïde et au lupus. cette proximité génétique suggère des processus physiopathologique communs et possiblement des cibles thérapeutiques communes.

Conclusion

Compte tenu de du nombre limité des publications portant sur le Rhupus et de l'hétérogénéité des critères diagnostiques utilisés rendant difficile la prise en charge probablement aidé par l'amélioration des connaissances fondamentaux de ces deux pathologies.

JE.32

PR et carcinome urothélial : une association fortuite ?

R. Fekrache, H.Ayed

Service de rhumatologie, CHU Ibn Sina, ANNABA

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde est une maladie auto-immune ayant pour cible la membrane synoviale.Plusieurs études ont conclus que les patients qui en sont touchés présentent un risque plus élevé de cancer par rapport à la population générale. Nous rapportons le cas d'une patiente connue pour une PR ayant développée un carcinome urothélial.

Observation :

Il s'agissait d'une patiente de 60 ans, aux antécédents de polyarthrite rhumatoïde depuis 09 ans sous 15 mg de Méthotrexate, allergique aux sulfamides, et un carcinome des tubes collecteurs nephrectomisé en 2021.L'examen physique, 9 mois après son intervention, retrouvait une patiente en poussée polyarticulaire touchant les grosses et les petites articulations.L'évaluation biologique retrouvait un syndrome inflammatoire biologique important (VS à 97 mmH1, CRP à 20 mg/l).

L'évaluation radiographique, retrouvait une main rhumatoide stade 3 de Steinbrocker.La patiente a été mise sous Hydroxychloroquine à 400 mg/j en association au Méthotrexate à 10 mg / semaine pour sa PR .L'amélioration était partielle, et la patiente gardait toujours des arthrites actives.

Discussion : Le risque de cancer au cours de la PR est augmenté de 9% par rapport à la population générale.Plusieurs mécanismes peuvent être suspecté : il peut s'agir d'un phénomène naturel, ou secondaire au dérèglement immunitaire, ou à un traitement immunosuppresseur (Azathioprine, la ciclosporine et le cyclophosphamide , certaines biothérapies..).La prescription du MTX en cas de cancer à haut risque de récidence (vessie, rein) n'est pas codifiée et repose sur la présence ou non de

facteurs de mauvais pronostic. La survenue d'un cancer chez un patient sous Methotrexate, dont le traitement carcinologique était exclusivement chirurgical n'impose pas son arrêt.

Conclusion :

Le carcinome des tubes collecteurs est rare, de mauvais pronostic et découvert au stade métastatique en général (cancer ostéophile+++). Les cancers urothéliaux sont des tumeurs des immunodéprimés, comme en témoigne leur incidence chez les transplantés. Sa survenue sur une PR rend difficile sa prise en charge thérapeutique, et pose un problème pour atteindre l'objectif de rémission ou à défaut un faible niveau d'activité.

JE.33

L'atteinte oculaire au cours de l'artérite à cellules géantes : à propos de 18 cas

I. Abboud, Mh. Bestaoui, A. Lounici

Service de médecine interne, CHU Tlemcen

Rationnel et objectif :

L'artérite à cellules géantes (AGC) est une vascularite primitive du sujet âgé de plus de 50 ans caractérisée par une atteinte inflammatoire prédominante sur les artères de grands calibres et prédomine sur le territoire céphalique. L'atteinte oculaire au cours de cette maladie est considérée comme l'atteinte la plus grave, elle peut être responsable de cécité dans 15 % des cas dans les séries récentes. Le but de notre étude est de décrire le profil clinique, thérapeutique et évolutif de cette localisation viscérale.

Méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective sur une durée de 4 ans (2018–2022) incluant 18 cas d'artérite à cellule géante, diagnostiqués dans le service de médecine interne du CHU TLEMEN, Tous les patients inclus présentaient au moins trois des cinq critères de l'ACR 1990.

Résultats :

Dix-huit malades avaient une atteinte ophtalmologique dont 11 hommes et 07 femmes. L'âge moyen était de

65.5 ans (51–80 ans). Les manifestations oculaires étaient inaugurales chez 13 patients : 8 patients ont présenté une Baisse de l'Acuité Visuelle (BAV). Elle était en rapport avec un flou visuel dans 3 cas et une amaurose chez 2 cas. D'autres manifestations ont été retrouvées également à type de rougeur oculaire, de diplopie. Un examen ophtalmologique spécialisé avait conclu à une névrite optique ischémique antérieure chez 5 malades. On avait trouvé également chez 8 malades un œdème papillaire bilatéral et une occlusion de l'artère centrale de la rétine chez 2 malades et un silence choroïdien dans un cas. Le reste du tableau clinique était dominé par les signes généraux présents chez 7 malades. Quant aux manifestations articulaires, elles étaient notées chez 9 malades. Six malades avaient une pseudo-polyarthrite rhizomélique typique. La triade céphalée–claudication intermittente de la mâchoire–hyperesthésie du cuir chevelu était retrouvée chez 2 malades. Le syndrome inflammatoire biologique était retrouvé chez 15 malades tous les patients ont reçus un bolus de corticoïde avec relais per os, 17 patients ont une bonne évolution clinique, et une cécité est notée chez un seul patient.

Conclusion :

Par leur fréquence et leur gravité les manifestations ophtalmologiques de l'artérite à cellule géante en dominent le pronostic car elles peuvent provoquer une cécité définitive.

JE.34

Les salicylés dans le traitement des arthrites juvéniles idiopathiques : Intérêt du suivi thérapeutique

M.Aichaoui, A. Boudis

Pharmacienne spécialiste en Chimie analytique. Agence nationale de contrôle des produits pharmaceutiques

Introduction

L'arthrite juvénile idiopathique (AJI) est une atteinte inflammatoire articulaire sans cause reconnue chez l'enfant. Elle a pour traitement principal les AINS, notamment les salicylés.

L'acide acétylsalicylique (AAS) étant prescrit à de fortes doses, et du fait de sa pharmacocinétique variable et de sa toxicité, notre travail a visé de souligner l'intérêt du suivi thérapeutique (STP) des salicylémiés afin de distinguer si l'échec thérapeutique est dû à un sous dosage ou une résistance au traitement.

Matériel et méthode

Une étude prospective multicentrique portant sur le dosage des salicylémiés avant (H_0) et après (H_1) la prise du médicament a été réalisée chez un groupe de 05 patients. Le dosage s'est fait au laboratoire de toxicologie du CHU de Batna utilisant la technique colorimétrique de Trinder. Un questionnaire a été dirigé vers 33 médecins (rhumatologues et pédiatres) afin de connaître leur avis concernant la prescription et le STP des salicylés dans les AJI.

Résultats

09 médecins utilisent les salicylés en première intention pour les AJI, et 09 ont déclaré que le STP n'était pas nécessaire face au suivi clinique seul. Un seul patient avait des résultats dans l'intervalle thérapeutique de [150-300] mg/l, les 04 autres étaient infradosés. 02 de ces patients avaient quand même ressenti une amélioration des douleurs.

Conclusion

L'aspirine bien qu'elle soit évitée par certains médecins par soucis d'inefficacité, elle reste encore utilisée et présente l'avantage de permettre son suivi thérapeutique, ce dernier demeure nécessaire pour une meilleure adaptation de posologie.

JE.35

Endocardite de Libman-Sacks révélant un Syndrome des anti-phospholipides primitif réfractaire sévère : à propos d'un cas.

K.Amara, A.Lounici

Laboratoire de recherche sur le diabète : LAREDIAB

Faculté De Médecine Benzerdjeb Benaouda, Université Aboubekr Belkaid Tlemcen

Introduction :

L'endocardite de Libman-Sacks est une complication rare du syndrome des Antiphospholipides (SAPL), au cours de laquelle il existe une végétation non infectieuse au niveau des valves cardiaques. Nous rapportons un cas d'une endocardite de Libman-Sacks associée à des thromboses veineuses révélant un SAPL.

Observation :

Notre patiente était une femme âgée de 37 ans, aux ATCD d'une maladie cœliaque depuis 2019 sous régime sans gluten, présentant une fièvre persistante évoluant depuis 2 mois. L'auscultation cardiaque révélait un souffle systolique d'intensité 3/6 au foyer pulmonaire. Nous avons objectivé un syndrome inflammatoire biologique. 4 hémocultures ont été faites revenant négatives, une procalcitonine aussi négative. L'échographie doppler cardiaque trans-oesophagienne avait objectivé une végétation de localisation inhabituelle de 24 mm au niveau de l'infundibulum pulmonaire sous la valve pulmonaire très peu mobile, une valve tricuspide avec Ebstein minime avec IT grade II à III et un thrombus important de 2 cm au niveau de l'oreillette droite. Le diagnostic d'endocardite infectieuse était alors évoqué, mais malgré une antibiothérapie bien menée, la fièvre et le syndrome inflammatoire biologique avaient persisté. Par la suite, une dyspnée aiguë avec une hémoptysie ont apparu où une scintigraphie pulmonaire de perfusion a été demandée revenant en faveur d'une

embolie pulmonaire bilatérale. Une anticoagulation curative à base d'Enoxaparine 100UI/kg/12h en sous-cutanée a été initiée. Deux semaines plus tard, la patiente a présenté un tableau digestif fébrile. Une angio-TDM abdomino-pelvienne a été demandée objectivant une hépatomégalie homogène, une thrombose de la VCI en infra hépatique sur une longueur de 130 mm, s'étendant vers les veines iliaques, et une thrombose concomitante de la veine rénale et gonadique droites. Un bilan immunologique était alors réalisé qui avait montré des anticorps antinucléaires négatifs et des anticorps anticoagulants circulant lupique, anti-cardiolipine et anti B2GP1 positifs. Le diagnostic retenu était un SAPL veineux primitif réfractaire sévère avec une endocardite de Libman-Sacks. La patiente a reçu des bolus de corticoïdes pendant 3 jours puis un relais 1mg/kg/j de prednisone avec dégression progressive, une héparinothérapie curative avec relais AVK (NR cible 3-4) et hydroxychloroquine 400mg/j qui avaient permis une amélioration de l'état général avec négativation du syndrome inflammatoire biologique et une nette régression de la végétation.

Conclusion :

Lorsque le syndrome inflammatoire clinique et biologique persiste sous antibiothérapie au cours d'une endocardite infectieuse, nous proposons alors de compléter le bilan par la recherche des anticorps antinucléaires et anti-DNA natifs, puis d'un SAPL éventuellement associé.

Mots clés :

Syndrome des anti phospholipides, traitement anticoagulant, endocardite de Libman-Sacks, thromboses veineuses

JE.36

Cholestase intra hépatique révélant un syndrome de Reynolos associée à un cancer du sein

H. Belkacemi, Khelif.N; Maalem.D

Service de médecine interne, Chu Batna Benflis Touhami-Batna

Introduction

Le syndrome de Reynolds (SR) est une maladie auto-immune caractérisée par l'association d'une cirrhose biliaire primitive (CBP) et d'une sclérose systémique cutanée limitée (SScl). L'association entre le cancer et la sclérodermie systémique (SSc) a déjà été décrite, Mais elle est mal connue.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 60 ans sans antécédents particuliers admise pour l'exploration d'une cholestase intra hépatique. Cliniquement, elle présente une asthénie, prurit, ictère cutanéomuqueux, phénomène de Raynaud bilatéral, un épaissement cutané au niveau des avants bras, pieds, jambes et mains avec des doigts boudinés avec présence de méga-capillaires péri unguéales, télangiectasies faciales et dépigmentation de la peau. Biologiquement, on note une cholestase biologique (GGT: 2xN, PAL: 2xN, Bilirubine totale: 26mg/L, bilirubine conjugué: 21mg/L), les transaminases sont normales, le TP est de 80%. On note une hypo-albuminémie à 22g/L. La numération formule sanguine, le bilan rénal ainsi que le taux de CRP sont sans anomalies. Les sérologies d'hépatite b et C sont négatives. A l'électrophorèse des protéines sériques on note un bloc beta gamma. Sur le plan immunologique, bilan immunologique, les FAN sont positifs, avec présence d'anti centromère et d'anti gp210.

Concernant les examens morphologiques, à l'échographie abdominopelvien, le foie est irrégulier avec présence d'une splénomégalie homogène. La radiographie des mains et des avants bras montre des calcifications sous cutanées, la fibroscopie digestive haute met en évidence des varices

œsophagiennes grade 1 avec gastrophagie hypertensive. L'échographie cardiaque met en évidence des signes d'HTAP. A la capillaroscopie, on note la présence des méga capillaires. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien montre la présence d'un incidentalome surrénalien bilatérale avec nodule mammaire droit associée à des adénopathies axillaires homo latérales, mammographie confirme le nodule rétro aréolaire droit calcifié et la biopsie mammaire est en faveur d'un adénocarcinome mammaire

Le diagnostic de cirrhose biliaire primitive a été retenu compliquée d'une cirrhose hépatique classe B de Child Pugh, le diagnostic de sclérodermie a été posé selon le score d'EULAR ACR (27 points). Chez notre patiente la sclérose cutanée ne remonte pas au-dessus des coudes et des genoux, donc c'est une sclérodermie systémique limitée, le diagnostic de syndrome de Reynolds a été retenu devant l'association de cirrhose biliaire primitive et la SSc associée à un cancer du sein. On a mis la patiente sous : AUCD, inhibiteur calcique, albumine et orientation au consultation d'oncologie

Conclusion :

Le pronostic du syndrome de Reynolds dépend de la sévérité de la CBP et de l'évolution de la sclérodermie. Une enquête systématique et exhaustive a la recherche d'une néoplasie occulte paraît particulièrement justifiée surtout chez le sujet âgé de sexe féminin.

JE.37

Manifestations clinico-biologiques et profil immunologique au cours du Lupus systémique :

Expérience du service de médecine interne du CHU Tlemcen

M.H.Bestaoui, F.Baïche , Z.Malti , M. Baba Ahmed, A.Bensfia , N.Bouabdallah, A.Lounici

Service de médecine interne CHU Tlemcen

Laboratoire de recherche sur le diabète – université de Tlemcen

Introduction

Les manifestations cliniques et biologiques du lupus érythémateux systémique (LES) sont extrêmement protéiformes. Elles varient d'un sujet à l'autre, aussi bien au début de la maladie que durant l'évolution.

L'objectif de notre étude est de déterminer le profil clinique, biologique et immunologique au cours du lupus systémique.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude menée au service de médecine interne du CHU de Tlemcen portant sur 166 patients ayant un LES diagnostiqué. Nous avons appliqué les critères ACR 1997 et critères ACR/EULAR 2019.

L'âge moyen est de 33 ans avec prédominance féminine (90%). Les modes de révélation sont représentés par l'atteinte articulaire (46.2%), générale (17.3%), cutanée (17.2%), rénale (9%), hématologique (9.1%) et neuropsychiatrique (3.8 %).

Résultats et conclusion

Les manifestations retrouvées sont : générales (63%) avec fièvre (49%); cutanéomuqueuses (75.9 %) avec éruption malaire (65%), photosensibilité (41%), alopecie (30%) et ulcération buccale (22%), lupus discoïde (7%); articulaires (76.5%) à type d'arthralgies (77.6%) et/ou arthrites (43.8%), myalgies (19,9%); syndrome de Raynaud (21.6%), HTA (9.6%), HTAP (5.2%), phlébite (5.8%), sérites à type de péricardite (21.4 %), pleurésie (22.2 %) ou ascite (10.4%), neuropsychiatriques (19.8%) avec convulsion (12.1%) ou psychose (12.1%) ; rénales (49.6%) avec protéinurie (65,3 %) et IRC (%) , néphropathie lupique stade 1 (2.5%), un stade 2 (35.4 %), stade 3 (39.5%) ou stade 4 (20.1 %); une anémie (66.8%) de type hémolytique dans 6,3%, leucopénie (42.1%), lymphopénie (45.7%) et thrombopénie (22,2%).

Sur le plan immunologique on retrouve les FAN (95.7%), anti-ADNn (71%), anti-Sm (30.1%), SSa (37.9%), SSB (16.8%), APL associé (31.9 %) et une hypocomplémentémie (63.2 %).

JE.38

Profils capillaroscopiques à propos de 42 cas

M.Bouchikhi, D.Sendani, A.Lounici

Service de médecine interne, CHU Tlemcen

Introduction :

La capillaroscopie est un examen simple, rapide et indolore qui permet de visualiser les capillaires au niveau des angles. Examen de référence permettant le dépistage précoce de la sclérodermie. les méga capillaires et la raréfaction sont des signes pathognomoniques et quasi constants.

Objectif:

Apprecier et caractériser finement les perturbations microcirculatoires des acrosyndromes vasculaires,et principalement le dépistage de la microangiopathie sclérodermique.

Matériel et méthode :

Étude prospective, descriptive, incluant les patients atteints de troubles trophiques (phénomène de Raynaud et acrocyanose), suivis de novembre 2022 à février 2023 au niveau du service de médecine interne du CHU TLEMCEM, à l'aide d'un capillaroscope numérique (système DINOLITE). N'ont pas été inclus les patients avec amputations/ischémies digitales distales gênant l'examen et les malades non compliants.

Résultat :

Nous avons colligé 42 dossiers avec sexe ratio=0,44 (29 femmes et 13hommes). L'âge moyen=41 ans (16-71). Le BMI moyen=24,33(15-35). motifs d'examen capillaroscopique du phénomène de Raynaud :82% avec bilatéralité à78%, acrocyanose 16%. Le début des troubles était entre [03 semaines-10 ans].

La présence de comorbidités a été retrouvée dans 46% des cas [DT2 ,DT1et HTA] . Les FAN + dans 48%,anti-scl70 dans23% et anti SSA :10,2%. La capillaroscopie était normale dans 24% des cas. Des lésions de micro angiopathie organique spécifique dans 62% des cas, avec diminution de la densité capillaire dans 56% ,présence de ramification dans 48% ,des méga-capillaires dans29,2%,taches hémorragique dans 24,7%. Des lésions de micro-angiopathie non spécifique objectivées dans17,2% des cas.

Conclusion :

La capillaroscopie est un examen atraumatique et reproductible qui a un Intérêt majeur dans le diagnostic précoce de la Sclérodermie devant un phénomène de Raynaud isolé.

Tout Phénomène de Raynaud atypique doit bénéficier : examen capillaroscopique / Ac antinucléaires annuels.

JE.39

Association sclérodermie et hyperplasie thymique à propos d'un cas

N.Bouziani, S.Chine, YM Medjdoub

Service de chirurgie thoracique CHU Mustapha Pacha Alger Centre.

Introduction :

Le thymus est un organe lymphatique central responsable de nombreuses fonctions immunologiques incluant la production de cellules T fonctionnelles matures et de l'induction de la tolérance du soi, le besoin pour le thymus de générer un apport continu de cellules T décroît en avançant dans l'âge. La sclérodermie systémique est une maladie auto-immune du tissu conjonctif

caractérisé par des lésions micro vasculaires de la peau et une fibrose généralisée aboutissant à des lésions organiques affectant surtout les poumons et une inflammation du tractus gastro-intestinale le cas chez notre malade. Le thymome et hyperplasie thymique son orienté à la chirurgie pour éventuelle amélioration clinique après thymectomie.

Observation :

Patient H, A âgé de 31 ans était suivi pour une sclérodermie systémique, faite de télangiectasies au niveau du visage, un nez effilé, microstomie et chevauchement dentaire, sclérose cutanée ne dépassant pas le coude ni les genoux avec aspect de doigt boudiné, un phénomène de Raynaud et déformation de 3^e et 4^e doigts, vue la décompensation et l'augmentation des poussées de sa maladie, une TDM thoracique a objectivé une hyper-trophie thymique homogène de 15mm d'épaisseur associée à une infiltration réticulo-micro-nodulaire pulmonaire droite bifocale, le patient était adressé à notre niveau pour éventuelle chirurgie après un bilan préopératoire complets .il a été abordé par manubriectomie médiane, une Thymectomie a été réalisée, suites opératoires étaient simples. Étude histologique: hyperplasie thymique, une stabilité de la malade après chirurgie a été noté.

Discussion :

Les anomalies thymiques telles qu'une involution thymique incomplète, une hyperplasie thymique ou un thymome peuvent survenir dans la sclérodermie systémique (ScS). Dans une étude comparant 34 ScS avec 34 sujets témoins sains, Férry et al. Rapportant des thymus anormalement développés ou nodulaires chez des patients porteurs d'une ScS. Dans une autre étude, Ok sel et al. Observant une involution thymique incomplète chez 63 patients ayant une ScS contre 45 patients témoins. Bien que la taille du thymus résiduel n'était pas estimée précisément et que les corrélations cliniques n'étaient pas déterminées. Dans ces études l'association de pathologies thymiques surtout l'involution thymique et sclérodermie sont retrouvés, responsable de la sévérité de la maladie. La chirurgie donc retrouve sa place, mais des études sont nécessaires pour confirmer cette association et éclaircir la signification pathologique de l'involution thymique incomplète dans les maladie auto-immunes.

Conclusion :

On note une association des pathologies thymiques surtout involution thymique incomplète, et la sclérodermie cette dernière responsable de la sévérité de la maladie, dans ce cas la chirurgie retrouve sa place pour stabilisation de la maladie, mais des études sont nécessaires pour confirmer cette association et éclaircir la signification pathologique, de l'involution thymique incomplète dans les maladies auto-immunes.

JE.40

Profil épidémiologique, clinique et évolutif de la sarcoïdose à propos de 09 cas

Dj.Mahi, A. Lounici.

Service de médecine interne. CHU Tlemcen

Introduction :

La sarcoïdose est une maladie inflammatoire systémique de cause inconnue, qui atteint préférentiellement les poumons, mais peut atteindre n'importe quel autre organe, associée à la formation de granulomes épithéloïde non nécrotiques.

Objectif :

Décrire les particularités épidémiologiques, cliniques et évolutives des patients atteints de sarcoïdose.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle, incluant 09 cas atteints de sarcoïdose suivis au service de médecine interne du CHU de Tlemcen sur une période de 05 ans (de 2017 au 2022), le diagnostic de sarcoïdose a été posé devant un faisceau d'arguments clinique, radiologique, biologique, et histologique, toutes les manifestations de sarcoïdose ont été recherchées.

Résultats :

Notre série comporte 09 patients, 08 femmes, pour 01 homme, l'âge moyen de diagnostic de sarcoïdose est de 52.4 ans.

L'atteinte pulmonaire est présente chez tous les patients (n=9), stade I (3 cas, 33.3%), stade II (5, cas 55.5%), stade III (1 cas, 11.1%), atteinte cutanée (03 cas, 33.3%), les 3 malades ont présenté des sarcoïdes (en plaque, gros sarcoïde, petit sarcoïde), et lupus pernio (2 cas), polyadenopathies (6 cas), atteinte articulaire et osseuse (4 cas, 44.4%), les signes neurologiques (2 cas, 22.2%), atteinte hépatique 44.4% (hépatomégalie, hypertension portale, cholestase avec subictère), atteinte cardiaque (2 cas : type trouble du conduction), une xérophtalmie (n=1), uvéite postérieure (n=1), splénomégalie isolée (n=3), atteinte glandulaire (1 cas), hypercalcémie (1 cas), la lymphopénie (3 cas), l'enzyme de conversion élevé (3 cas), l'étude anatomopathologique des biopsies faites à des niveaux variables trouve le granulome épithéloïde sans caséification chez 8 cas.

L'évolution était variable : rémission (55.5%), décès (1 cas), état stationnaire (1 cas), maladie active et aggravation (1 cas), un cas décédé par autre cause que sarcoïdose.

Conclusion :

L'atteinte pulmonaire dans la sarcoïdose est la principale, le diagnostic repose sur des données clinique, histopathologique, et étiologique, l'évolution et variable, et le traitement dépend de plusieurs facteurs, et de l'évolution clinique.

JE.41

D'une circulation veineuse collatérale à un angio-oculo-behçet

W. Mesmous

EPH AIN EL MELH

Introduction

Le terme de vasculo- Behçet utilisé pour définir les formes de la maladie de Behçet où l'atteinte vasculaire domine le tableau. C'est une vascularite touchant les vaisseaux de différents calibres où l'atteinte artérielle est moins fréquente que l'atteinte veineuse. L'oculo-behçet est une atteinte des différents segments de l'œil dont l'uvéite postérieure est de mauvais pronostic

Nous rapportant le cas d'un jeune homme de 41ans sans antécédents, non tabagique

Observation

L'histoire de la maladie revenant à 2 ans auparavant, marqué par l'installation progressive d'une faiblesse des deux membres inférieurs avec claudication intermittente prise comme hernie discale avec sciatalgies, puis l'apparition progressive d'une circulation veineuse collatérale au niveau de la paroi abdominale. Examen clinique: Patient en état général altéré , aphtoses buccales récidivantes, cicatrices d'aphtoses génitales, grande circulation veineuse collatérale au niveau de l'abdomen, froideur et pâleur des deux membres inférieures avec des pouls non perçus, constipation chronique, flou visuel depuis un mois avec un œil rouge douloureux. TA à 180\110mmhg. Biologie : Un syndrome inflammatoire franc , HLA B51: positif ,Le reste : négatif. Radilogie: Echo-abdomino-pelvienne :petit rein gauche. Echo-doppler rénal : thrombose marginale sténosant de l'aorte abdominale à l'étage rénal estimé à 70% avec occlusion des deux iliaques primitives. Angio-scanner abdominal : maladie thrombotique responsable d'une obstruction totale étendue intéressant l'aorte abdominale, l'artère iliaque commune gauche et subtotale de l'ostium de l'artère rénale gauche avec signes de compensation par la circulation de suppléance avec circulation veineuse collatérale. Écho cœur: sans anomalies. FO: Cécité à droite ,l'OG siège d'une uvéite postérieure avec hyalite , œdème maculaire , vascularites occlusives et des shunts artério-veineux. Le diagnostic de la maladie de Behçet est pris selon les nouveaux critères 2013 avec 8 points. Patient mis sous bolus de corticoïdes puis relai par voie orale pendant un mois puis dégression progressive avec traitement adjuvant. Azathioprine à 2.5mg/kg/j. Le bilan près thérapeutique d'une biothérapie a trouvé un test au Quantiferon positif , donc on a mis le malade sous traitement anti- tuberculeux (Rifinah) pendant 3 mois et l'introduction de l'Adalimumab à J21 du traitement anti-TBC. On a noté une bonne évolution.

Conclusion

L'Angio-occulo-behçet sont les deux atteintes qui conditionnement le pronostic de la maladie de behçet

JE.42

La maladie de TAKAYASU au CHU de Tlemcen : A propos de 7 cas

Ch. Zemit, Y. Touil, A. Lounici.

Laboratoire de recherches sur le diabète. Faculté de Tlemcen

Service de Médecine Interne, CHU Tlemcen

Objectif :

Décrire le profil clinico-radiologique, thérapeutique et évolutif de la maladie de Takayasu.

Patients et Méthodes :

Étude rétrospective colligeant les malades atteints d'une artérite de Takayasu diagnostiquée selon les critères de l'American College of Rheumatology hospitalisés dans notre service ou suivi en consultation en unité rhumatologie, sur une période allant de 2011 jusqu'à 2022

Résultats :

Il s'agissait de 7 patients dont 2 hommes et 5 femmes. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 33,3 ans [15 –50 ans].

Le diagnostic positif était établi à la phase occlusive dans tous les cas.

Une claudication des membres supérieurs dans 42,85 % des cas. Claudication des membres inférieurs dans 28,57% des cas. Les pouls périphériques étaient diminués dans 57 % des cas.

Une asymétrie tensionnelle était mise en évidence chez tous les patients. L'hypertension artérielle était objectivée chez la moitié des patients (réno-vasculaire dans 2 cas).

Une insuffisance aortique était diagnostiquée chez un patient et un accident vasculaire cérébral ischémique dans un cas.

Les lésions étaient majoritairement à type de sténose dans 60 % des cas, d'épaississement pariétal dans 28,57 % des cas, d'anévrisme dans un cas, de dilatation dans 10 % des cas, d'occlusion dans 60 % des cas.

La totalité de nos patients ont reçu une corticothérapie à la dose de 1mg/kg/j pendant une durée moyenne de six semaines avec diminution progressive. Un traitement immunosuppresseur a été initié chez 6 malades devant non réponse au traitement. Aucun de nos patients n'a bénéficié de traitement chirurgical

L'évolution était marquée par une stabilisation chez 4 patients. Une patiente était perdue de vue et deux patients étaient décédés suite à un état de mal épileptique et à embolie pulmonaire.

Conclusion :

La maladie de Takayasu (MT) est une artérite inflammatoire des vaisseaux de gros calibre à prédominance médio-adventitielle. Elle intéresse avec prédilection l'aorte et ses principales branches

JE.43

Le devenir du lupus induit par l'isoniazide en Lupus systémique

Z.Malti

Service de Médecine Interne Tlemcen

Introduction

Le lupus érythémateux systémique est une maladie autoimmune, Nous rapportons un cas de lupus induit par l'isoniazide dont l'évolution s'est faite vers un lupus systémique compliqué résistant au traitement

Observation

Le patient âgé de 18 ans, présentait une tuberculose ganglionnaire isolée sans autres localisations. Un traitement antituberculeux RHZE était institué. Au bout de 22 mois de traitement, le patient a

présenté un tableau fait de polyarthralgies symétrique, bilatérale ,et un épanchement péricardique. Les examens biologiques montraient un syndrome inflammatoire, une leucopénie. Le dosage sérique des anticorps antinucléaires (1/1280, homogène), des anticorps anti-ADNnatif limite, des anticorps anti-extractible nucléaire antigène, anticorps anti-Smith, anticorps anti-SSa/Ro, anticorps anti-SSb/La normaux et des anticorps anti-histones faible. Le dosage des facteurs rhumatoïdes, anti CCP était négatif . Le diagnostic de lupus induit par l'isoniazide a été retenu imposant son arrêt avec des bolus de méthylprednisolone. L'évolution était marquée par une amélioration spectaculaire de l'état du malade.. Le contrôle biologique était satisfaisant avec normalisation du taux des anticorps. Le contrôle clinique et biologique deux mois après le traitement était normal. 6 mois après, le patient a fait une poussée articulaire à la dégression de la corticothérapie, l'instauration du méthotrexate à la dose de 20mg injectable puis salazopyrine 2g/jour puis léflunomide était sans succès. L'évolution était marquée par plusieurs poussées rapprochées de polyarthrites invalidantes nécessitant l'hospitalisation sur une période de deux ans avec une corticodépendance à la dose 20 mg. Devant la corticodépendance et la résistance aux DMARDs à dose pleine des cures de Rituximab sont préconisées, l'évolution était spectaculaire, une épargne cortisonique a pu être obtenue, ultérieurement en décembre 2020 le patient a fait une infection au SARS-COV2 compliquée d'une embolie pulmonaire proximale et HTAP post embolique, une thrombophilie acquise type SAPL a été mise en évidence. actuellement anti coagulé par anti vitamine K .

Conclusion :

Le lupus induit par un médicament a une présentation clinique modérée résolutive après son arrêt. chez notre patient la présentation initiale était bruyante. L'évolution ultérieure marquée par la persistance d'un rhumatisme inflammatoire. l'isoniazide était probablement déclencheur d'un véritable lupus systémique. Notre observation souligne l'intérêt des ANTI CD20, sur l'atteinte articulaire réfractaire au DMARDs au cours du lupus systémique par analogie à la polyarthrite rhumatoïde.

POSTER VENDREDI

VE.01

Goutte enzymatique : à propos de 4 Cas

Y.Sadeg, A.Gharout, A.ferhat, R.Benaziez, C.Dahou Makhloufi
CHU Mohamed Lamine Debaghine , Bab El Oued

Introduction

la goutte par déficit enzymatique en HGPRT est très rare (< 3%), à l'origine d'une hyperuricémie élevée responsable de formes sévères et précoces.

Observation

Cas N°1:

Mr AM âgé de 23 ans, présente une polyarthropathie chronique, évoluant depuis 11 ans. Associée à des tophi multiples. Bilan biologique: hyperuricémie à 105mg/l, pas de syndrome inflammatoire. Radiographie standard: macrogéodes, érosions, tuméfactions des parties molles. Echographie ostéoarticulaire: aspect en double contour du cartilage fémoral.

Cas N°2:

Mr HM âgé de 40 ans, présente une polyarthropathie chronique déformante évoluant depuis 16 ans. Tophus volumineux. coliques néphrétiques. Bilan biologique: hyperuricémie à 127mg/l, pas de syndrome inflammatoire. Radiographie standard: images d'empreintes dans les parties molles, érosions, lacunes, géodes. Echographie abdominopelvienne: microlithiases rénales.

Cas N°3:

Mr TA âgé de 32 ans au ATCD familiaux de goutte précoce présente une polyarthropathie chronique évoluant depuis 8 ans. Tophus multiples. Bilan biologique: pas de syndrome inflammatoire, hyperuricémie à 93mg/l. Radiographie standard: érosions, géodes, hypertrophie des parties molles, pincement de la première MTP.

Cas N°4:

Mr SM âgé de 45 ans, présente une polyarthropathie chronique déformante évoluant depuis 16 ans, flessum des genoux. Tophus de tailles variables. Coliques néphrétiques. Bilan biologique: pas de syndrome inflammatoire, Hyperuricémie à 121mg/l. Radiographie standard: tuméfaction des parties molles, pincement articulaire, érosions.

Discussion:

La goutte par déficit en HGPRT est une cause très rare, à prédominance masculine, caractérisée par un début précoce, responsable de formes sévères, une hyperuricémie > 100 mg/l, des lithiases rénales, ce qui est le cas chez nos patients .

Le traitement de la goutte repose sur les règles hygiéno-diététiques et un traitement hypouricémiant associé à la colchicine.

Conclusion :

La goutte chronique par déficit enzymatique en HGPRT est très rare, responsable de manifestations cliniques sévères, son diagnostic doit être précoce. le traitement optimal associe des mesures hygiéno-diététiques, pharmacologiques et le traitement des comorbidités.

VE.02

La tuberculose du coude : une localisation rare à ne pas négliger, à propos d'un cas clinique.

A.Azzoune, R. Beddai, S. Hamdi, A. Drici, A. Fellah

Maitre assistante en médecine interne à EPH d'El Besbes-Faculté de médecine d'Annaba

Introduction :

La tuberculose du coude est une affection rare. La présentation clinique est insidieuse. La ponction de liquide articulaire et l'IRM sont les examens les plus fiables pour le diagnostic. Un diagnostic tardif peut entraîner une destruction articulaire grave et des séquelles invalidantes.

Observation :

Madame T.M. âgée de 83 ans aux antécédents d'ascite inflammatoire mal exploré il y a une année, s'est présentée pour une arthrite douloureuse du coude droit d'installation insidieuse associée à une impotence fonctionnelle et évoluant dans un contexte d'altération de l'état général sans fièvre depuis deux mois. L'arthrite s'est fistulisée à la peau faisant écouler un liquide épais blanchâtre. L'examen somatique n'a pas retrouvé d'anomalie. Biologiquement, il y avait un syndrome inflammatoire (CRP : 66.51mg/l, VS : 60 mm la 1ere Heure, albuminémie : 29 gr/l), le reste du bilan (NFS, fonction rénale, ionogramme sanguin, acide urique, glycémie à jeun, bilan hépatique, thyroïdien, lipidique et la calcémie) était normal. La sérologie virale était négative ainsi que l'ECBU. L'IDR à la tuberculine : 16mm. La radiographie du coude droit a montré une ostéolyse destructive des berges articulaires. L'échographie articulaire a retrouvé un important épanchement liquidien sans atteinte vasculaire. La TDM thoraco-abdomino-pelvienne a retrouvé de multiples lésions péritonéales d'allure infectieuse spécifiques. L'étude cytologique du liquide articulaire était inflammatoire (lymphocytaire). L'étude histologique du trajet fistuleux a retrouvé un granulome tuberculoïde avec nécrose caséeuse. Le diagnostic de tuberculose multifocale (ostéoarticulaire, cutanée et péritonéale) fut retenu. La patiente a bénéficié d'un traitement antituberculeux oral pendant 12 mois. Une rééducation progressive a été proposée par l'orthopédiste. L'évolution était nettement favorable.

Discussion :

La tuberculose ostéo-articulaire représente 2 à 5 % de l'ensemble des tuberculoses et 11 à 15 % des tuberculoses extra pulmonaires [1]. Les membres sont atteints dans un tiers des cas et la localisation au coude se voit dans 1 à 5 % des cas [2]. Le diagnostic est suspecté sur un faisceau d'arguments cliniques et radiologiques, et confirmé par l'étude bactériologique et histologique du produit de ponction-biopsie articulaire.

Les diagnostics différentiels comprennent l'arthrite pyogénique, la polyarthrite rhumatoïde, la polyarthrite de la sarcoïdose, la goutte, la synovite villonodulaire pigmentée et les tumeurs [3]. Les médicaments antituberculeux sont la base du traitement. Les interventions chirurgicales appropriées (drainage, synovectomie et des procédures de reconstruction) seront indiquées selon l'état articulaire [4].

Conclusion :

A travers cette observation, nous rapportons un cas de tuberculose du coude qui représente une localisation rare de cette infection à laquelle il faut penser devant une arthrite destructrice et insidieuse surtout dans les zones d'endémicité tuberculeuse.

Liste des mots clés : **Arthrite du coude ; tuberculose ostéo-articulaire, tuberculose multifocale**

[1]Pertuiset E. Tuberculose osseuse et articulaire des membres. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Appareil locomoteur, 14-185-A-10, 2004.

[2]Domingo A, Nomdedeu M, Tomás X, García S. Elbow tuberculosis: an unusual location and diagnostic problem. Arch Orthop Trauma Surg. 2005 Feb;125(1):56-8.

VE.03

Goutte chronique polyarticulaire sévère finissant par une dialyse rénale.

I.Boukrara, B.Bengana, C.Hassani, FZ.Cheriat,H.Guerboukha, A.Boukabous, S.Lefkir

Service de rhumatologie CHU Beni Messous-Alger

Introduction

La goutte est de loin l'arthropathie microcristalline la plus fréquente, c'est un rhumatisme métabolique qui non seulement associe certaines comorbidités surtout cardio-vasculaires mais aussi entraîne une altération de la fonction rénale et des arthropathies destructrices invalidantes. Ces complications entraînent souvent une difficulté à prendre en charge la goutte surtout avec le risque de toxidermie rencontré avec l'allopurinol et le risque d'interactions médicamenteuses avec le traitement hypouricémiant.

Observation

Nous décrivons à travers cette observation le cas d'un patient de sexe masculin I.O âgé de 63 ans aux antécédents de maladie goutteuse compliquée et tophacée, très négligée, chez un patient non observant de son traitement médicamenteux de fond instauré depuis une quinzaine d'années et qui finit en néphrologie avec une insuffisance rénale chronique sur néphropathie polykystique au stade de dialyse sur une allergie à l'aspirine, aux bêtalactamines, le tout compliqué d'un accident vasculaire cérébrale ischémique sur hypertension artérielle.

A l'examen clinique nous retrouvons une mono-arthrite de la cheville gauche sur polyarthralgies d'horaire nocturne et diurne, prenant les petites et grosses articulations de façon bilatérale et symétrique ainsi que des tophus au niveau des deux faces d'extension des coudes. Le dosage de l'acide urique revenu élevé dans le sang et qui s'est normalisé après dialyse.

A la radiographie nous retrouvons de multiples géodes (aux métacarpo-phalangiennes des deux mains, les deux radiocarpiennes, les os du tarse, les genoux) avec un aspect de lacunes osseuses en hallebarde au niveau des articulations des pieds, en particulier à la première métatarso-phalangienne.

A l'échographie nous notons la présence d'un double contour de la trochlée fémorale sur les deux genoux en faveur de dépôt uratiques.

Discussion :

Pour le traitement de la crise de goutte, nous devons tenir compte de l'état des reins du patient qui entravent dans ce cas précis la mise en route de certaines thérapeutiques.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont contre indiqués du fait qu'ils augmentent considérablement le risque d'hémorragie digestive haute chez les sujets dialysés, ainsi que le risque cardio-vasculaire.

La colchicine alternative aux AINS est à marge thérapeutique réduite, la toxicité augmente chez la population avec fonction rénale altérée et le risque d'interaction médicamenteuse est élevé notamment lors de l'utilisation concomitante de statines, fréquente dans cette population de patients.

Les glucocorticoïdes seraient préconisés en première intention en l'absence d'infection évolutive documentée. Les inhibiteurs de l'IL1 restent une bonne alternative si crise de goutte chez le dialysé en cas d'inefficacité ou de contre-indication des autres thérapeutiques.

L'utilisation d'allopurinol peut être discutée, quoi que l'acide urique est dialysable, néanmoins peut être prescrite après la dialyse si l'uricémie reste élevée.

VE.04

Polyarthrite fébrile révélant une spondylarthrite ankylosante : à propos d'un cas

I.Maza, B.Bengana, A.Senouci, H.Guerboukha, A. Boukabous, S. Lefkir Tafiani

Service de Rhumatologie CHU Beni Messous-Alger

Introduction:

La spondylarthrite ankylosante est un rhumatisme inflammatoire chronique responsable d'une atteinte axiale, périphérique et enthésitique au cours duquel les signes généraux sont habituellement mineurs. Nous rapportons l'observation d'un homme présentant une spondylarthrite ankylosante particulièrement atypique par l'intensité de la fièvre, de l'amaigrissement et l'altération de l'état général sur une polyarthrite bilatérale et symétrique.

Observation:

Mr B.R âgé de 27 ans, admis au service pour une polyarthrite chronique symétrique touchant les grosses articulations, évoluant dans un contexte d'altération de l'état général (fièvre à 39°C et amaigrissement de 10 kg en 6 mois). En dehors d'une notion de contagé tuberculeux, le tout sans porte d'entrée décelable.

Le bilan avait montré un syndrome inflammatoire biologique important (CRP : 272 mg/l, VS : 122mm H1), une hyperleucocytose à 15700/mm³ avec une anémie inflammatoire à l'hémogramme, avec augmentation des transaminases et un syndrome de cytolyse, alors que le reste du bilan biologique était sans anomalies, par ailleurs le HLAB27 était positif.

La radiographie du bassin avait objectivé une sacro-iliite bilatérale stade 2.

Après élimination du syndrome infectieux et tumoral, le diagnostic de spondylarthrite ankylosante évolutive dans sa forme axiale et périphérique avec coxite bilatérale a été retenu (BASDAI :5.9 ASDAS : 5.01), nous avons aussi évoqué le diagnostic d'une maladie de Still devant la fièvre et une hépatopathie devant la perturbation du bilan hépatique, ces diagnostics ont été écartés après le complément d'examen paracliniques ; l'introduction d'une corticothérapie a entraîné une amélioration spectaculaire de l'état du patient avec disparition de la fièvre et chute de la CRP. Le patient a été mis sous un traitement de fond à base de méthotrexate (20mg/semaine) et une biothérapie type anti TNF alpha.

Discussion

Les spondyloarthrites ont été exceptionnellement rapportées à l'origine d'une fièvre prolongée avec altération de l'état général. Selon les observations rapportées, l'importance du syndrome inflammatoire biologique dans la SPA est un signe de mauvais pronostic compliqué par une coxite bilatérale avec un retentissement fonctionnel non négligeable .

Conclusion :

Cette forme clinique particulièrement sévère et déroutante de la spondylarthrite ankylosante mérite d'être connue et intégrée dans les causes possibles de fièvres prolongées afin d'éviter les errances diagnostiques. Le caractère très inflammatoire de la SPA appelle parfois à une intensification du traitement qui associera souvent un traitement de fond synthétique et biologique.

VE.05

La sclérose combinée de la moelle chez un patient qui présente spondylarthrite ankylosante traité par adalimumab à propos d'un cas .

I. Ouafi , H. Guerboukha , B. Bengana , A. Boukabous , S.Lefkir-Tafiani .

Service de rhumatologie, CHU Beni messous-Alger

Introduction :

Les anti-TNF α sont très efficaces dans le traitement des maladies inflammatoires chroniques rhumatismales cependant ils existent des effets secondaires dont font partie les pathologie démyélinisante centrale ou périphériques même si celles-ci restent exceptionnelles , Nous rapportant un cas sujet jeune sous anti TNF alpha qui présentent une sclérose combinée de la moelle ,après le traitement par adalimumab .

Observation :

Le patient K.B âgé de 45 ans , sans ATCD pathologique ,connue pour sa spondylarthrite ankylosante dans sa forme axiale évoluant depuis 2012 et qui a nécessité le traitement par anti inflammatoire non stéroïdiens , 2017 devant l'exacerbation de la symptomatologie, ils ont introduit l'adalimumab une injection de 40 mg en sous cutané chaque 15 jours après un bilan préthérapeutique rigoureux, 3 mois après il a fait une thrombose veineuse profonde de la veine fémorale gauche traitée par HBPM ,puis en 2018 il était hospitalisé en service de neurologie pour un déficit musculaire des 2 membres inférieur, avec trouble genito-sphincterien.et un syndrome pyramidal, une TDM à été demandé, en faveur d'une sclérose combinée de la moelle, avec une taux effondré de la vit B12 traitée par injections de vitamine B12 en IM /j pendant 2 mois ,et suspension de l'adalimumab . 2022 malgré la supplémentation en vit B12 ,y'à pas d'amélioration clinique malgré une prise en charge précoce .

Discussion:

Il n'y a 'pas de relation directe entre les anti TNF alpha et la sclérose combinée de la moelle, mais reste un facteur prédisposant , la fréquence ne semble pas significativement augmentée sous anti TNF alpha.

Conclusion :

L'inhibition du TNF a été et reste un progrès majeur dans le traitement des maladies inflammatoires chroniques. Cependant doit inciter à une stratégie rigoureuse pour limiter l'apparition des incident neurologique devant un bon interrogatoire et suivi clinique .

VE.06

Une éruption cutanée type kératose séborrhéique sous adalimumab: à propos d'un cas

A.Senouci, B.Bengana , F.Cheriet, C.Hassani , H.Guerboukha, S. Abdellaoui, A. Boukabous , S Lefkir-Tafiani

Service de rhumatologie, CHU Beni Messous-Alger

Introduction :

La kératose séborrhéique (KS) mais aussi le syndrome du naevus éruptif est une expression dermatologique souvent bénigne d'origine épidermique qui apparaît classiquement sur le tronc et le visage aux alentours de la cinquantaine. L'éruption brutale de nombreuse KS a été décrite dans plusieurs circonstances, comme en situation paranéoplasique, si immunodépression, ou lors de thérapies ciblées et prise de médicaments immunosuppresseurs, qui revêtit parfois le nom de syndrome de Leser Trelat . Nous rapportons ainsi la description d'un cas ayant eu une poussée de KS survenue après un traitement par adalimumab

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 58 ans aux antécédents de diabète type 2, hypertension artérielle traitée et suivi pour spondylarthrite ankylosante dans sa forme axiale et évoluant depuis 20 ans et en échec aux AINS le patient a reçu l'etanercept en 2016 arrêté après 8 mois devant une uvéite synéchiante

d'où le switch vers l'adalimumab en 2017 avec une bonne amélioration durant 2 ans puis le patient a commencé à faire un échappement au traitement, les injections d'adalimumab ont été rapprochées à une semaine d'intervalle voir 10 jours avec bonne réponse, une année après la patient a présenté une éruption cutanée faite de multiples naevus éruptifs touchant le dos et le tronc d'installation brutale .

Un avis en dermatologie a été demandé, concluant à une KS éruptive pouvant rentrer dans le cadre de syndrome de Leser Trelat , une étiologie iatrogène (adalimumab) sera retenue après avoir éliminé une néoplasie

Le patient a bénéficié d'une série d'explorations (scanner thoraco-abdomino-pelvien , fibroscopie digestive haute et basse , examen ORL et nasofibroscopie , marqueurs tumoraux) revenue sans particularités , l'adalimumab a été incriminé dans l'apparition de cette éruption d'ou son arrêt

Discussion :

L'adalimumab est un immunosuppresseur qui appartient à la famille des anti-TNF et qui fait partie de l'arsenal thérapeutique et du traitement de la spondylarthrite ankylosante , il est cependant accompagné d'effets secondaires systémiques et notamment cutanés . Concernant la KS plusieurs observations ont rapporté cet effet secondaire qui n'est pas au premier plan des étiologies de cette dernière, plusieurs cas d'éruption de KS induite par les médicaments ont déjà été rapportés par exemple sous cytarabine ou antiPD1.

La physiopathologie sous-jacente pourrait être le lien avec une activation paradoxale de la voie MAP-kinase au sein des kératinocytes, comme cela a déjà été décrit pour d'autres tumeurs bénignes

Conclusion :

La kératose séborrhéique est un phénomène rare chez les patients sous adalimumab , cette observation associée à la description d'un surrisque de développer une KS sous adalimumab inciterait à proposer un suivi dermatologique et une prévention solaire accrue chez les patients sous anti TNF

VE.07

Réaction d'hypersensibilité au biosimilaire de l'infliximab ; 4 cas, dont 3 en moins de 3 mois

M.H. Bouali, N. Khaldoun, D. Boushaki, N.Sekkal, F.Hanni.

Service de rhumatologie, EHS Ben aknoun, Alger

Introduction

L'avènement de la biothérapie a révolutionné la prise en charge des maladies inflammatoires chroniques, notamment en rhumatologie, Parallèlement on assiste à une mise au marché de plusieurs biosimilaires.

Un biosimilaire est une copie d'un médicament biologique de référence déjà autorisé, qui ne peut être strictement identique au produit de référence étant donné sa complexité, néanmoins le développement d'un biosimilaire a pour objectif de démontrer que ce dernier a une qualité, une efficacité et surtout une sécurité comparable à un médicament de référence.

L'utilisation de plus en plus fréquente des biosimilaires de l'infliximab a révélé de nombreux effets secondaires, notamment respiratoires (oppression thoracique, dyspnée), hémodynamiques (hypotension artérielle) et cutanés (urticaire), qui obligent l'arrêt immédiat de la perfusion et l'instauration d'un traitement d'urgence.

Nous rapportons dans notre service ,4 cas ayant développé des réactions allergiques diverses au biosimilaire de l'infliximab :

Observation 01 :

Le patient B.A. âgé de 33 ans, aux antécédents de psoriasis familial chez la sœur, suivi pour une spondyloarthrite avec maladie de Crohn depuis 2017 traité au départ par Adalimumab 40 mg/15 jours, arrêté au bout de 02 ans pour un échappement thérapeutique, une année plus tard un traitement à base d'infliximab a été introduit : les 3 premières perfusions du biosimilaire,

REMSIMA, ont été bien tolérées, puis la 4ème perfusion, IXIFI, était à l'origine d'une réaction allergique à type d'asthénie et baisse de l'acuité visuelle.

Le patient était maintenu en observation durant quelques heures, on notait une amélioration spontanée de l'acuité visuelle avec persistance de l'asthénie.

Observation 02 :

Le patient S.M. âgé de 59 ans, suivi pour une spondyloarthrite axiale et périphérique depuis 2010 en échec aux AINS, traité par infliximab en 06/2020, arrêté à la 13ème perfusion ; les 12 premières perfusions de REMSIMA étaient bien tolérées, puis 13ème perfusion d'IXIFI a déclenché une réaction allergique à type de : nausées, oppression thoracique, gêne respiratoire, hypotension artérielle à 80/40 mm Hg traité par 40 mg de méthylprednisolone et antihistaminique, bonne amélioration.

Observation 03 :

La patiente D.H. âgée de 34 ans, sans ATCD particuliers, suivie pour une spondyloarthrite axiale et périphérique évoluant depuis 2003 en échec aux AINS, traité par infliximab en 03/2023 donnant une réaction allergique au bout de 12 heures à type de : éruption cutanée érythémateuse généralisée avec hypotension artérielle, nausées et vomissements.

La patiente était prise en charge en urgence et a bénéficié d'un traitement à base de 100 mg d'HHC, 40 mg de méthylprednisolone, et d'antihistaminique. Donnant une bonne réponse.

Observation 04 :

Mr.O.I âgé de 32 ans, suivi pour une spondyloarthrite évoluant depuis 05 ans en échec aux AINS, Ayant bénéficié d'un traitement à base d'infliximab arrêté au bout de 09 mois pour une cytolyse hépatique avec ASAT et ALAT 4 fois la normale (l'avis en gastrologie préconisait la reprise de l'infliximab avec surveillance stricte du bilan hépatique chaque semaine).

La normalisation du bilan hépatique est obtenue après 05 mois d'arrêt de l'infliximab, d'où la reprise de ce dernier donnant une réaction allergique à type de démangeaisons, urticaire géante, avec gonflement du visage, aphonie, gêne respiratoire et tuméfaction de la luette et de la langue.

Devant ce tableau le patient est pris en charge en urgence : Arrêt immédiat de la perfusion avec administration de 100 mg d'HHC ayant entraîné une disparition des symptômes.

La recherche d'anticorps d'anti TNF alpha a été demandé revenant positive par la présence d'anti corps anti- infliximab type IG g et absence d'anticorps dirigés contre d'autre anti TNF alpha. L'arrêt définitif de l'infliximab a été décidé.

Discussion

La survenue de symptômes anaphylactiques et anaphylactoïdes doit être soigneusement surveillée chez les patients sous infliximab.

Un traitement prophylactique avant la perfusion peut être envisagé, à type d'hydrocortisone et/ou d'antihistaminique, pour prévenir les effets légers et transitoires. Aussi l'administration concomitante d'immunomodulateurs diminuerait la formation d'anticorps anti-infliximab par conséquence on aura une diminution de la fréquence des réactions liées à la perfusion.

Conclusion

Le développement des biosimilaires de l'infliximab s'est initialement fait sur la base d'études de bio-équivalence et d'essais comparatifs de non infériorité menés en rhumatologie ce qui leur a suffi pour obtenir par extrapolation l'ensemble des AMM du Rémicade.

Donc on ne dispose pas suffisamment de recul pour connaître réellement la tolérance et l'efficacité de ce produit.

VE.08

La spondyloarthrite tardive, une entité négligée

S. Haid, I.Megateli, N.Khaldoun, A.Ladjouze-Rezig, F.Hanni
Service de rhumatologie, hôpital de Ben Aknoun-Alger

Introduction :

Les spondyloarthrites débutent principalement chez l'adulte jeune (EOSpA), un début après 45 ou 50 ans n'est pas exceptionnel. L'expression clinique des spondyloarthrites à début tardif (LOSpA) est aussi variée que chez le sujet jeune. La difficulté diagnostique tient au plus grand nombre de diagnostics différentiels et à la difficulté d'interpréter l'imagerie des sacro-iliaques et du rachis à cet âge.

L'objectif est de décrire la forme tardive de spondyloarthrite dans une population de patients algériens et de comparer ses caractéristiques à la forme observée habituellement chez le sujet jeune.

Patients et méthodes :

Une étude transversale monocentrique qui a inclus des patients atteints de SpA, ceux dont les symptômes initiaux ont commencé après l'âge de 50 ans ont été considérés comme d'apparition tardive. Nous avons noté pour chaque patient les caractéristiques cliniques, biologiques et à l'imagerie et avons comparé deux populations, le groupe avec SpA tardive, et un groupe de SpA précoce

Résultats :

L'étude comptait 1285 patients, 33 (2.5%) avaient une forme tardive.

L'âge moyen de survenue pour le groupe LOSpA est de 54±4 années, l'âge moyen de diagnostic est de 57±6, et un délai moyen de diagnostic de 3±1 années.

Le sexe féminin et la présence de comorbidités étaient davantage associés à un âge avancé au début ($p = 0,03$ et $p = 0,0001$, respectivement). Le délai de diagnostic était plus court dans le groupe LOSpA ($p = 0,0001$), il y avait moins de douleurs fessières et d'atteinte de la hanche ($p = 0,005$ et $p < 0,001$, respectivement). Les patients avec EOSpA avaient des formes plus axiales ($p = 0,02$). La forme périphérique et particulièrement avec arthrite poly articulaire ($p < 0,0008$), L'uvéite ($p < 0,006$), le syndrome inflammatoire ($p < 0,014$) étaient significativement plus fréquentes dans le groupe LOSpA. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes dans les lésions radiographiques (forme radiographique, ankylose rachis, présence de syndesmophytes). Le niveau d'activité et le retentissement fonctionnel étaient comparables pour les deux entités.

Conclusion :

Le diagnostic de spondylarthropathie à début tardif peut être difficile car les présentations sont très diverses et parfois trompeuses.

VE.09**Un lymphome non Hodgkinien T démasqué par une mono-arthrite du coude**

M.Kaabache, I.Kenchout, R. Malek

Service de médecine interne, CHU Sétif

Introduction

Les localisations synoviales des lymphomes malins sont très rares. Nous rapportons un cas de localisation synoviale d'un lymphome malin non Hodgkinien (LNH) de phénotype T révélant l'hémopathie et ayant fait évoquer cliniquement une arthrite septique.

Observation

Un homme de 32 ans est hospitalisé pour suspicion d'arthrite septique du coude droit. Il présentait depuis 6 mois une arthralgie inflammatoire d'aggravation progressive de coude droit associée à un amaigrissement de 35 kg. L'examen physique a mis en évidence un gonflement douloureux et chaud du coude droit, une fièvre à 39°C. Les examens biologiques ont montré un syndrome inflammatoire sévère (VS=126mm/1^h, CRP=115mg/l) sans hyperleucocytose. L'échographie du coude droit a montré une hypertrophie synoviale très hétérogène, avec important épanchement liquidien. Les radiographies ont montré une réaction périostée lamellaire et une érosion de la face antérieure de la palette humérale. La ponction articulaire du coude a ramené un liquide trouble stérile, riche en cellules inflammatoires (25 000 éléments/ml) à prédominance de polynucléaires neutrophiles. Le

scanner TAP a été réalisé devant les signes généraux et le syndrome inflammatoire marqué a mis en évidence de volumineuses adénopathies inter-aortico-caves. La biopsie ganglionnaire rétro-péritonéale a mis en évidence un LNH de type T, de phénotype CD3/Ki67. La biopsie chirurgicale du coude droit a montré que la prolifération synoviale était en rapport avec une prolifération tumorale lymphoïde du ganglion

Conclusion

Notre observation constitue un nouvel exemple de synovite lymphomateuse destructrice et révélatrice d'une hémopathie maligne. La connaissance des manifestations articulaires des lymphomes est importante, une mono-arthrite peut être le mode de révélation d'un lymphome.

VE.10

Traitement injectable des maladies rares vues en médecine interne

N. Bradai. D. Si Ahmed, M. Brir, F. Otmani, F. Bouali
Service de Médecine interne CHU Mustapha -Alger

Introduction :

La prise en charge des pathologies rares est complexe, notre travail a pour objectif de décrire les pathologies cliniques, et les modalités de prise en charge thérapeutique spécifique injectables.

Matériels et méthodes :

Étude descriptive rétrospective, réalisée dans le service de médecine interne du CHU Mustapha, sur les six derniers mois, de patients admis et pris en charge pour une maladie rare, ayant nécessité un traitement injectables immunosuppresseurs, biothérapie ou enzymatique.

Résultats :

Cinquante-six patients étaient colligés, dans le service de médecine interne du CHU Mustapha (Alger), sur les six derniers mois, âgés de plus de 18 ans. Le diagnostic est retenu sur un faisceau d'argument clinique et paraclinique selon les critères de classification. Quarante-neuf patients suivis pour connectivite ou vascularite ont été colligés, trente-sept patients ayant reçu des cures régulières de cyclophosphamide, douze une biothérapie à type de rituximab ou adalimumab. Six patients suivaient pour maladie de Gaucher ayant reçu de l'imiglucérase et un patient suivi pour mucopolysaccharidose recevant l'aldurazyme.

Conclusion :

Les maladies rares posent un problème de diagnostic et la prise en charge est souvent complexes et très mal connues du monde médical.

VE.11

Angiokeratomes et acroparesthesies : penser à la maladie de fabry

S.Driad, I.Khentout, A.Tebaibia
Service de médecine interne-CHU SETIF

Introduction

La maladie de Fabry est une pathologie métabolique héréditaire rare liée à l'X. L'atteinte cutanée à type d'angiokératomes est généralement précoce et associée aux acroparesthésies. Nous présentons ici un cas de maladie de Fabry.

Matériels et méthodes:

Un patient âgé de 22 ans consultait pour des douleurs et des paresthésies intermittentes des mains et des pieds aggravées par l'effort évoluant depuis 1 an. A l'examen, on notait des angiokératomes au niveau du visage et du tronc. La biologie ne montrait pas de syndrome inflammatoire, pas d'hypocalcémie ni d'hypomagnésémie. Les fonctions hépatique et rénale étaient normales. Il existait

une protéinurie à 1 g/L.

Le diagnostic de maladie de Fabry a été confirmé par la ponction biopsie rénale et par le dosage leucocytaire de l'alpha galactosidase dont l'activité était nulle. Le bilan systémique à la recherche d'autres manifestations montrait une hypertrophie ventriculaire gauche. Le patient a été mis sous carbamazépine pour ses paresthésies avec une amélioration spectaculaire. Une substitution en enzyme déficitaire est prévue.

Conclusion:

La maladie de Fabry est rare. Elle est due à une mutation du gène GLA responsable d'un déficit enzymatique de l'alpha-galactosidase lysosomiale. Le diagnostic doit être suspecté devant un adulte d'âge jeune présentant de multiples angiokératomes associés à des crises douloureuses neuropathiques des extrémités. Depuis 2001, l'enzymothérapie substitutive constitue un progrès thérapeutique certes onéreux mais prometteur pour les patients atteints de cette maladie.

VE.12

Quand la Chondrocalcinose prend le masque d'une spondyloarthrite ankylosante : à propos de deux cas.

A.Rahmoune, C.Dahou-Makhloufi

CHU Mohamed Lamine Debaghine, Bab El Oued, Alger.

Introduction :

L'aspect clinico-radiologique au cours de la chondrocalcinose articulaire (CCA) est variable et le diagnostic est souvent posé devant la présence de calcifications intracartilagineuses, mais quand celles-ci sont absentes dans les premières années d'évolution et que la présentation clinique est atypique, ceci peut poser des difficultés diagnostiques.

Nous rapportons 02 observations concernant deux sœurs dont le diagnostic de CCA n'a pu être retenu qu'après plusieurs années d'évolution.

Cas1 : Mme L.W, 38ans, présentait des rachialgies inflammatoires avec limitation du rachis, une oligoarthrite des membres inférieurs (chevilles et medio tarse) et des talalgies depuis 10ans. La radiographie standard objective une sacro-iliite, et une enthésopathie calcanéenne bilatérale, le diagnostic de spondylarthrite a été retenu selon les critères ASAS2009, ESSG, et critères d'Amor. Vu l'activité sévère et la non réponse aux AINS et aux DMARDs, la patiente a reçu un traitement anti-TNF α , Un Switch entre des différents anti-TNF α a été envisagé. Cinq ans plus tard, la patiente présente une boiterie avec impotence fonctionnelle, et des lombofessalgies inflammatoires persistantes, radiographie du bassin de contrôle retrouve un fin liseré calcique bilatérale au niveau des articulations coxofémorales, une TDM sacro iliaque a été demandée, objectivant un liseré calcique et d'un phénomène du vide intra-articulaire au niveau de l'interligne sacro-iliaque. Le diagnostic de chondrocalcinose articulaire est alors retenu.

Cas2 : L.M, 32ans, présentait des rachialgies de type mixte associées à une oligoarthrite asymétrique des membres inférieurs, évoluant depuis 10 ans, dont un diagnostic d'une spondylarthrite a été retenu devant la présence d'une sacro-iliite radiologique, les rachialgies et les arthrites selon les critères ASAS2009, ESSG, et critères d'Amor, la patiente a même bénéficié d'une biothérapie sans efficacité notable, motivant une réflexion à propos du diagnostic notamment après la découverte des incrustations calciques chez la sœur absentes au début de la symptomatologie, le diagnostic rétrospectif d'une chondrocalcinose familiale a été retenu chez les deux sœurs.

Dans les deux cas, aucune symptomatologie articulaire n'a justifié l'exploration radiologique des genoux et des mains au moment du diagnostic initial.

Conclusion :

Les anomalies radiologiques des sacro-iliaques sont fréquentes chez les patients atteints de CCA et elles sont rarement symptomatiques. Avant de poser un diagnostic de SpA devant une enthésite ou une sacroiliite, il conviendrait au préalable d'exclure les autres causes pouvant être associées à ces manifestations.

VE.13

Toxicité osseuse du cadmium : mécanismes sous-jacents et conséquences pour la santé

Kh.Benali¹, I.Meslem¹, S.Benbouabdellah², Y.Zebbiche²

¹ Laboratoire de Toxicologie, Faculté de Pharmacie d'Alger

² Laboratoire de Toxicologie, Faculté de Pharmacie d'Alger

Introduction :

Le cadmium est un élément trace métallique (ETM) présent dans l'environnement qui peut entraîner de graves effets toxiques sur la santé humaine, notamment sur le système osseux.

La toxicité osseuse du cadmium est un sujet de préoccupation croissante en raison de l'exposition environnementale et professionnelle de ce métal.

Objectif :

Cette communication affichée vise à présenter une synthèse des connaissances actuelles sur la toxicité osseuse du cadmium, en mettant en évidence les mécanismes sous-jacents de toxicité et les conséquences pour la santé humaine.

Méthode :

Une revue de la littérature a été effectuée en utilisant PubMed.

Les études les plus récentes et les plus pertinentes ont été sélectionnées pour cette communication.

Résultats :

Les résultats de cette revue de la littérature montrent que le cadmium a un impact significatif sur le métabolisme osseux. Il entraîne une diminution de la densité minérale osseuse et une augmentation de la fragilité osseuse. Les mécanismes sous-jacents de cette toxicité impliquent une perturbation de l'homéostasie calcique, une augmentation de l'apoptose des cellules osseuses et une altération de la fonction des ostéoblastes et des ostéoclastes.

Conclusion : La toxicité osseuse du cadmium est un problème de santé majeur notamment dans le cadre d'une exposition professionnelle, qui nécessite une prise de conscience accrue et une action préventive efficace.

Mots-clés : Cadmium, toxicité osseuse, homéostasie calcique, ostéoblastes, ostéoclastes,

VE.14

Guide de Bonnes Pratiques pour la télémédecine en rhumatologie : Elaboré par la Ligue Arabe des Associations de Rhumatologie (ARLAR)

M El Rakaoui C Dahou; B El Zorkany, L Kazkaz, K El Nekbi, L Klibbe, S. Saad, S. Abualsaoud, S. Hashad, F. Aboutibane, B. Masri, I. Hmamouchi, M. Eissa, N ; Lateef, R. Niamane, W. Hamdi, N. Ziadé

Introduction :

Le besoin de la télémédecine a augmenté durant la pandémie du COVID 19 et jouera indéniablement un rôle à l'avenir, même au-delà de l'ère COVID-19. Les guides de bonnes pratiques (BPG) pour la télémédecine sont essentielles car ils renforcent la crédibilité, normalisent les approches, réduisent la responsabilité du médecin et facilitent le remboursement.

Objectifs

Les objectifs étaient les suivants : (1) développer des BPG pour l'utilisation de la télémédecine en rhumatologie dans la région arabe (TIROL), (2) identifier les principaux obstacles et facilitateurs de la télémédecine dans les pays de l'ARLAR et (3) fournir aux rhumatologues des outils pratiques pour l'utilisation de la télémédecine. Les membres du groupe de travail ont indiqué leurs niveaux d'accord de un à neuf. Le vote sur les barrières et les facilitateurs a été effectué par un tour de vote anonyme en ligne.

Résultats

Quatre principes généraux et douze déclarations ont été formulés dans le cadre du BPG pour l'utilisation de la télémédecine en rhumatologie. Le consensus était de 80 % pour toutes les déclarations à la fin du troisième tour de vote.

Conclusions :

Ces BPG ont été élaborées pour fournir aux rhumatologues une série de stratégies sur les moyens les plus fiables, productives et efficaces pour la pratique de la télémédecine en rhumatologie.

VE.15**Amylose à beta 2 microglobuline mimant une spondyloarthrite**

S.Ammar Boudjelal, A.Haddouche, N.Sekkal, H.Abeddaim, F.Ramdini, F.Hanni

Service de rhumatologie. EHS Ben Aknoun . Alger

Introduction :

L'amylose est une maladie rare caractérisée par le dépôt en extracellulaire dans différents organes d'une substance protéique amyloïde. Parmi les amyloses responsables des manifestations ostéoarticulaires, l'amylose à beta 2 microglobuline des hémodialysés chroniques est reconnue depuis 1980, son existence est nettement dépendante de la durée de l'hémodialyse et de l'âge des patients au début de l'épuration extrarénale.

Nous rapportons à ce propos un cas d'amylose à beta 2 microglobuline associée à une hyperparathyroïdie tertiaire chez un dialysé chronique.

Observation :

Le patient B.O, âgé de 56ans, hémodialysé depuis 11 ans, qui présente des arthralgies d'horaire mixte, qui augmente d'intensité avec les séances de dialyse, une lombo-fessalgie droite, des cervicalgies et des douleurs inguinales bilatérales d'horaire mixte associées à une acroparesthésie nocturne des mains. A l'examen clinique : une antéprojection de la tête, un syndrome rachidien cervico-dorsolombaire et des manœuvres des sacro-iliaques indolores. Les articulations périphériques sont douloureuses et limitées (les épaules, les poignets, les IPP, les IPD, les genoux et les hanches) avec des rétractions tendineuses au niveau des mains, une atrophie thénarienne bilatérale, des tests de Phalen et Tinel positifs.

Sur le plan biologique : un syndrome inflammatoire constant, insuffisance rénale terminale (clairance à 7.7ml/min), calcémie et acide urique normaux et PTH élevée (14.5 fois à la normale). Sur le plan radiologique : une spondylite antérieure de la C3, des mises en carrées (L3, L4, L5), un syndesmophyte L4, des ponts interosseux (T11-T12 et T12-L1), des vertèbres en maillot de rugby, une sacroiliite radiologique, des géodes sous chondral (la tête radiale, les os du carpe) avec respect des interlignes articulaires, des calcifications ligamentaires et des enthésopathies (rotulienne, calcanéenne). L'EMG objective un syndrome du canal carpien bilatéral et l'échographie cervicale un nodule parathyroïdien gauche.

Le diagnostic d'une amylose à beta 2 microglobuline associée à une hyperparathyroïdie tertiaire est retenu, un traitement par antalgique est instauré et un courrier est adressé à son néphrologue afin d'assurer l'utilisation des membranes hyper perméables et une réduction de la durée des séances de l'hémodialyse.

Discussion :

La prévalence des arthropathies des hémodialysés varie entre 47 à 72% , elle est secondaire à une interaction des conséquences de l'ostéodystrophie rénale, de l'arthropathie microcristalline et de l'amylose à beta 2 microglobuline. Cette dernière a un tropisme ostéoarticulaire particulier par rapport aux autres amyloses et peut mimer plusieurs rhumatismes inflammatoires chroniques par la présence d'arthralgies voire arthrites, de rachialgie, de fessalgie et de lésions radiographiques axiales et périphériques évocateurs.

Le diagnostic d'amylose à beta 2 microglobulines associé à une hyperparathyroïdie tertiaire est retenu chez le patient après élimination d'une spondyloarthrite et d'autres rhumatismes inflammatoires et microcristallins devant le tableau anamnestique (dialysé chronique, arthralgies qui augmentent d'intensité au cours de la séance de dialyse, le syndrome du canal carpien bilatéral, les rétractions tendineuses, les rachialgies chroniques), biologique et radiologique (aspect multi

géodique avec respect des interlignes, l'atteinte axiale mimant une spondyloarthrite, vertèbres en maillot de rugby)

Conclusion :

L'amylose à beta 2 microglobuline des hémodialysés chroniques est une entité spécifique qu'il faut savoir différencier des ostéoarthropathies de l'insuffisance rénale chronique et des rhumatismes

VE.16

Goutte chronique polyarticulaire

S.Ammar Boudjelal, S.Haid, H.Abdeddaim, F.Hanni
Service de rhumatologie. EHS Ben-Aknoun -Alger

Introduction :

La goutte est une maladie chronique liée au dépôt de microcristaux d'urate monosodique dans les articulations et les tissus. L'arthrite de la première articulation métatarso-phalangienne est la forme la plus typique, mais d'autres articulations peuvent être touchées.

La goutte polyarticulaire chronique constitue un stade évolué de l'arthropathie uratique.

La forme de l'adulte jeune est peu décrite dans la littérature. Elle est diagnostiquée souvent tardivement devant un tableau de polyarthrite déformante, associée à des tophi.

Nous rapportons une observation rare de goutte tophacée polyarticulaire.

Observation :

Madame B.M, âgée de 63 ans, multipare, obèse (BMI=38), aux antécédents d'HTA (sous bétabloquant, Aspégic et un ARA2), et insuffisance rénale sous diurétique depuis 5ans. Suivie en consultation pour polyarthrite chronique bilatérale asymétrique évoluant depuis 4ans, touchant les 1ers MTP, les médiopieds, les genoux, les MCP, les IPP, les IPD, évoluant par des accès répétés sur un fond douloureux chronique. Le diagnostic de spondyloarthrite avait été posé, et la patiente avait été traitée par antalgiques et sulfasalazine à la dose de 2gr/j pendant 4 ans sans amélioration.

A l'examen, nous avons constaté les arthrites sus citées, la patiente présentait de multiples tophi au niveau du pavillon de l'oreille, et au niveau de l'IPP du 1^{er} rayon droit et des IPD des deux mains. L'examen du rachis et des sacro-iliaques est normal. Il n'existe pas de signes extra articulaires de spondyloarthrite ou de connectivite. Sur le plan biologique : il existe un syndrome inflammatoire, une hyperuricémie à 121mg/l, une insuffisance rénale modérée avec une clairance à 30ml/min et une dyslipidémie, le bilan d'auto-immunité est négatif. Sur le plan radiologique : Au bassin : on note une arthrose des deux sacro-iliaques, aux mains : des érosions et des géodes sous chondrales aux IPD avec reconstructions dégénératives, au niveau des genoux des érosions ostéoarticulaire des condyles fémoraux externes avec Proliférations osseuses para-articulaires exubérantes et Interlignes articulaires conservés. L'échographie ostéoarticulaire objective l'aspect en double contour au niveau du 1^{er} MTP droit

Le diagnostic de spondyloarthrite a été redressé, et devant les éléments anamnestiques (obésité, insuffisance rénale, le traitement par diurétique), et cliniques (accès aigus polyarticulaire, les tophi), biologiques (l'hyperuricémie, la dyslipidémie, le bilan d'autoimmunité négatif), les éléments à l'imagerie (absence de sacroiliite, lésions évocatrices de goutte aux IPD, genoux, MTP, l'existence de l'aspect en double contour), la non réponse au traitement. Nous avons retenu le diagnostic de goutte chez notre patiente

En plus du régime pauvre en purines et des règles hygiéno-diététiques pour lutter contre le syndrome métabolique, le traitement a fait appel à l'arrêt des diurétiques, la mise sous colchicine à la dose de 0.5mg/jour et de Fébuxostat à la dose de 120 mg/jour.

Une semaine après le traitement, il y a eu disparition des arthrites avec amélioration spectaculaire des douleurs.

Conclusion :

La goutte polyarticulaire chronique aboutit à une polyarthrite destructrice secondaire à des accès aigus répétés d'arthropathie uratique. Elle doit être évoquée devant une polyarthrite chronique

distale séronégative associée à des tophus et une hyper uricémie. Le traitement hypouricémiant rapidement efficace et peu cher permet de préserver le pronostic fonctionnel articulaire lorsqu'il est précocement institué.

VE.17

L'arthropathie et bêta 2 microglobuline à propos de 2 cas

I.Ouafi, B.Bengana, H.Guerboukha, A.Boukabous, S.Lefkir-Tafiani

Service de rhumatologie, Chu Beni Messous-Alger

Introduction :

Les complications musculo-squelettiques sont fréquentes chez les sujets avec insuffisance rénale terminale et chez les dialysés, occasionnant parfois des arthropathies à l'origine de douleurs chroniques et d'une limitation de la capacité fonctionnelle. Les manifestations cliniques englobent : des syndromes canaux, arthralgies, et sur le plan radiologique : des géodes osseuses, de la destruction articulaire et vertébrale. Les mécanismes physiopathologiques de ces lésions sont encore loin d'être élucidés, mais les principaux facteurs étiologiques sont actuellement bien connus. La mise en évidence d'amylose constituée de B2-microglobuline (B2-M) au sein des lésions articulaires, a conduit certains auteurs à individualiser cette atteinte particulière. Cependant, l'amylose B2-microglobulinique n'est pas le facteur exclusif de l'arthropathie chez le dialysé et l'insuffisant rénal chronique, et de nombreux autres éléments interviennent dans la genèse des lésions (vieillesse des tissus, glycations protéiques, hyperparathyroïdie, dépôts microcristallins, intoxication aluminique, surcharge en fer, stratégie de dialyse...). Nous rapportons la description de deux cas d'arthropathie à B2-M chez un homme et une femme les deux âgés et dialysés.

Observation 1 :

La patiente A.M âgée de 75 ans , aux antécédents d'hypertension artérielle (HTA) et d'une ACFA, avec diabète de type 2 ,connue pour sa néphropathie chronique et dialysée depuis une dizaine d'années .

Hospitalisée pour une arthropathie chronique du genou gauche dans contexte apyrétique, avec conservation de l'état général, et une tuméfaction importante du genou avec chaleur locale, l'étude de liquide articulaire révèle un liquide inflammatoire avec culture négative, le dosage de B2-M était élevé à 16mg /l.

La radiographie des genoux montrait un pincement fémoro-tibial interne sans signes de destruction du côté du genou atteint. Nous avons opté pour mettre la patiente sous 0.1 mg /kg /j de corticoïdes avec une bonne réponse clinique.

Observation 2 : 4

Le patient C.A âgé de 92 ans ,aux antécédents d'HTA avec insuffisance rénale chronique terminale. Il a été hospitalisé pour une arthrite de l'épaule droite, sans altération de l'état général et dans un contexte d'apyrexie.

On a ponctionné un liquide articulaire trouble avec étude microscopique révélant une hypercellularité en faveur de 90 % de lymphocytes, culture négative et absence de Bk, la recherche des microcristaux négative. Le dosage de bêta2 microglobuline positive à 34 mg /l , procalcitonine négative , test IGRA négatif, radiographie de l'épaule droite en faveur d'un pincement gleno-huméral modéré sans destruction articulaire .

L'échographie ostéoarticulaire montre un épanchement intra articulaire de moyenne abondance avec une collection sous cutanée.

On a mis le patient sous 10 mg /j de prednisone avec une amélioration clinique modeste , nous avons proposé aussi un traitement chirurgical et une synovectomie, il a été pris en charge par l'orthopédie.

Discussion :

La beta-2-microglobuline est une composante clé du système immunitaire adaptatif. C'est un polypeptide de faible poids moléculaire qui existe sous forme libre et liée aux membranes des cellules (chaîne légère des molécules d'histocompatibilité de classe 1). Son taux de synthèse varie normalement de 2 - 4mg/kg/j avec une demi-vie de 2 à 5 heures. Cette protéine est filtrée au niveau du rein par les glomérules et réabsorbée par le tube contourné proximal. En cas d'insuffisance rénale, le taux sérique de la beta-2- microglobuline augmente. Cette élévation est à l'origine de plusieurs complications chez les hémodialysés chroniques dont l'amylose à beta-2-microglobuline, responsable de manifestations ostéo-articulaires. Chez nos deux patients , l'augmentation des B2-M était évidente sur une altération de la fonction rénale, avec arthropathies invalidantes sur un contexte apyrétique.

Conclusion :

Les complications ostéoarticulaire sont fréquentes et invalidantes au cours de l'insuffisance rénale terminale , les possibilités thérapeutique sont restreinte par le terrain sous jacent et la présence de comorbidités qui peuvent entraver une prise en charge efficiente de leurs manifestations ostéo-articulaires.

VE.18

Une crise de goutte ayant révélée une maladie de Vaquez : à propos d'un cas.

A.Senouci, I.Maza, H.Guerboukha, F.Chriet, C.Hassani, A. Boukabous, B. Bengana, S Lefkir-Tafiani.
Service de rhumatologie, CHU Beni Messous-Alger

Introduction :

La maladie de Vaquez, ou polyglobulie primitive est une maladie rare , correspond à une augmentation non régulée des globules rouges dans le sang, provoquée par une anomalie génétique, elle s'inscrit dans le cadre des syndromes myéloprolifératifs et expose à un risque majeur de thrombose , de fibrose médullaire et d'hyperuricémie.

Observation :

Le patient M.A âgé de 50 ans sans antécédents pathologique particulier a consulté en rhumatologie pour une arthrite intermittente de la cheville droite évoluant depuis 15 jours dans un contexte apyrétique sans altération de l'état général ,L'examen clinique a retrouvé une cheville droite chaude tuméfiée , limitée dans tous les mouvements , une douleur à la mobilisation de la cheville gauche ainsi qu'une érythrose cutanée diffuse plus marquée au niveau du visage et une splénomégalie ,la biologie a objectivé un syndrome inflammatoire , une polyglobulie vraie avec une hémoglobine à 26g/dl, une hématocrite à 60% , globules rouges à 8 millions /mm³ et une hyperuricémie à 103 mg/l.Sur le plan radiologique la radio de la cheville a montré une déminéralisation osseuse et l'échographie abdomino-pelvienne a confirmé la splénomégalie. Le patient a été mis sous colchicine (1mg/j) avec une bonne amélioration sur le plan articulaire et orienté en hématologie , la recherche de la mutation de la protéine JAK2 a été demandée revenant positive , le diagnostic de maladie de Vaquez a été retenu le patient a été traité par l'hydroxycarbamide.

Discussion :

La polyglobulie primitive ou maladie de Vaquez est caractérisée par un excès de globules rouges provoqué par une hyperproduction de la moelle osseuse. Cette augmentation de production est due à la présence à l'intérieur des cellules malades d'une protéine mutée, la protéine JAK2, qui entraîne une prolifération non régulée des cellules à l'origine des globules rouges (appelées précurseurs ou progéniteurs). Cette polyglobulie a comme conséquence une augmentation de l'acide urique dans le sang donc une hyperuricémie qui expose à des crises de goutte, Dans notre cas rapporté, le patient a présenté une complication de la maladie par une crise de goutte qui a révélé la pathologie initiale

Conclusion :

La polyglobulie de Vaquez est une maladie rare qui constitue une des étiologies d'hyperuricémie secondaire et expose au risque de goutte.

Devant une crise de goutte l'examen clinique doit être minutieux , la recherche des étiologies d'hyperuricémie doit comporter au minimum une formule de numération sanguine. Cette étiologie bien que rare ne doit pas être méconnue.

VE.19

Mucopolysaccharidose II diagnostiquée à l'âge adulte : à propos d'un cas

H. Nait Said, A. Haddouche, F. Hanni

Service de rhumatologie, EHS Ben-Aknoun-Alger

Introduction :

Les mucopolysaccharidoses (MPS) sont des maladies de surcharge lysosomale dues à des déficits enzymatiques responsables de l'accumulation de mucopolysaccharides ou de glycosaminoglycanes (GAGs).

La MPS de type 2, appelée maladie de Hunter, a un éventail de symptômes incluant des traits grossiers du visage caractéristiques, une petite taille, une atteinte cardio-respiratoire et des anomalies squelettiques. La maladie varie d'une forme sévère à une forme atténuée sans atteinte neurologique. Dans toutes les formes, l'enfant est normal à la naissance puis les signes apparaissent progressivement et le diagnostic est souvent posé entre l'âge de 2 et 4 ans.

Observation :

Nous rapportons l'observation du patient C. M âgé de 26 ans, hospitalisé pour mise au point diagnostique concernant des raideurs et des déformations évoluant depuis l'âge de 4ans compliquées d'un retentissement fonctionnel majeur à l'âge de 17ans (marche à l'aide de béquilles). L'examen clinique objective : un patient en bon état général, conscient, coopératif présentant une dysmorphie faciale faite de traits grossiers et d'une exophtalmie bilatérale ; une station debout et marche difficiles à cause d'un genu-valgum, un flessum des 2 genoux et des pieds bots équin bilatéraux, l'obligeant à utiliser deux béquilles ; une gibbosité dorsale droite avec un rachis cervico-dorso-lombaire souple et indolore ; plusieurs raideurs articulaires irréductibles ainsi qu'une camptodactylie. L'examen neurologique : ne retrouve pas de troubles cognitifs majeurs ; la sensibilité, la motricité ainsi que les réflexes ostéotendineux et cutanéomuqueux sont sans anomalies.

Les examens complémentaires retrouvent une cyphoscoliose rachidienne à la radiographie et une splénomégalie homogène sans autres atteintes systémiques. La recherche enzymatique est en faveur d'une MPS type II par déficit de l'Iduronat-2-Sulfatase à 2,3 µmol/h.

Après avoir retenu le diagnostic de maladie de Hunter, un traitement par enzymothérapie substitutive (Hunterase) est prévu chez le patient qui sera associée à une chirurgie orthopédique réparatrice des déformations articulaires.

Discussion :

Les MPS type II sont fréquemment diagnostiquées à l'enfance ou à l'adolescence et sont généralement de mauvais pronostic. Cependant, il existe quelques formes atténuées découvertes à l'âge adulte avec une atteinte musculosquelettique au premier plan et une intelligence conservée. Cette forme atténuée nécessite un diagnostic et une prise en charge précoces par une enzymothérapie de substitution afin de ralentir ou de stopper la progression des atteintes ostéoarticulaires, qui sont malheureusement une fois installées irréversibles, et de prévenir les atteintes systémiques.

Le patient présente une maladie de Hunter diagnostiquée tardivement à l'âge de 26ans avec une atteinte musculosquelettique irréversible faite de multiples raideurs articulaires compliquées d'une impotence fonctionnelle majeure. Un traitement par enzymothérapie est proposé afin de stopper la progression associé à une réparation chirurgicale des articulations en position fonctionnelle.

Conclusion :

La maladie de Hunter est une maladie rare qui doit être évoquée devant toute raideur articulaire d'installation progressive chez un adulte jeune. Son pronostic dépend de la précocité du diagnostic et

de la prise en charge qui elle fait appel à l'enzymothérapie substitutive afin de ralentir l'évolution multisystémique de la maladie, d'améliorer la qualité de vie et l'insertion socio-professionnelle des patients.

VE.20

Oculo-Behçet : efficacité des Anti-TNF

M.Baba Ahmed, D.Sendani, A.Lounici

Service de médecine interne. TLEMCEN

Introduction :

La maladie de Behçet (MB) est une affection inflammatoire ayant plusieurs manifestations systémiques dont l'atteinte oculaire qui est fréquente et conditionne le pronostic fonctionnel. Une compréhension des mécanismes physiopathologiques de la MB a conduit à l'élaboration de nouvelles thérapeutiques.

Matériel et méthode :

à travers une revue de littérature, nous illustrons les intérêts de l'efficacité thérapeutique des AntiTNF dans les formes réfractaires et sévères de l'Oculo-Behçet. Notre étude est rétrospective menée au service de médecine interne CHU Tlemcen de la période 2018-2022.

Il s'agit de 9 patients avec une moyenne d'âge de 29 ans avec 6 hommes et 3 femmes , les antiTNF utilisés étaient : l'Adalimumab (ADA) 06 cas : 40mg/2sem ,l'Infliximab (IFX) 03 cas :perfusion 5mg/kg S0,S2,S6,S8.

Résultats :

Nos patients présentaient une inflammation intraoculaire (antérieure, postérieure ou totale) avec une symptomatologie diverse dans la majorité des cas

L'uvéite a été inaugurale chez 2 patients dans notre série

Discussion :

Cette étude a permis de souligner l'intérêt et l'efficacité des antiTNF dans la PEC de l'oculo-Behçet.

Conclusion :

L'atteinte oculaire est une complication grave de la maladie de Behçet.

La PEC doit être précoce parfois agressive, longtemps dominée par l'utilisation des corticoïdes et immunosuppresseurs.

Ces traitements ne paraissent pas suffisant pour les uvéites sévères avec baisse de l'acuité visuelle ou vascularite rétinienne qui nécessitent un anti-TNF .

Les anti-TNF ont transformé le pronostic visuel de la maladie de Behçet.

VE.21

Une hypoparathyroïdie simulant une spondylarthrite ankylosante a propos d'un cas

S.Benchaouia, K.Chahed, M.Lardja, R.Elaoufi

Service de médecine interne. CHU d'ORAN

L'hypoparathyroïdie est une pathologie complexe aux manifestations cliniques multiples

Nous en rapportons une manifestation rarement décrite simulant une spondylarthrite

Observation :

Un homme de 54 ans a été hospitalisé pour l'investigation d'un rhumatisme inflammatoire déformant

L'interrogatoire : épilepsie sous traitement, cataracte opéré, paresthésie et arthralgie depuis l'âge de 35ans suivie anarchique

Tableau Clinique pauvre mais frappant par la posture du patient celui SPA a un stade avancé

Biologie :NFS :N ;bilan inflammatoire négatif

Ca :43 /48/51 mg/l ;phosphémie 52m/l ;PTH 06pg/l

Le dc :hypoparathyroïdie associée à une SPA a été suspecté
Bilan radiologique : rachis ossification sous forme de pont inter somatique étagé
Articulations : calcification ligamentaire
RX et scanner du bassin :sacro-iliaque normale
Le bilan radiologique des sacroiliaques a éliminé une SPA
Le dc d'une hypoparathyroïdie mimant une SPA a été retenu
Mis sous traitement ca et vit d
Conclusion devant toute spondyloarthrite il faut réaliser un bilan phosphocalcique

VE.22

La spondyloarthrite tardive, une entité négligée

S. Haid, I.Megateli, N.Khaldoun, A.Ladjouze-Rezig, F.Hanni
Service de rhumatologie, hôpital de Ben Aknoun

Introduction :

Les spondyloarthrites débutent principalement chez l'adulte jeune (EOSpA), un début après 45 ou 50 ans n'est pas exceptionnel. L'expression clinique des spondyloarthrites à début tardif (LOSpA) est aussi variée que chez le sujet jeune. La difficulté diagnostique tient au plus grand nombre de diagnostics différentiels et à la difficulté d'interpréter l'imagerie des sacro-iliaques et du rachis à cet âge.

L'objectif est de décrire la forme tardive de spondyloarthrite dans une population de patients algériens et de comparer ses caractéristiques à la forme observée habituellement chez le sujet jeune.

Patients et méthodes :

Une étude transversale monocentrique qui a inclu des patients atteints de SpA, ceux dont les symptômes initiaux ont commencé après l'âge de 50 ans ont été considérés comme d'apparition tardive. Nous avons noté pour chaque patient les caractéristiques cliniques, biologiques et à l'imagerie et avons comparé deux populations, Le groupe avec SpA tardive, et un groupe de SpA précoce

Résultats :

L'étude comptait 1285 patients, 33 (2.5%) avaient une forme tardive.

L'âge moyen de survenue pour le groupe LOSpA est de 54±4 années, l'âge moyen de diagnostic est de 57±6, et un délai moyen de diagnostic de 3±1 années.

Le sexe féminin et la présence de comorbidités étaient davantage associés à un âge avancé au début ($p = 0,03$ et $p = 0,0001$, respectivement). Le délai de diagnostic était plus court dans le groupe LOSpA ($p = 0,0001$), il y avait moins de douleurs fessières et d'atteinte de la hanche ($p = 0,005$ et $p < 0,001$, respectivement). Les patients avec EOSpA avaient des formes plus axiales ($p = 0,02$). La forme périphérique et particulièrement avec arthrite poly articulaire ($p < 0,0008$), L'uvéïte ($p < 0,006$), le syndrome inflammatoire ($p < 0,014$) étaient significativement plus fréquentes dans le groupe LOSpA. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes dans les lésions radiographiques (forme radiographique, ankylose rachis, présence de syndesmophytes). Le niveau d'activité et le retentissement fonctionnel étaient comparables pour les deux entités.

Conclusion :

Le diagnostic de spondylarthropathie à début tardif peut être difficile car les présentations sont très diverses et parfois trompeuses.

VE.23

Comorbidités et spondyloarthrites

F.Z.Y. Heddi¹, I.Gherbi², A. Laradji¹, A. Laouti¹, N. Meziane¹, K. Khelif¹, Z. Lamri¹, A. Benammar¹, A.Benzaoui¹

¹Service de rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire d'Oran, Oran

²EHS Bouhnifiya, Mascara

Introduction :

Les spondyloarthrites (SpA) sont un groupe de rhumatismes inflammatoires chroniques à atteinte axiale prédominante. Les patients atteints de SpA peuvent non seulement présenter des manifestations musculosquelettiques ou des manifestations extra-rhumatologiques mais peuvent également souffrir d'autres comorbidités qui ajoutent au fardeau de la SpA. L'objectif de notre étude est de déterminer la prévalence des comorbidités dans les SpA et d'évaluer leur impact sur l'activité de la maladie et le retentissement fonctionnel.

Patients et méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective sur les dossiers de patients hospitalisés au service de rhumatologie du centre hospitalier universitaire d'Oran pour spondyloarthrite, répondant aux critères ASAS 2009, de janvier 2016 à décembre 2022. Nous avons divisé les patients en deux groupes, le groupe 1 avec au moins une comorbidité et le groupe 2 sans comorbidités et nous avons effectué des comparaisons entre les 2 groupes.

Résultats :

Au total 136 patients (79 hommes et 57 femmes), âgés en moyenne de 39.7 ± 13.1 ans ont été inclus. La durée moyenne de la maladie était de 11.6 ± 9.98 ans, l'HLAB27 était disponible chez 14% des patients et positif dans 50% de ces cas. 17.6% des patients étaient tabagiques et 1.5% étaient sevrés. L'ASDAS-CRP moyen était 3.39 ± 1.2 , le BASDAI moyen 4.0 ± 2.0 et le BASFI moyen 4.5 ± 2.7 . 87.2% des patients ont reçu des AINS, 13.2% des corticoïdes, 73.7% des csDMARDs et 26.5% des anti TNF alpha. 42.6% des patients avaient au moins une comorbidité et 17.6% avaient deux comorbidités ou plus. Le nombre moyen des comorbidités était 1.6 (1-4) ; les plus fréquentes étaient l'hypertension artérielle (10.3%), l'obésité (9.6%), l'ostéoporose (8.8%), les maladies gastro-intestinales (8.1%), les maladies pulmonaires (5.1%), le diabète (4.4%), les maladies cardiovasculaires (3.7%) et les maladies rénales (3.7%). Le groupe avec comorbidités avait un âge plus avancé ($p=0.001$) et une durée de maladie plus longue ($p=0.01$). Une prévalence plus élevée du diabète était observée chez les patients avec une atteinte périphérique ($p=0.02$). Le tabagisme était significativement associé avec une élévation de l'ASDAS-CRP ($p=0.03$), du BASDAI ($p=0.01$) et du BASFI ($p=0.03$). Les maladies cardiovasculaires et rénales étaient significativement associées avec un taux élevé de CRP ($p=0.02$, 0.04 respectivement). La prescription des AINS, csDMARDs et des anti TNF alpha était similaire entre les groupes.

Conclusion :

Dans notre étude, on remarque une fréquence élevée des comorbidités chez les patients atteints de SpA, avec une prévalence élevée de l'hypertension artérielle, l'obésité et l'ostéoporose.

VE.24

La spondylarthrite ankylosante avec coxite : Expérience du service de rhumatologie du CHU de Tizi Ouzou

M.Lassouaoui, K.Ilouli, A.M Ifticene, S.Abane, I.Hamadad, S.Djennadi, D,Mellas, S.Chabane, L.Igueni, S.Chihani, A.Touche, D.Larbi, N.Oussaid, L.Rezgui, M.Azzi, M.Djennane
Service rhumatologie, CHU de Tizi Ouzou

Introduction :

L'atteinte de l'articulation coxo-fémorale (**la coxite**) peut révéler ou émailler le cours évolutif de la spondylarthrite ankylosante (SA). Elle constitue un marqueur de sévérité de la maladie car elle entrave le pronostic fonctionnel, dont l'issue fréquente est la PTH. Le but de ce travail est d'évaluer la fréquence de cette atteinte, ses caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques.

Patients et méthodes :

Étude observationnelle prospective, monocentrique, portant sur 407 patients suivi pour SA au service de rhumatologie du CHU de Tizi Ouzou entre 2019 et 2023, répondant aux critères : Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS 2009) ou New York modifiés 1984.

Résultats :

Nous avons colligé 407 patients atteints de SA (277 hommes et 130 femmes, soit 2 hommes pour une femme), l'âge moyen est de 45 ans et l'âge moyen au début de la maladie : 30 ans.

Cent vingt-sept patients présentent une atteinte coxo-fémorale, soit 31,20%.

Conclusion :

L'atteinte de la hanche au cours de la SA est à craindre de part sa fréquence et son retentissement fonctionnel. Elle est fréquente dans la population magrébine. Elle doit être recherchée systématiquement au moment du diagnostic car elle peut être inaugurale.

VE.25

Profil epidemio-clinique et thérapeutique des spondyloarthropathies : à propos de 70 cas.

F.Meliani, D. Sendani, L. Boudalia, A. Lounici

Service de médecine interne, CHU Tlemcen

Introduction :

La SPA est caractérisée Par une atteinte axiale pelvi-rachidienne et/ ou articulaire périphérique et des manifestations extra-Articulaires : l'atteinte oculaire et digestif engageant le pronostique essentiellement fonctionnel.

Objectifs :

Déterminer le profil épidémio-clinique et thérapeutique des patients atteints de SPA au service de médecine unité rhumatologie interne CHU Tlemcen.

Matériels et méthodes

Etude descriptive rétrospective, portant sur des patients atteints de SPA recrutés sur une période de 10 ans (2012-2022) au service de médecine interne unité de rhumatologie. Le diagnostic des SPA était établi après confrontation des arguments cliniques, para cliniques et thérapeutiques, en accord avec les critères de classification de New York et d'ASAS 2009.

Résultats :

70 patients ont été colligés : 39 femmes (56%) et 31 hommes (44%), sexe ratio : 0.8, L'âge moyen : 44.92 ans [19-73 ans], durée moyenne d'évolution de la SPA est 08 ans. Les comorbidités sont faites d'HTA à 35.71 %, le diabète à 42.85%, la dyslipidémie à 28.57%, la coronaropathie a 7,14 % et l'atteinte rénale était présente à 14.28%. La SPA Axiale représentait 71.42 % des patients, la SPA Axiale et périphérique représentait 45.71% des patients, les manifestations extra-articulaires représentaient 28.57% pour l'atteinte oculaire et 24.28% pour l'atteinte digestive, nous avons noté un (1) cas d'insuffisance aortique, les formes familiales étaient notées dans 5.71%. L'Ag HLA-B27 retrouvé chez 43 patients (sur 50 testés) soit 86%.

Le Traitement de première ligne a base d AINS a été instauré chez 100% des patients, la salazopirine chez 56%,71.42% des patients ont bénéficié de b-DMARD après évaluation, 60 % ont reçu de l'adalimumab, 36% ont reçu de l'infliximab , et 4 % ont reçu de l'etanarcept.

le ASDAS initial était de 3,5, le ASDAS moyen sous traitement conventionnel était de 2, le ASDAS sous b-DMARD biologiques était de 1,

Discussion :

Conclusion : nos résultats ont montré une prédominance féminine, Les formes axiales étaient les plus représentées, tous les patients étaient sous anti-inflammatoires, et la moitié sous biothérapie avec une nette amélioration clinique.

VE.26

Rhumatisme psoriasique en pratique courante : expérience du service de rhumatologie du CHU Mohamed Lamine Debaghine de Beb EL Oued, Alger

I.Meziani , N. Karreche , N.Bahaz, C. Dahou-Makhloufi

Service de rhumatologie, CHU Mohamed Lamine Debaghine de Beb EL Oued, Alger, Algérie

Introduction :

Le rhumatisme psoriasique (RPso) est un rhumatisme polymorphe faisant partie du groupe des spondyloarthrites. L'objectif de notre travail est d'étudier les particularités cliniques, radiologiques et thérapeutiques de ce rhumatisme inflammatoire.

Patients et méthodes :

Étude rétrospective sur dossiers de patients atteints de rhumatisme psoriasique hospitalisés durant les 3 dernières années. Ont été inclus les patients répondant aux critères de CASPAR et/ou de Fournier. Ont été recueillis les données démographiques, les comorbidités et les caractéristiques de la maladie (cliniques, radiologiques et thérapeutiques).

Résultats :

Quarante-quatre RPso ont été identifiés dont 25 femmes avec un sexe ratio F/H= 1.31, l'âge moyen des patients a été de 44.45 ans. Il a été noté un cas de RPso sans psoriasis cutané, l'atteinte rhumatismale était associée à une maladie inflammatoire chronique de l'intestin dans 4% des cas et à une uvéite dans 11 % des cas. Les comorbidités observées par ordre de fréquence ont été : l'obésité (30%), l'hypertriglycéridémie (18%), l'hypertension artérielle (18%), le diabète (14%), l'hyperuricémie (9%), le tabagisme (2%), une goutte (4.5%), l'hypothyroïdie (4%), un lymphome guéri (2%), une maladie de Verneuil (2%) et une cholangite biliaire primitive dans 2 % des cas.

Quatre-vingt-dix-sept pour cent des patients ont eu une atteinte périphérique dont 52% avec une atteinte axiale associée et 20% avaient une dactylite. Le DAPSA moyen=54.89, DAS28-CRP moyen=3.94, ASDAS-CRP moyen=2.65, BASDAI moyen=3.70.

La sacroiliite a été notée chez 45% des malades (unilatérale dans 9%) et la coxite chez 22% des patients. Au niveau des mains et des pieds, l'aspect pencil in cup a été noté dans 13% des cas, une périostite dans 27% des cas, l'ankylose des interphalangiennes dans 16 % des cas, la calcanéite dans 41 % des cas. Un traitement par les anti-inflammatoires non stéroïdiens a été utilisé chez la majorité des patients (93%), le méthotrexate dans 86% et les anti-TNF α dans 63% des cas.

Conclusion :

A travers notre série, nous avons constaté que l'atteinte articulaire du RPso est sévère et destructrice. Les comorbidités sont fréquentes. Le diagnostic précoce conditionne le pronostic.

VE.27

Association Spondyloarthrite - colite inflammatoire sous anti-TNF alpha. Expérience de service de médecine interne. A propos de 17 cas

S.Yahia, Maalem, Rouabhia

Service de médecine interne, CHU Batna

Introduction

L'atteinte articulaire inflammatoire est la manifestation extra-digestive la plus commune au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), elle est dominée par les spondylarthropathies (SPA).

Objectifs :

Déterminer la prévalence de la SPA dans cette population, étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques des patients présentant association SPA-MICI et d'évaluer l'efficacité de traitement et le pronostic des patients.

Matériels et Méthodes

Étude rétrospective, descriptive, monocentrique, incluant les dossiers des patients atteints de MICI, suivis à l'hôpital du jour de médecine interne entre 2013 et 2022 et traités par anti-TNF alpha et un traitement immunosuppresseur.

Résultats

Cent vingt un patient inclus, la prévalence de l'association MICI et SPA était de 14 % (17 patients), l'âge moyen : 42 ans (28 -60 ans), on note une prédominance masculine avec sexe ratio (H/F) : 1,8. L'intervalle moyen entre le diagnostic de MICI et SPA était 5 ans (0-10 ans) : 8 cas (47%) de MICI ont succédé la SPA, 6 cas (35%) de MICI l'ont précédé et un début simultané dans 3 cas (18%). L'âge moyen de diagnostic de SPA était 33 ans (21-57 ans), la spondyloarthrite mixte (atteinte axiale et périphérique) était présente chez 5 /17 patients (29%). A l'imagerie, une sacroiliite bilatérale a été objectivée dans tous les cas, 2/17 patients étaient au stade d'ankylose, 3 cas (18%) avaient une coxite associée. L'activité de SPA évaluée par le score ASDAS : 8/17 cas (47%) étaient en activité modérée, 5/17cas (29%) étaient actives, et 4/17 cas (24%) SPA étaient très actives.

Concernant les MICI : l'âge moyen de diagnostic de MICI était 36 ans (19-48ans), 16 maladies de Crohn (94%) et une maladie de RCUH (6%). La distribution des lésions de la maladie de Crohn était comme suit : atteinte iléale terminale dans 7/16 cas, atteinte iléo-colique dans 2/16 cas, 5/16 cas de pancolite et 2/16 cas de localisation recto sigmoïdienne. Un seul malade RCUH avait présenté une colite gauche.

Tous ces malades ont été traités par anti-TNF-alpha, 12 malades parmi eux en association avec azathioprine ou méthotrexate, 11/17 malades sous adalimumab ,4/17 malades sous infliximab, 2/17 malades sous etanercept. L'évolution de la MICI a été favorable dans 12 cas, 5 cas ont présenté complications digestives (type sténose dans 3 cas, et fistule périanale dans 2 cas). L'évolution sur le plan rhumatismal a été favorable dans les 17 cas.

Conclusion

Les SPA sont fréquemment associées aux MICI d'où l'intérêt d'une collaboration étroite entre le gastroentérologue et le rhumatologue pour un diagnostic précoce des SPA chez les patients atteints de MICI et inversement et pour meilleur le choix du traitement pour cette association.

VE.28

Panuvéite bilatérale récidivante : quelle (s) étiologie (s) ? A propos d'un cas.

R.Brik ; Fz.Mekideche; R.Malek

Service de médecine interne CHU Sétif

Introduction:

Une uvéite désigne l'inflammation de l'œil. L'origine tuberculeuse est rare. La survenue d'une uvéite au cours d'un rhumatisme inflammatoire est possible et fait discuter la possibilité d'uvéites infectieuses en raison de l'immunodépression.

Nous rapportons le cas d'une panuvéite récidivante survenant sur une arthrite juvénile idiopathique (AJI) avec antécédent et épisode de tuberculose active.

Observation:

Patiente de 31 ans, connue pour AJI depuis l'enfance étiquetée polyarthrite rhumatoïde à l'âge adulte traitée anarchiquement, aux antécédents d'une tuberculose cutanée, d'une tuberculose ganglionnaire en cours de traitement, est orientée pour la prise en charge d'une panuvéite bilatérale récidivante depuis l'âge de 16 ans.

L'examen ophtalmologique montra un oeil droit rouge et douloureux avec baisse de l'acuité visuelle à 1/10 à gauche et 3/10 à droite. L'angiographie et l'OCT révélèrent un aspect de pan uvéite des 02 yeux plus active à l'oeil gauche associant des foyers chorioretiniens évoquant une tuberculose rétinienne. La TDM thoracique ne montre pas un aspect de miliaire.

Sur le plan articulaire il existe des déformations typiques de PR avec forte activité DAS28 à 5.7.

Le diagnostic d'une panuvéite tuberculeuse et rhumatoïde est évoqué devant les antécédents de la patiente, la poussée actuelle concomitante à une tuberculose ganglionnaire active et les données de l'angiographie et l'OCT.

La patiente est traitée par antituberculeux (2 RHZE/4 RH) et corticothérapie (0.5 mg/kg/j) avec dégression lente et alternative pour les anti-TNF.

Discussion :

La localisation oculaire de la tuberculose est rare (1 à 2%). L'atteinte est soit infectieuse par dissémination hématologique du BK soit immunologique par hypersensibilité secondaire aux antigènes bactériens.

L'uvéite liée à l'AII se voit dans plus de 20% des cas et est bilatérale dans 75% des cas.

La polyarthrite rhumatoïde, en revanche, n'est pas associée à une uvéite isolée, mais peut causer une sclérite provoquant une inflammation du tractus uvéal.

Chez notre patiente, l'uvéite à caractère récidivant remonte à l'enfance et est survenue sur AII et tuberculoses extra pulmonaires. L'étiologie est probablement partagée entre ces différentes pathologies.

Conclusion :

Le caractère unique de ce cas décrit une relation non reconnue entre la tuberculose, la polyarthrite rhumatoïde et la panuvéite.

VE.29

Tétraparésie flasque complique une spondylodiscite tuberculeuse cervicale à propos d'un cas

H.Bouzir, S. Boughenna, F.Mansouri, A.Youcef, A. Benamar, K. Khelif, A.Benzaoui

Service de médecine interne EPH EL TARF

Introduction

La tuberculose est une maladie infectieuse contagieuse (transmission interhumaine par voie aérienne) causée par *Mycobacterium tuberculosis complex*

La tuberculose rachidienne est une atteinte extrapulmonaire classique, représentant 10 à 15 % des formes extra pulmonaires

La symptomatologie est aspécifique, dominée par les douleurs rachidiennes d'évolution chronique régulièrement associées à l'altération de l'état général. Le rythme inflammatoire de la douleur ainsi que la fièvre manquent souvent. Un syndrome inflammatoire biologique aspécifique est présent dans 80 % des cas. Même si la radiographie est souvent pathologique (80 %), l'IRM rachidienne reste l'examen morphologique clé orientant le diagnostic

Observation

Une femme âgée de 52ans mère de 4 enfants aux antcd d HTA ; la symptomatologie est installée sur 4 mois marquée par névralgie cervico brachiale avec altération de l'état général et apparition des signes neurologiques tetraparesie flasque mobilite4/5 aux membres supérieurs et 3/5 membres inférieurs ROT abolis signe de Babinski bilatéral

Biologie Anémie normochrome normocytaire, vs 120 mm/h ; CRP 96 mg/l ; EPPS syndrome inflammatoire chronique; bilan rénal et hépatique correct ; sérologie de Wright négative ; IDRT +20mm ; la ponction scanno-guidée cervicale étude anapath processus inflammatoire

Imagerie IRM médullaire objectivait tassement vertébral de C5 spondylodiscite C5C6 avec collection d'allure abcédée épidurale et paravertébrale

Le diagnostic retenu est spondylodiscite tuberculeuse C5C6 ; malade mise sous anti tuberculeux RHZE avec corticothérapie ; un geste de décompression au service de neurochirurgie enlèvement de C5 mise en place d'un greffon synthétique avec plaque vissée et drainage de l'abcès avec bonne évolution clinicobiologique

Discussion

La tuberculose du rachis dorso lombaire est l'atteinte rachidienne la plus courante 36 à 55 % alors que l'atteinte cervicale est plus rare 2 à 14%

L'atteinte neurologique au cours de spondylodiscite tuberculeuse peut nécessiter un traitement chirurgical si absence d'amélioration ou aggravation des signes déficitaires sous traitement médical

Conclusion

La névralgie cervico brachiale chronique ou qui s'aggrave peut être symptomatique secondaire à La spondylodiscite tuberculeuse avec risque de compression médullaire d ou l'intérêt d'une prise en charge urgente

VE.30

Tuberculose ostéoarticulaire multi-focale chez un immunocompétent, à propos d'un cas

A .Laradji, Benbernou , Heddi, Khelif, Benammar, Lamri, Benzaoui

Service de rhumatologie, CHU ORAN

Introduction :

La tuberculose constitue un problème majeur de santé publique en Algérie. La tuberculose Multifocale est définie par l'atteinte de deux sites extra pulmonaires non contigus associée Ou non à une atteinte pulmonaire.

Nous rapportons un cas de tuberculose multi-focale avec 4 atteintes ostéo-articulaires distinctes chez une patiente de 24 ans.

Une jeune femme de 24 ans, sans ATCD pathologique particuliers, correctement vaccinée par le BCG, admise en septembre 2022 pour une sacroiliite droite évoluant depuis 8 mois.

L'examen retrouvait une patiente en bon état général, apyrétique, BMI a 24, la marche difficile avec béquilles, l'examen axial objective une douleur à la pression des apophyses épineuses à l'étage dorsal bas avec contracture des muscles paravertébraux, l'examen des sacroiliaques est douloureux à droite, avec la présence d'un orifice fistuleux en région fessière droite ramenant un liquide purulent.

L'examen périphérique objective une limitation douloureuse de la mobilité du hanche droite, une mono arthrite genou droit, le reste de l'examen clinique notamment pleuropulmonaire, lymphoganglionnaire, sans particularité.

Le bilan biologique montrait une VS à 122 mm et une CRP à 190 mg/l , une anémie microcytaire hypochrome à 10 g/dl et une thrombocytose à 500000, les GGT à 300 ui/l avec transaminases normales , bilan rénal et phosphocalcique acide urique sans anomalie , ECBU stérile, IDR à la tuberculine à 13 mm, la recherche de BK dans les crachats est négative.

L'ECB du pus du liquide fistulisé est revenue en faveur d'une infection à staphylocoque.

La TDM du bassin objective une sacroiliite droite avec collection abcédée du muscle iliaque droit mesurant 35mm / 39 mm/120mm de hauteur, une épидurite et lyse de l'apophyse transverse droit de L5 avec des trajets fistuleux complexes postérieurs.

L'IRM vertébro-médullaire et du bassin objective spondylodiscite D8D9 associée à une collection paravertébrale droite de 41mm/25mm/38mm de hauteur, une sacroiliite droite et une coxite homolatérale avec collection abcédée des parties molles para articulaire.

La radio du genou droit a montré un pincement global de l'interligne articulaire.

L'ECB du liquide de ponction de la collection du muscle psoas droit est revenu stérile.

Le diagnostic d'une tuberculose ostéoarticulaire multi focale a été porté sur l'ensemble des arguments cliniques et para cliniques ; la malade traitée par les anti tuberculeux 04 cp RHZE/j pendant 2 mois puis RH 04 cp /j avec une bonne évolution clinique et biologique , CRP à 21 mg/l avec un recul d'un mois.

Discussion :

Une étude rétrospective faite au Maroc portant sur 92 cas de tuberculose multifocale chez des patients immunocompétents, colligés au service des maladies respiratoires du CHU Ibn Rochd de Casablanca sur une période de 19 ans allant de 2001 à 2022. La tuberculose pulmonaire était retrouvée dans tous les cas, elle était associée à une atteinte pleurale dans 40 % des cas, ganglionnaire médiastinale dans 26 % des cas, péritonéale dans 21 % des cas, ganglionnaire

périphérique dans 15 % des cas, splénique dans 13.5 % des cas, un abcès froid de la paroi thoracique dans 11 % des cas, une atteinte uro-génitale dans 9 % des cas, péricardique et cérébro-méningée dans 8 % des cas chacune et ostéoarticulaire dans 6 % des cas. Une atteinte cutanée et du cavum était notée dans deux cas chacune. Un abcès du psoas a été retrouvé chez une seule patiente. Les patients étaient traités selon les recommandations du programme national de lutte contre la tuberculose au Maroc. L'évolution sous traitement anti-bacillaire était favorable dans 71 % des cas. Concernant notre patiente, c'est une TBC multi-focale ostéo-articulaire (spondylodiscite étagée, sacro-iliite, coxite, monoarthrite périphérique) sans localisation pulmonaire.

Conclusion :

La tuberculose multifocale est souvent décrite comme étant l'apanage de l'immunodéprimé notamment VIH-positif. Notre cas prouve la possibilité de retrouver cette forme de Tuberculose même chez les sujets immunocompétents. Un traitement antituberculeux doit être instauré le plus rapidement possible pour éviter des complications parfois désastreuses.

VE.31

Prévalence et impact du syndrome métabolique (SM) dans les maladies systémiques et l'impact des traitements de fond sur le SM

F.Alddafari, D.Sendani, A.Lounici

Service de Médecine Interne, Tlemcen

Introduction :

Le syndrome métabolique (SM) caractérisé par plusieurs facteurs de risque, dont l'obésité centrale, l'augmentation de la pression artérielle, la dyslipidémie, la dysfonction endothéliale et la résistance de l'insuline, est l'un des contributeurs à l'inefficacité du traitement et un facteur de risque de maladies cardiovasculaires. Les maladies auto-immunes systémiques sont caractérisées par une dérégulation du système immunitaire, qui conduit à l'activation des cellules immunitaires pour attaquer les auto-antigènes, provoquant une inflammation excessive et des dommages multi-tissulaires. L'interface entre le système immunitaire et métabolique a été d'un grand intérêt. Les critères d'Alberti et al. 2009 nous guident pour faire un diagnostic de SM

L'objectif :

Prévalence de SM chez nos patients de maladies systémiques, évaluer l'impact des traitements de fond sur le SM.

Méthodes :

Étude prospective pendant 2 ans, incluant 77 patients adultes ayant des maladies auto-immunes systémiques bien documentées, par des critères diagnostiques spécifiques de chaque pathologie. Les maladies auto-immunes ont été diagnostiquées et suivies dans le service de médecine interne CHU Tlemcen. Selon Alberti et al. Critères 2009, le syndrome métabolique est défini par la présence d'au moins 3 critères.

Résultats :

Nous avons colligé 77 patients ayant des maladies auto-immunes systémiques. 78% étaient des femmes et 22% des hommes, d'âge moyen de 49 ans, dont 46.75% suivis pour polyarthrite rhumatoïde (PR), 18.18% pour lupus érythémateux systémique (LES), 16.88 % pour spondyloarthrite (SA), 12.98% pour vascularites Systémiques, 2,6 % pour sclérodémie systémiques et 2,6 % pour syndrome de Sjogren.

La prévalence du SM était de 19.50% dont 53.3% chez les patients atteints de PR, 33.3% chez les patients suivis pour SA, 13.3% chez les patients suivis pour vascularite Systémique. Le SM n'a été retrouvé chez aucun des patients suivis pour LES, sclérodémies systémiques, ni de syndrome de Sjogren.

Pour l'impact des traitements de fond sur le SM, DMARDs a un impact positif sur le développement de SM. La majorité de nos patients traités par DMARDs synthétiques. Le méthotrexate et aussi l'hydroxychloroquine ont une prévalence réduite du MetS chez nos patients, qui ont un rôle

important dans l'amélioration de la lipotoxicité induite par l'obésité, négativement associée au MetS et à la résistance à l'insuline.

Conclusion :

La plupart des patients atteints ont de PR, l'impact bénéfique du traitement était clair, en particulier dans les patients suivis pour LES.

VE.33

Dyspnée inexpliquée et lupus érythémateux systémique « shrinking lung syndrome »

W.Mesmous, F/Z Mekideche, F.Tanto, A.Radjah, R.Malek

Service de médecine interne, CHU SETIF

Introduction :

L'atteinte respiratoire pleur pulmonaire au cours de LES est fréquente ; alors que l'atteinte diaphragmatique appelée « shrinking lung syndrome » (SLS) reste rare ; mais doit être évoquée devant toute dyspnée inexpliquée chez un lupique.

Observation:

Nous rapportons le cas d'une patiente lupique dont le diagnostic de SLS a été porté devant un tel tableau

Une jeune femme de 19 ans ; célibataire ; connue pour LES depuis 02 ans ; qui a arrêté son traitement depuis 06 mois, qui consulte pour une dyspnée et des douleurs thoraciques la patiente est hospitalisée pour fébricule, dyspnée stade III de NYHA avec désaturation qui s'aggrave en orthostatisme, douleurs thoracique et palpitation à 130 btt /mn. La biologie a montré un syndrome inflammatoire avec C3 et C4 basses. La radiographie thoracique notait une fine lame d'épanchement liquidien pleural bilatéral avec ascension des deux hémicoupoles diaphragmatiques. L'angioscanner thoracique revenant en faveur d'un épanchement pleuro-péricardique de faible abondance ; atelectasie sous segmentaire en bande des deux bases et en particulier à gauche sans signe d'embolie pulmonaire. l'EFR retrouvait un syndrome restrictif (CVF à 23% de la théorie). Le tableau s'améliorait rapidement à l'augmentation de la corticothérapie à 01 mg/kg/J

Conclusion :

le SLS est a évoqué systématiquement en présence d'une dyspnée inexpliquée au cours du LES

VE.34

La prévalence de l'atteinte pulmonaire au cours de la sclérodémie systémique

DJ.Miloud Sifi, A.Lounici., Y.Brahmi, Dj.Mahi.

Médecine interne. CHU Tlemcen laboratoire de recherche sur le diabète

Introduction

La pneumopathie infiltrante diffuse est une complication relativement fréquente de la sclérodémie systémique, son évolution est très difficile à prévoir et sa prévalence conditionne le pronostic vital de la maladie.

Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 16 cas de sclérodémie systémique suivi en consultation au service de medecine interne sur une période de 08 ans, le diagnostic de sclérodémie a été retenu selon les critères de l' ACR/EULAR 2013 : Epaissement cutané des doigts des 2 mains s'étendant en avant des MCP, lésions des bouts des doigts , télangiectasie, anomalies à la capillaroscopie , HTAP et/ou PID , phénomène de Raynaud , auto-anticorps associé à la sclérodémie systémique. L'atteinte pulmonaire à été évalué cliniquement par la recherche d'une dyspnée, d'une toux ou des anomalies à l'auscultation pulmonaire avec un test de la marche de 06 minutes, et complétée par des examens paracliniques (radiographie pulmonaire, scanner et EFR).

Résultats

Il s'agissait de 16 femmes, d'âge moyen de 50.68 ans, le délai moyen de diagnostic était de 24.5 mois, l'atteinte pulmonaire était objectivée chez 13 patientes (81.25%), dont 5 (38.46%) au stade de fibrose pulmonaire, l'atteinte pulmonaire était révélée par une dyspnée d'effort dans 10 cas, associée à une toux sèche dans 6 cas. L'examen physique objectivait des râles crépitants dans 5 cas. La radiographie thoracique à été pratiqué chez toutes les patientes, elle montrait un syndrome interstitiel dans 6 cas, EFR pratiqué chez 12 patientes révélait un syndrome interstitiel léger (n=4), modéré (n=2), sévère (n=6), le scanner thoracique confirmait la pneumopathie interstitielle diffuse, il montrait : un aspect en verre dépoli (n=4), micronodules pulmonaires (n=2), rayon de miel fibrose (n=7). L'échographie cardiaque objectivait une HTAP dans 3 cas associé au PID. 04 patientes avaient bénéficié de cures mensuelles de cyclophosphamide. L'évolution était marquée par une stabilisation des lésions dans 10 cas, une aggravation dans 02 cas et un décès.

Conclusion

L'atteinte pulmonaire constitue actuellement la principale cause de mortalité au cours de la sclérodermie systémique, elle évolue souvent à bas bruit et peut mettre en jeu le pronostic vital.

VE.35

Les Atteintes pulmonaires au cours de la sclérodermie systémique

I.Nair, A.Bensfia. A.Lounici

Service de médecine interne, CHU TLEMCCEN

Introduction :

La sclérodermie systémique est une affection généralisée du tissu conjonctif, des artéioles et des micro-vaisseaux, caractérisée par la survenue de phénomènes de sclérose, fibrose et d'oblitération vasculaire.

C'est une maladie auto immune rare et complexe dont le retard diagnostique et thérapeutique mis en jeu le pronostic fonctionnel et vital due aux complications systémiques grave qu'elle entraîne.

Fréquente chez les femmes sexe ratio 4F/1H

La physiopathologie reste mal élucidée, probablement multi factorielle.

Objectif :

Évaluer l'atteinte pulmonaire chez les patients atteints de sclérodermie systémique.

Méthode :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 6 ans au niveau de service de médecine CHU Tlemcen, regroupant 20 patients (18 femmes et 02 hommes) un moyen d'âge de 52 ans répondant aux critères ACR/EULAR 2013. Pour chaque patient on a apprécié les données suivantes: l'âge , l'évolution de la maladie , les comorbidités associés, la dyspnée , la fibrose pulmonaire ou la PID,EFR ,Test de la marche ,phénomène de Raynaud ,HTAP.

Résultats :

Au total : 20 patients ont été colligés (18 femmes /02 hommes) âge moyen 52 ans, évolution sur une durée moyen de 9.37 ans, un score de MEDSGER moyen de 9/36 ; un RODNAN moyen de 15.85/51 les comorbidités associés représentés par : Hypothyroïdie chez 30 %; DT 2 chez 15 % , HTA chez 40%, autre Bethalassémie hétérozygote chez une seule patiente .Insuffisance surrénalienne chez 20% La dyspnée d'effort stade 2 NYHA était un symptôme commun chez la majorité des patients (90%) EFR : syndrome restrictif chez 25% (CVF inférieur à 70%) des cas, Test de la marche pathologique chez 30% .

Le phénomène de Raynaud présent chez la quasi-totalité de nos patients (80%), une pneumopathie interstitielle diffuse à des degrés d'atteinte variables chez 50%. HTAP chez 25 % des patients.

Conclusion :

Au terme de notre étude, on conclue que la sclérodermie systémique reste une pathologie assez fréquente et grave par son retentissement systémique marqué surtout par la fibrose pulmonaire et HTAP engageant donc le pronostic fonctionnel et vital du patient.

VE.36

Le syndrome de YAO, existe-t-il en Algérie ?

N E.H.Tebib, H.Ayed

Service de rhumatologie-CHU ANNABA

Introduction :

Le syndrome de YAO (YAOS) est une entité nouvellement individualisée des maladies auto-inflammatoires impliquant des épisodes de fièvre et une inflammation anormale affectant de nombreuses parties du corps, en particulier : les articulations ; la peau et le système gastro-intestinal. Nous rapportons le cas d'un YAOS

Observation :

Madame B.S âgée de 42 ans , mariée , mère de 2 enfants, femme au foyer, dont le début de la symptomatologie semble remonter au 2014 marqué par l'installation d'une monoarthrite du genou gauche avec des paresthésies et des œdèmes intéressant l'hémicorps gauche, associée à une fièvre, des lésions cutanées diffuses, des douleurs et un ballonnement abdominal, une sensation d'oppression thoracique; l'ensemble de manifestations survient d'une façon récurrente évoluant par poussée aggravée par l'exposition solaire et les agressions physiques externes. La patiente rapporte la notion de présence des mêmes symptômes chez plusieurs membres de la famille.

L'examen clinique était sans anomalie ; ainsi que l'ensemble des explorations en dehors d'une stéatose hépatique; Sérum amyloïde positif, la biopsie de la graisse abdominale retrouve des dépôts amyloïdes. L'étude génétique retrouve les gènes NOD2 et MeFV positifs .

Discussion :

Le syndrome de YAO est une maladie auto-inflammatoire complexe sans cause génétique unique, qui touche fréquemment la femme aux alentours de la quarantaine. Le diagnostic est fondé sur plusieurs critères : cliniques, moléculaires (gène NOD2) et d'exclusion. Concernant la prise en charge thérapeutique les corticoïdes et la sulfasalazine peuvent être considérés comme l'option thérapeutique de 1^{ère} ligne, les anti IL1/IL6 peuvent être essayés pour les cas réfractaires. Notre patiente présente une association entre 2 maladies auto-inflammatoires : syndrome de YAO et fièvre méditerranéenne familiale vu le contexte clinique compatible, la présence de gènes NOD2 et MeFV et l'amylose secondaire. Vu la réaction d'hypersensibilité que la patiente fait contre le salazopyrine, elle était actuellement sous colchicine et tocilizumab.

Conclusion :

Le syndrome de YAO est une entité nouvellement ajoutée au groupe de maladies auto-inflammatoires qui est encore méconnue et dont la prise en charge thérapeutique n'est pas assez codifiée méritant encore d'explorations et de recherches.

VE.37

Syndrome de SHARP et un SAPL secondaire à propos d'un cas.

L.Temam, B.Bengana, H.Guerboukha , S.Lefkir

Service de rhumatologie ; CHU Beni Messous
Alger.

Introduction:

La connectivité mixte (Syndrome de Sharp) est une maladie systémique qui associe des symptômes rencontrés au cours d'autres connectivités (sclérodémie, polyarthrite rhumatoïde, myopathie inflammatoire...) mais se distingue par la présence d'anticorps antiribonucléoprotéine (anti-RNP). Le SAPL est défini par l'association de : Manifestations thrombotiques et des anticorps anti phospholipides. Il peut être primaire ou secondaire. Le SAPL secondaire se voit principalement au cours d'un lupus; c'est une entité très rare au cours des connectivités mixtes. Nous en rapportons une nouvelle observation.

Observation:

Mme A.S âgée de 35 ans ; aux ATCD de 4 fausses couches et un mort in-utero, suivie depuis l'âge de 25 ans pour syndrome des anti-synthétases avec atteinte polyarticulaire, cutanée et musculaire. En 2021, la patiente consulte pour une poussée articulaire et musculaire. A l'examen on retrouve des arthrites touchant les petites articulations des mains avec la présence de calcifications sous cutanées, aspect effilé des doigts et une faiblesse musculaire proximale (force musculaire de 3/5 aux quatre membres). Par ailleurs, la patiente présente un phénomène de Raynaud, une cicatrice pulpaire au niveau du pouce et de l'index, une sclérodactylie avec signe de la prière positif, aspect effilé du nez avec des plis radiés au niveau des lèvres et une microstomie ; des taches discromiques avec la présence d'une dysphagie avec pyrosis et une aphtose buccale à répétition. Sur le plan biologique, on note un bilan inflammatoire positif ; une anémie microcytaire hypochrome ; des facteurs anti-nucléaires positifs à 1/1000 mouchetés avec anti SSA, anti RNP et anti JO1 positifs et des anticorps anticardiopines positifs. La capillaroscopie évoque une micro-angiopathie organique spécifique. La biopsie des glandes salivaires accessoires montre une sialadénite de grade 3; le test de Shirmer est positif. Le scanner thoracique était en faveur d'une pneumopathie infiltrative non spécifique débutante (PINS) ; la fibroscopie œsogastroduodénale montre une stase gastrique importante. Le syndrome de SHARP associé à un SAPL était retenu et la patiente a été mise sous méthylprednisolone 12mg/j et une cure d'immunoglobuline à 2g/kg pendant 5 jours chaque mois durant 6 mois avec une bonne amélioration.

Conclusion :

L'association d'un SHARP et un SAPL secondaire est très rare, le mécanisme étiopathogénique reste mal élucidé. Vu la rareté des données de la littérature concernant cette association, un suivi plus prolongé et le recueil d'autres observations sont nécessaires.

VE.38**Mode singulier de révélation de la granulomatose avec polyangéite « Maladie de Wegener » :
Forme simulant un myélome multiple à propos d'un cas**

S.Yahia, Rouabhia

Médecine interne. CHU BATNA

Introduction

La granulomatose avec polyangéite :« granulomatose de Wegener » est une vascularite nécrosante des vaisseaux de petit calibre, caractérisée par une inflammation de la paroi vasculaire et une granulomatose peri et extravasculaire. Elle associe dans sa forme classique une atteinte ORL, pulmonaire et rénale, avec présence des AC anticytoplasme des polynucléaires neutrophiles « ANCA » . De physiopathologie mal élucidée, plusieurs facteurs environnementaux ont été décrits comme associés : médicaments, agents Infectieux... et rarement des néoplasies, plus particulièrement les hémopathies malignes. Nous rapportons une observation d'une maladie de Wegener simulant un myélome multiple.

Observation

Madame KD âgée de 58 ans suivie pour otomastoidite récurrente, était hospitalisée dans notre service pour l'exploration des douleurs osseuses diffuses, un déficit sensitivomoteur des quatre membres, avec altération rapidement progressive de l'état général. Le bilan biologique avait objectivé une anémie normochrome normocytaire arégénérative avec ferritinémie élevée, un syndrome inflammatoire : VS:133 mm/h, CRP à 82mg/ l, une hypercalcémie à 132 mg /L, hypercalciurie, Vit D et PTH : normaux, une dégradation rapide de la fonction rénale : clairance créatinine 30ml/mn . A la PMO une plasmocytose à 8%, EPP : absence composante monoclonal à l'immunofixation. La protéinurie de bence-jones : négative, l'enzyme de conversion normale, bilan immunologique : FAN : 1 /80 , C-ANCA+++ PR3. L'EMG montrait une polyneuropathie sensitivomotrice périphérique des 4 membres.

La Scintigraphie osseuse et parathyroïdienne étaient sans anomalies. La TDM thoraco-abdominale montrait nodules pulmonaires apicales.

La PBR : examen en IFD : glomérulonéphrite granulomateuse extra capillaire focale pauci immune de type 3 évoquant fortement le diagnostic de maladie de Wegener .

Le tableau clinico-biologique initialement évocateur de myélome multiple, mais devant l'absence de protéines de Bence Jones, la positivité des ANCA associée à une glomérulonéphrite extracapillaire, le diagnostic retenu est la granulomatose avec polyangéite, associée à une hypercalcémie importante . La patiente était mise sous bolus de corticoïdes avec relais per os et de cyclophosphamide.

L'évolution était favorable : amélioration de bilan rénal, et normalisation de la calcémie.

Discussion

Il s'agit de forme de révélation inhabituelle de la GAP simulant un myélome multiple «hypercalcémie avec des douleurs osseuses avec anémie et insuffisance rénale ». Aucun cas publié de GPA avec hypercalcémie, qui reste sans étiologie apparente dans notre observation nécessitant un suivi afin de rechercher une cause néoplasique associée jusque là méconnue.

Conclusion

La granulomatose avec poly angéite est une maladie systémique qui peut être à l'origine de complications fonctionnelles graves notamment rénale et cardiaque d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce. Le mode de révélation est variable et peut simuler une pathologie néoplasique. Les ANCA et la biopsie rénale orientent le diagnostic et permettent un traitement spécifique et l'amélioration du pronostic fonctionnel et vital du malade.

VE.39

Syndrome de Shulman ou Fasciite à éosinophile

S.Yahia, Boudraa , Rouabhia

Service de médecine interne. CHU BATNA

Introduction

La fasciite à éosinophiles est une maladie rare, décrite par Shulman en 1974. Elle associe des œdèmes des membres à une éosinophilie.

L'œdème laisse progressivement la place à une induration sous-cutanée, touchant les avant-bras et les jambes. Les mains et le visage sont en général épargnés. Il n'y a pas de phénomène de Raynaud ni de marqueur d'auto-immunité.

Ce tableau a, depuis lors, été décrit de nombreuses fois (environ 250 cas dans la littérature), confirmant la description de Shulman et identifiant une entité clinique nouvelle.

Le but de cette revue est de reprendre brièvement, à l'occasion d'un cas clinique, les différents aspects qui caractérisent cette maladie, et de revoir l'efficacité de traitement utilisé dans cette pathologie.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 37 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui présentait depuis décembre 2019 un œdème touchant les avant bras et les jambes . Dès février 2020, cet œdème est remplacé par un durcissement progressif de la peau des membres, elle n' avait pas d'atteinte du visage ni des mains .

A l'anamnèse, on ne retrouvait pas de phénomène de Raynaud, ni d'ulcères digitaux.

La FNS initiale a révélé une hyperéosinophile 848 éléments cellulaires , le bilan inflammatoire était sans anomalies, de même que la fonction rénale. Un bilan immunologique ne montrait pas de signes d'auto-immunité. l'IRM du fascia des

membres revenant en faveur d' un épaissement des fascias avec prise de

contraste après injection. A la biopsie musculaire : aponévrose musculaire et muscle squelettique présentant d'important remaniement fibrose et inflammatoires chroniques avec légère éosinophilie (syndrome de Shulman).

Le diagnostic de **fasciite à éosinophiles** a été retenu. Une corticothérapie à forte dose (prednisone 1 mg/Kg/jour) était instaurée avec dégression très lente, entraînant une nette amélioration clinique et biologique.

Discussion

La fasciite à éosinophiles peut poser problème diagnostique avec les syndromes hyperéosinophiliques, le syndrome éosinophilie-myalgie après ingestion de L-tryptophane , la sclérodermie systémique, la granulomatose éosinophylique avec polyangéite , les lymphomes T avec atteinte cutanée. Une bonne anamnèse, un bon examen clinique orientent le diagnostic, l'IRM musculaire le conforte , montrant un épaississement des fascias superficiels et profonds, mieux visualisé après injection de produit de contraste , et la biopsie dermo-fascio-musculaire le confirme , montrant un infiltrat lympho-plasmocytaire des fascias, avec fibrose , le derme et le muscle sont peu touchés. Les stéroïdes sont efficaces dans la majorité des cas. Les immunosuppresseurs doivent être associés en cas de cortico-résistance.

Conclusion

La fasciite à éosinophiles est rare, il faut y penser devant tout œdème douloureux des membres avec induration sous-cutanée et éosinophilie sanguine.

Le diagnostic de certitude est histologique, le traitement repose sur les corticoïdes

VE.40

La maladie de takayasu au chu de tlemcen:a propos de 7 cas

Ch .Zemit , Y.Touil, A.lounici

Service de médecine interne, CHU Tlemcen

VE.41

Dyspnée inexpliquée et lupus érythémateux systémique « shrinking lung syndrome »

W.Mesmous, F/Z Mekideche, F.Tanto, A.Radjah, R.Malek

Service de médecine interne, CHU SETIF

Introduction :

L'atteinte respiratoire pleur pulmonaire au cours de LES est fréquente ; alors que l'atteinte diaphragmatique appelée « shrinking lung syndrome » (SLS) reste rare ; mais doit être évoquée devant toute dyspnée inexpliquée chez un lupique.

Observation:

Nous rapportons le cas d'une patiente lupique dont le diagnostic de SLS a été porté devant un tel tableau

Une jeune femme de 19 ans ; célibataire ; connue pour LES depuis 02 ans ; qui a arrêté son traitement depuis 06 mois, qui consulte pour une dyspnée et des douleurs thoraciques la patiente est hospitalisée pour fébricule, dyspnée stade III de NYHA avec désaturation qui s'aggrave en orthostatisme, douleurs thoracique et palpitation à 130 btt /mn. La biologie a montré un syndrome inflammatoire avec C3 et C4 basses. La radiographie thoracique notait une fine lame d'épanchement liquidien pleural bilatéral avec ascension des deux hémicoupoles diaphragmatiques. L'angioscanner thoracique revenant en faveur d'un épanchement pleuro-péricardique de faible abondance ; atélectasie sous segmentaire en bande des deux bases et en particulier à gauche sans signe d'embolie pulmonaire. l'EFR retrouvait un syndrome restrictif (CVF à 23% de la théorie). Le tableau s'améliorait rapidement à l'augmentation de la corticothérapie à 01 mg/kg/J

Conclusion :

le SLS est a évoqué systématiquement en présence d'une dyspnée inexpliquée au cours du LES

POSTER SAMEDI

Sa.01

Hyperparathyroïdie primitive familiale isolée : à propos d'un cas.

F.Hamza, Y.Sadeg, N.Zehraoui, C.Mekhloufi-Dahou.

Service de rhumatologie, CHU Bab el oued-Alger

Introduction :

L'hyperparathyroïdie primitive (HPP) est due à une sécrétion inappropriée d'hormone parathyroïdienne engendrant une hypercalcémie, complications osseuses et rénales. La lithiase rénale peut être révélatrice d'HPP. Dans 5 à 10% des cas l'HPP survient dans le cadre d'un syndrome de prédisposition génétique.

A ce propos, nous rapportons un cas d'hyperparathyroïdie primitive familiale isolée révélée par des coliques néphrétiques récidivantes.

Observation :

Madame A.F âgée de 70ans, suivie pour polyarthrite rhumatoïde sous rituximab associé à une faible dose de corticoïdes. Aux antécédents familiaux de coliques néphrétiques chez le père, une sœur et deux frères, présentant des coliques néphrétiques depuis l'âge de 20 ans en rapport avec des lithiases rénales, compliquées d'une hydronéphrose bilatérale ayant bénéficié d'une double sonde J il y a 2ans. L'analyse d'un calcul objective un brushite (phosphate de calcium di hydraté).

A l'examen clinique : patiente en état général conservé, bon état d'hydratation, polyarthralgies inflammatoires touchant les petites et les grosses articulations, abdomen souple indolore sans masse palpable, contact lombaire positif à droite, examen neurologique et mammaire sans anomalies, l'ECG est normal.

Sur le plan biologique : Hb : 9g/dl, VS :36mm H1, CRP : 19,33mg/l, électrophorèse des protéines

sériques : réaction inflammatoire subaiguë, Calcémie de 3 jours : (124, 111,116mg/l)

phosphorémie de 3 jours : (22,25,25)mg/l, PTHus : 104,5ng/ml calciurie des 24H : 153 mg/24h

créatininurie :804, 34mg/24h, clairance à la créatinine à 88ml/min, TSH : 2,03mg/ml, fraction

d'excrétion du calcium : 19% chimie des urines : hématurie++,protéine++, protéinurie des 24h :1g/

24H, acide urique : 50mg/l, protéinurie de Bens Jones ainsi que les marqueurs tumoraux sont négatifs.

Sur le plan radiologique : déminéralisation osseuse diffuse, fracture de la T11, multiples

condensations arrondies de taille variable siégeant au niveau de la voute crânienne donnant un

aspect floconneux, Échographie rénale = dilatation pyélocalicielle à contenu anéchogène au niveau

du rein droit(avec individualisation d'une calcifications linéaires étendues à l'urètre proximale le long de la sonde jj),plusieurs lithiases pyéliquies.

Echographie cervicale: deux nodules parathyroïdiens inféro-postérieurs bilatéraux. Scintigraphie

parathyroïdienne au SESTAMIBI: absence d'adénome parathyroïdien cervical et/ou médiastinal actif.

Ce tableau clinique évoque le diagnostic d'une hyperparathyroïdie primitive familiale isolée. La prise

en charge a fait appel au traitement de l'hypercalcémie, Le traitement chirurgical est envisagé.

Conclusion :

Les hyperparathyroïdies primaires génétiquement déterminées sont rares mais imposent une enquête clinique et génétique précise afin d'adapter au mieux la prise en charge thérapeutique et les modalités de surveillance.

Sa.02

Hémiplégie post accident vasculaire cérébral et complications douloureuses de l'épaule

S.Bahbouh, Y.Hamouda, S. Belarbi.

Service de neurologie - EHS Ali Ait Idir- Alger

Introduction

Les complications douloureuses de l'épaule chez les patients hémiplégiques sont très fréquentes. Elles sont handicapantes et retardent la récupération fonctionnelle du membre supérieur.

Objectif : évaluer la fréquence des complications de l'épaule douloureuse en post-accident vasculaire cérébral (AVC) pour améliorer leur prise en charge.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, incluant les dossiers de patients suivis, au service de neurologie pour hémiplégie secondaire à un AVC, associée à une douleur spontanée et /ou provoquée, de l'épaule homolatérale au déficit moteur.

Résultats

La prévalence des douleurs de l'épaule était de 16,27% ; âge moyen 57,45 ans ; sex-ratio de 0,88 et avec un délai post-AVC de 2 à 26 semaines. L'hémiplégie était à gauche dans 5,9% des cas. Les principales étiologies ont été la subluxation gléno-humérale (35,7%), le syndrome douloureux régional complexe (26,10%), la capsulite rétractile (17,8) et la spasticité. La rééducation a été le principal moyen thérapeutique, associée au strapping, écharpe d'immobilisation, traitement antalgique et infiltration locale de corticoïdes.

Discussion

L'épaule douloureuse est une complication fréquente en post-AVC. Son origine apparaît multifactorielle dominée par la subluxation gléno-humérale, le syndrome douloureux régional complexe, la capsulite rétractile, la spasticité. L'épaule douloureuse doit faire l'objet d'une attention particulière, dès la phase aiguë par une prise en charge adaptée du patient hémiplégique afin lutter contre l'installation d'une limitation fonctionnelle

Conclusion

La négligence de l'épaule hémiplégique et l'absence de prévention précoce contribuent à l'apparition de l'épaule douloureuse en post-AVC.

Sa.03

Maladie d'Erdheim Chester : lésion lytique atteinte unilatérale

S.Sahraoui. A.Haddouche. F.Hanni

Service de rhumatologie, Chu Ben-Aknoun-Alger

Introduction

La maladie d'Erdheim-Chester (MEC) est une affection multisystémique, fait partie aujourd'hui du cadre nosologique des histiocytoses langerhansiennes du groupe L, considérée comme une néoplasie myéloïde inflammatoire. Le diagnostic est le plus souvent porté au cours de la 5ème décennie.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 45 ans, sans antécédents pathologiques, admis pour prise en charge diagnostique d'une lésion osseuse asymptomatique siégeant au niveau du tiers supérieur de la jambe droite A l'admission, l'examen du patient est normal en dehors de la cicatrice de la biopsie réalisée quelques mois auparavant. La radiographie standard des genoux et des tibias met en évidence une lésion ostéolytique épiphysio diaphysaire du tiers supérieur du tibia droit avec absence d'atteinte du côté controlatéral. L'IRM de la jambe droite objective : un remodelage osseux cortical métaphysio diaphysio épiphysaire de l'extrémité supérieure et du tiers moyen du tibia délimitant une collection intra médullaire osseuse associée à un œdème osseux et une infiltration des parties molles avoisinantes. Le complément TDM objective un remodelage osseux sans destruction de la corticale et une réaction périostée uni lamellaire. Une IRM des deux jambes faite quatre

mois après la biopsie confirme le caractère unilatéral de la lésion à droite qui est compatible avec le diagnostic de la maladie d'Erdheim Chester.

L'étude histopathologique est en faveur d'une histiocytose non langerhansienne évoquant une maladie d'Erdheim Chester, avec des foyers de surinfection. L'étude immuno histochimique montre des histiocytes spumeux fortement positifs pour les CD68 et négatifs pour les CDa1 et PS100.

Un TEP scan est demandé à la recherche d'atteintes viscérales notamment neurologique, cardiaque, pulmonaire et rénale.

Discussion :

La maladie d'Erdheim Chester est une affection multisystémique rare. L'atteinte du squelette est quasiment constante, asymptomatique dans 50% des cas et touche plutôt les os longs des membres inférieurs avec une lésion radiographique condensante des régions méta-physodiaphysaires bilatérale et symétrique. Les atteintes systémiques font toute la gravité de la maladie avec un taux de survie à 5 ans de 83%. Le diagnostic positif repose sur l'analyse des histiocytes tissulaires qui sont spumeux, CD68+ CD1a-. Le traitement de première ligne est en général l'IFN-alpha.

Le patient présente une atteinte osseuse asymptomatique particulière par son caractère ostéolytique et son unilatéralité. Sa prise en charge dépendra de la présence d'atteintes viscérales.

Conclusion :

La MEC est une maladie rare qui doit être évoquée devant toute lésion osseuse ostéolytique ou condensante en raison de son potentiel gravité pouvant engager le pronostic vital en cas d'atteinte viscérale.

Sa.04

Fractures vertébrales de sémiologie bénignes révélant un myélome multiple actif chez un patient de 50 ans

N.Sekkal, N. Khaldoun, F.Hanni

Service de rhumatologie EHS Ben Aknoun-Alger

Le myélome multiple, anciennement maladie de Kahler, est une hémopathie maligne caractérisée par la prolifération de plasmocytes tumoraux clonaux envahissant la moelle hématopoïétique, et produisant le plus souvent une immunoglobuline monoclonale détectable dans le sang et dans les urines. Le myélome multiple atteint le plus souvent le sujet âgé, et peut se présenter et/ou se compliquer de multiples façons, avec notamment des atteintes osseuses, neurologiques, infectieuses, rénales ou des cytopénies. Nous rapportons le cas d'un patient atteint de MM à l'âge de 50 ans.

Observation :

Patient âgé de 50 ans sans ATCD particuliers consulte pour des lombalgies chroniques évoluant de plus de 02 ans d'horaires mixtes traitées comme lombosciatiques communes. À l'examen clinique : Patient en BEG, un syndrome lombaire clinique et à la radiographie du rachis dorso-lombaire tassements vertébraux étagés cunéiformes et biconcaves de localisation lombaire de sémiologie bénignes (localisation, arc postérieur respecté, corticales non effacées) mais devant des fractures chez un adulte jeune un bilan biologique a été demandé objectivant anémie hypochrome microcytaire syndrome inflammatoire biologique et à l'EPPS un Pic monoclonal en position gamma à 72g/l et une hypocalcémie à 80 mg.

Devant ce tableau le diagnostic de MM a été fortement suspecté le patient a été ensuite orienté en service d'hématologie où le diagnostic a été confirmé.

Conclusion :

Le MM est une pathologie des personnes âgées : la médiane d'âge au diagnostic est d'environ 70 ans, et l'incidence augmente rapidement avec l'âge. La survenue d'un MM chez des adolescents et de jeunes adultes reste exceptionnelle mais la recherche d'une atteinte hématologique chez un adulte jeune présentant des tassements vertébraux est impérative.

Sa.05

Double localisation d'une ostéoarthropathie nerveuse syringomyélique

H.Abeddaim, A.Haddouche, S.Ammar boudjelal, S.Ammouche, F.Hanni

Service de rhumatologie. EHS Ben-Aknoun. Alger

Introduction :

L'ostéoarthropathie nerveuse (OAN) est une arthropathie rapidement destructrice qui se produit en cas de perception altérée de la douleur et de trouble proprioceptif. Une destruction des articulations disproportionnée par rapport à la douleur est typique, souvent avec une progression rapide de la désorganisation des articulations à des stades avancés. Les principales étiologies sont : le diabète, la syringomyélie, le tabès et la lèpre. Nous rapportons à ce propos un cas d'une ostéoarthropathie nerveuse touchant deux localisations chez un patient atteint d'une syringomyélie.

Observation :

Le patient G.H, âgé de 48 ans, avait présenté à l'âge de 44 ans (en 2018) une mono-arthropathie du coude gauche, traitée comme arthrite septique. Quelques mois après, il a été adressé à notre niveau, l'examen ostéoarticulaire avait objectivé : une scoliose dorso-lombaire à double courbure, un coude gauche tuméfié, froid, instable avec une sensation de craquement à la mobilisation. L'examen neurologique notait un Syndrome cérébelleux (Sd), un Sd neurogène périphérique aux membres supérieurs, un Sd pyramidal aux membres inférieurs, une dissociation thermo-algésique plus marquée au tronc et aux membres inférieurs. Le bilan biologique (VS, CRP, Gly à jeun) était normal. La radiographie montrait une ostéolyse épiphysaire avec multiples fragments osseux et une perte de la congruence articulaire.

L'IRM du coude gauche était en faveur d'une OAN et l'IRM médullaire objectivait une malformation de Chiari type I associée à une cavité syringomyélique pan médullaire.

Deux ans plus tard, apparition d'une tuméfaction indolore de l'épaule droite avec hyper laxité et une destruction complète de l'articulation à la radiographie standard, évoquant une 2^e localisation de l'OAN.

Conclusion :

L'arthropathie nerveuse est une affection rare qui reste méconnue par les médecins. Elle doit être évoquée devant toute arthropathie destructrice rapide avec une sensibilité douloureuse absente ou inappropriée, et/ou la présence de l'une des étiologies suscitées.

Sa.06

Ostéonécrose multifocale post - infection Covid

N.Sekkal, N.Khaldoun, F.Hanni

Service de rhumatologie EHS Ben Aknoun-Alger

L'ostéonécrose ou nécrose aseptique est une affection rare, de diagnostic et de traitement difficiles, qui évolue avec des conséquences graves sur la qualité de vie du patient. Dans cette maladie d'étiologies souvent multifactorielles (éthylisme, corticothérapie, vascularite, chez les lupiques, et les maladies de surcharge

Observation :

Patient L.H âgée de 41 ans aux ATCD de décollement rétinienne compliquée d'une cécités bilatérale et ATCD de covid 19 atteint pulmonaire sévère estimé 50% hospitalise pendant 01 mois traité par de forte dose de corticoïdes 20 mg/ j de dexamethasone pendant 20 j consulte pour des gonalgies et des douleurs inguinales bilatérales d'horaires mixtes 04 mois après l'épisode covid à l'examen clinique patient presente limitation importante dans tous les mouvement des deux hanche avec limitation du périmètre de la marche et indice de lequesne à 14

Biologie :

Absence de syndrome inflammatoire biologique bilan phosphocalcique sans anomalies bilans de thrombophilie sans anomalies BAI négatif

Imagiees :

IRM du bassin aspect d'ostéonécrose des deux têtes fémorales stade 03 de FICAT
IRM des 02 genoux : foyer d'ostéonécrose ischémique de la métaphyse fémorale et des deux condyles fémoraux

Scintigraphie osseuse a confirmé les localisations décrites à l'IRM.

Conclusion :

Il existe une relation entre l'affection Covid et l'ostéonécrose de la tête fémorale. Ce fait survient comme une séquelle rare et grave après le traitement de la COVID-19, compte tenu de l'utilisation de fortes doses de corticoïdes pendant la phase aiguë de la maladie, la soi-disant «tempête de cytokines». Selon les études analysées, la relation entre ces deux pathologies découle de l'utilisation de corticoïdes, responsable d'environ 50 à 70 % des cas

Sa.07**Perception de l'ostéoporose fracturaire par les chirurgiens orthopédistes du CHU d'Oran**

A⁽¹⁾.Benammar, M⁽²⁾.Belaid, R⁽³⁾.Talhi, M⁽²⁾.Medjahed, K⁽¹⁾.Khelif

⁽¹⁾. Service de rhumatologie, CHU d'Oran

⁽²⁾. Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, CHU d'Oran

⁽³⁾. Service d'épidémiologie, CHU de BEO, Alger

Introduction

Les chirurgiens orthopédistes sont les premiers médecins appelés à prendre en charge une fracture ostéoporotique qui relève dans un premier temps d'un traitement orthopédique ou chirurgical. Au-delà de cette prise en charge initiale, la maladie sous-jacente qui est l'ostéoporose nécessite d'être investiguée et traitée. L'objectif de cette étude est de décrire la perception de l'ostéoporose fracturaire par les orthopédistes du CHU d'Oran.

Matériels et méthodes

Une enquête d'opinion a été réalisée le 23 mai 2017 auprès des chirurgiens orthopédistes du CHU d'Oran (tous grades confondus) qui ont été invités à remplir à un questionnaire anonyme de 7 items sur leur perception de la prise en charge de l'ostéoporose fracturaire.

Résultats

Au total, 36 médecins ont répondu à l'enquête qui a révélé que suite à une fracture par fragilité osseuse, 36% des médecins orthopédistes demandaient une mesure de la DMO, 28 % assuraient le suivi des patients ostéoporotiques, 25 % d'entre eux orientaient les patients pour une prise en charge de leur ostéoporose et 40% jugeaient les traitements anti ostéoporotiques inefficaces pour prévenir les récives fracturaires.

Conclusion

Une prise en charge optimale de l'ostéoporose fracturaire nécessite la collaboration entre différents professionnels de santé, notamment les chirurgiens orthopédistes et les rhumatologues. Des structures comme les services de liaison des fractures peuvent résoudre cette problématique.

Mots clés

Chirurgiens orthopédistes, perception, fracture, ostéoporose

Sa.08**Fibrodysplasie ossifiante progressive: à propos d'un cas**

S.Kherief, H.Ayed

Service de rhumatologie-CHU Annaba

Introduction

La fibrodysplasie(myosite)ossifiante progressive (FOP) ou maladie de Münchmeyer, est une maladie génétique rare, affectant le système musculo-squelettique et conjonctif, caractérisée par des anomalies osseuses congénitales et des ossifications hétérotopiques successives.

Nous rapportons l'observation d'un cas de FOP déjà au stade évolué de la maladie.

Mots clés: ossification hétérotopique, myosite, génétique.

Observation

Monsieur H.S âgé de 52 ans. L'histoire de la maladie remontait à l'âge de six ans, par l'apparition de tuméfactions douloureuses au niveau des muscles para vertébraux pendant une dizaine de jours qui sont suivies d'ossifications. L'évolution était marquée par l'apparition d'autres ossifications des fascias et des muscles aboutissant à des raideurs articulaires gênant sa vie quotidienne.

A l'examen clinique:

Il présentait une posture penché vers l'avant du fait de la cyphose dorsale et les ossifications para vertébrales.

La position assise était impossible à cause d'un blocage des hanches en extension.

Une ankylose rachidienne, des épaules, des coudes.

Un Hallux valgus bilatéral avec des gros orteils et des pouces courts.

Une limitation de l'ouverture buccale à 2 cm.

Le bilan biologique était normal.

Les radiographies standards ont montraient d'importantes ossifications.

Le patient a été opéré deux fois pour résection des ossification de la hanche et du coude, mais sans efficacité avec récurrence précoce.

Discussion

La FOP, affection génétique rare, due à une mutation du gène ACVR1 codant pour un récepteur des protéines BMP4 impliquées dans la croissance et le modelage de l'os.

Décrite essentiellement chez le jeune enfant, caractérisée par l'apparition de tuméfactions inflammatoires douloureuses touchant les tissus conjonctifs et les muscles. Celles-ci vont s'ossifier et s'étendre progressivement à toutes les régions du corps. Ces **ossifications extra squelettiques** ont toutes les caractéristiques de l'os normal.

Des malformations osseuses congénitales essentiellement présentes au niveau des pouces et des gros orteils. Le diagnostic est radio-clinique.

À ce jour il n'y a pas de traitement curatif définitif, Les perspectives d'avenir les plus intéressantes concernent les inhibiteurs de la BMP 4 et la thérapie génique.

Conclusion

La FOP est une maladie rare mais extrêmement invalidante.

Le diagnostic précoce est très important afin d'éviter la biopsie ou tout autre geste invasif conduisant à une aggravation du phénomène.

Sa.09

A propos d'un cas d'ostéonécrose aseptiques multifocale

K. Benchaira, Meziane, Heddi, Bennama , Khelif , Lamri , Hanouchine, Benzaoui

Service de rhumatologie - Centre Hospitalier et universitaire d'Oran

Introduction :

La hanche est la localisation la plus fréquente de l'ostéonécrose, mais d'autres articulations peuvent être touchées. En outre, l'atteinte multifocale est notée dans 3 % des cas, lorsqu'elle est recherchée.

A partir de l'étude d'une observation et d'une revue de la littérature, nous discutons le rôle d'une thrombophilie constitutionnelle dans la survenue de l'ostéonécrose aseptique.

Cas Clinique

Nous rapportons le cas d'une patiente de 32 ans Aux antécédents de Tuberculose pulmonaire en 2016, traitée et déclarée guérie et d'Hypothyroïdie sous traitement. Orientée au service de rhumatologie CHUO pour la prise en charge d'une douleur rétrotrochantérienne mixte irradiant vers les chevilles évoluant depuis 1année ne répondant pas aux antalgiques usuels. Une radiographie standard du bassin a objectivé une densification de façon bilatérales des têtes fémorales, hétérogène par la présence de lacunes sous chondrales ; compatible avec une ostéonécrose stade 2 d'ARLET ET FICAT bilatérale. L'imagerie par résonance magnétique du bassin a confirmé le diagnostic. Une scintigraphie osseuse objective un remaniement ostéoblastique au niveau des épaules, des coudes, des genoux et des coxofémorales compatible avec une ostéonécrose. Par ailleurs ; il n'y avait pas de notion de prise d'alcool de tabac de corticoïdes ou de chimiothérapie. Pas de notion de soumission à un environnement hyperbare. La glycémie, le bilan lipidique et l'uricémie sont normaux éliminant l'origine métabolique. La sérologie VIH est négative. Les AAN étaient négatifs. aCL ; B2GPI et anticoagulant lupique étaient corrects. La FNS et le frottis du sang périphérique revient sans arguments en faveur d'une drépanocytose ou d'une maladie de gaucher. Le test de dépistage de la maladie de gaucher est négatif. Electrophorèse de l'hémoglobine a décelé un aspect d'hémoglobinoses C hétérozygote AC. Un bilan de thrombophilie a objectivé un déficit en antithrombine III à 56% . La malade a est mise sous Tinzaparine sodique à raison de 3500ui/jour avec mise en place d'une PTH à droite.

Conclusion : La thrombophilie est une cause rapportée d'ostéonécrose surtout chez les sujets jeunes. Ce cas inhabituel démontre l'intérêt d'une exploration rigoureuse de tous les facteurs de l'hémostase est nécessaire afin de ne pas passer à côté d'une telle situation.

Sa.10

Profil clinique et étiologique du Syndrome douloureux régional complexe de type 1

A.Ferhat, N.Bahaz, C.Dahou-Makhloufi.

Service de rhumatologie, CHU Bab El Oued-Alger

Introduction :

Le syndrome douloureux régional complexe de type 1 (SDRC 1), ou algodystrophie est un syndrome douloureux et trophique touchant un segment de membre survenant le plus souvent suite à un traumatisme.

Objectif :

L'objectif de notre travail était de décrire les aspects cliniques, étiologiques, et thérapeutiques des cas de SDRC 1 observés dans notre service.

Matériel et méthode :

Etude rétrospective, descriptive, sur dossiers de patients hospitalisés sur une période de 15 ans. Le diagnostic a été posé sur des données cliniques et paracliniques et/ou sur les critères de Budapest 2004. Nous avons relevé les données démographiques, étiologiques, cliniques, et les différents traitements utilisés.

Résultats :

26 dossiers ont été colligés (dont 19 femmes), l'âge moyen :45.2ans (22-70 ans), un évènement initial a été relevé dans 17cas (6 traumatismes, 2 immobilisation, 1 immobilisation avec antécédent de prise d'antituberculeux, 2 infiltration de corticoïde, 1 thrombophlébite, 1 goutte, 1 pathomimie, 1 cancer du sein, 1 MICI, 1 post-chirurgical). Parmi les formes cliniques, nous avons noté 7 syndromes épaule-main et une forme extensive.

La douleur et l'impotence fonctionnelle sont présentes chez tous nos patients, l'hypersudation dans 5 cas.

La radiographie standard est sans anomalie dans 8 cas, une déminéralisation homogène :7cas, déminéralisation hétérogène : 6 cas, une hyperfixation à la scintigraphie dans 10 cas, elle était normale dans 5 cas. L'IRM montrait un hyposignal en T1 et hypersignal en T2 dans 6 cas.

Sur le plan thérapeutique en plus du traitement physique, les patients ont reçu : calcitonine 6cas, pamidronate 4cas et acide zolédronique 5cas. L'évolution était favorable sous bisphosphonates dans 5 cas, et dans 2 cas sous calcitonine.

Conclusion :

A travers ces observations nous remarquons que la majorité des patients atteints de SDRC1 sont de sexe féminin et les étiologies sont dominées par le traumatisme. Différentes étiologies étaient relevées chez nos patients. La douleur et les troubles vasomoteurs sont au premier plan, le traitement médical était essentiellement basé sur les bisphosphonates et la réadaptation fonctionnelle.

Sa.11

L'impact de la nutrition sur l'arthrose chez un groupe de patients

S.Ganaoui

Service de médecine interne-CHU Constantine

L'obésité de l'adolescent constitue un véritable problème de santé publique du fait de sa fréquence qui est en nette augmentation et de sa gravité.

Il s'agit d'une étude retrospective portant sur 32 enfants et adolescents obèses (21 garçons et 11 filles) avec sexe ratio de 1,9, âgés de 07 à 17 ans suivis à la consultation externe d'endocrinologie du service de pédiatrie de EPH Hassan Badi El-Harrach de mars à mai 2018. Ils ont bénéficié d'un interrogatoire précisant leurs caractéristiques générales et leur histoire pondérale, d'un examen clinique, d'un bilan biologique et d'un bilan nutritionnel. Dans l'objectif de déterminer les complications cliniques, métaboliques, et l'erreur diététiques afin de les corriger.

La principale complication métabolique de l'obésité est l'insulinorésistance, la perturbation du bilan lipidique: et un état de diabète type 2 de 6.25% et de pré diabète 9.37%, et un acanthosis nigricans signant l'intolérance en glucose présent chez 59.375%. L'HTA a été retrouvée dans 13,8% des cas. Le syndrome métabolique a été noté dans 25% des cas.

La fréquence des complications orthopédiques dans notre série était de 18.5% dont un cas d'épiphysiolyse de la hanche. Une perturbation du bilan hépatique évoquant une stéatose hépatique a été noté dans 9.37% des cas. L'activité physique est limitée à 2 heures/semaine d'éducation physique scolaire chez 75% et seulement 12,5% ont une activité sportive complémentaire.

Les complications à court terme de l'obésité de l'adolescent sont alarmantes. La persistance à l'âge adulte est réelle et prédispose aux complications cardiovasculaires et à une augmentation de la morbi-mortalité. Le déséquilibre alimentaire et l'excès énergétique constant, impose une correction diététique et un équilibre nutritionnel.

Mot clé : obésité, facteurs de risque, syndrome métabolique, diététique, adolescents, enfants

Ostéochondrite primitive bilatérale de la hanche Maladie de Legg-Calvé Perthes à propos d'un cas

Sa.12

A.Latroch, Benammar, Benchaira, Laouti, Bendisari, Laradji, Meziane. Benbernou, Heddi

Khelif, Lamri

Service de rhumatologie, CHU ORAN

Introduction

L'ostéochondrite primitive de la hanche est une pathologie vasculaire de type ischémique de l'épiphyse fémorale supérieure, elle touche préférentiellement le garçon entre 4 et 8 ans et elle est bilatérale dans 10% des cas.

L'origine de la nécrose est inconnue des facteurs génétique, mécaniques d'environnement ainsi que des troubles de l'hémostase ont été incriminés.

Observation :

C'est le patient K.H âgés de 28 ans, jardinier de profession, sans antécédents pathologiques notables rapportant des douleurs inguinales bilatérales intermittentes plus importantes à gauche, d'horaire mixte évoluant depuis 05 ans.

Cliniquement le patient présente : une asymétrie du bassin , une boiterie à droite.

Une limitation des deux hanches en rotation interne, externe et en abduction.

Le reste de l'examen est sans particularités

Biologie : Absence de syndrome inflammatoire biologique

Bilan hépatique et rénale sans anomalies

Le dosage de la TSH us est normal

Imagerie Médicale: Une radiographie standard du bassin a objectivé :

Aplatissement des deux têtes fémorales (coxa plana, aspect en béret basque)

Pincement de l'interligne coxofémorale plus marqué à gauche

Les articulations sacro-iliaques sont sans anomalies

Le diagnostic d'ostéochondrite primitive de la hanche bilatérale est retenu.

Une télémétrie des membres inférieurs retrouve une inégalité des membres inférieurs avec

raccourcissement du membre inférieur gauche ainsi valgus bilatéral des genoux de 6° à droite et 5° à gauche .

Conclusion :

L'ostéochondrite primitive de la hanche se caractérise par une évolution peu prévisible, l'importance de la déformation dépendra de l'étendue de la nécrose et des rapports tête-cotyle, ce qui peut aboutir à l'aplatissement complet des têtes fémorales qui évolueront inexorablement vers une coxarthrose précoce avant 40 ans et motiveront une arthroplastie de hanche.

SA.13**Les ostéopathies condensantes à propos de deux observations**

K.Benchaira, A. Benamar, A.Latroch, A.Laouti,N.EH. Meziane, M.Bendisari, H.Benbernou, A.Laradji, Kh. Khelif, Heddi, Lamri, A.Benzaoui

Service de rhumatologie - Centre Hospitalier et universitaire d'Oran

Introduction :

Les ostéocondensations sont des maladies osseuses constitutionnelles de grande diversité phénotypique et génétique, caractérisées par une augmentation systémique ou focale de la densité osseuse. Nous vous rapportons 2 observations d'ostéopathie condensante focale.

Observation 1 :

Une fille âgée de 16 ans s'est présentée à la consultation de rhumatologie pour des douleurs mécaniques de la cheville et du genou gauches qui se sont installées progressivement depuis une année suite à un accident de la voie publique. L'examen clinique a objectivé une douleur en fin de course à la mobilisation du genou gauche. La radiographie standard des genoux et des pieds a révélé des bandes d'ostéocondensation intéressant le versant latéral du fémur, de la rotule, du tibia et du pied gauches. Le bilan phosphocalcique a été normal hormis une carence en 25 OH vitamine D. La scintigraphie osseuse a objectivé un remaniement ostéoblastique diffus intéressant le membre inférieur gauche.

Observation 2 :

Une femme âgée de 35 ans a consulté à notre service de rhumatologie pour une déformation indolore du 4^{ème} doigt droit évoluant depuis l'âge de 7 ans suite à un accident d'électrocution. L'examen clinique a objectivé une sclérodactylie associée à un flessum du doigt. La radiographie des mains a objectivé des bandes d'ostéocondensation en « coulée de bougie » intéressant le versant

médial des os du carpe, des métacarpes, et des phalanges droites. Le bilan phosphocalcique et inflammatoire a été sans particularités.

Le diagnostic de mélorhéostose a été retenu chez les deux patientes devant les données cliniques et radiographiques.

Conclusion

La mélorhéostose est une ostéopathie génétique rare, caractérisée par une condensation et une déformation des os du squelette. Les membres inférieurs sont les plus touchés. Le diagnostic positif repose sur la clinique et les données des radiographies standard. Sa découverte est fortuite car le plus souvent asymptomatique.

Mots clés : ostéopathies, ostéocondensations, mélorhéostose

SA.14

Ostéoporose et polyarthrite rhumatoïde : profil des patients

S.Boudaoud, D.Sandani, A.Lounici

Service de médecine interne, CHU TLEMEN

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent. Elle expose à une perte osseuse multifactorielle dont l'ostéoporose (OP) avec un risque accru de fracture de fragilité.

Objectif :

Evaluer les facteurs prédictifs de l'OP chez les patients ayant une PR.

Méthode :

Il s'agit d'une étude rétrospective au niveau du service de médecine interne CHU Tlemcen, incluant 27 patients suivis pour PR répondant aux critères ACR/EULAR 2010 sur une période de 9 ans (2013-2022). Pour chaque patient, on a précisé les données suivantes : l'âge, la durée de la maladie, l'indice de masse corporelle (IMC), la prise de corticoïdes, le taux du facteur rhumatoïde (FR) et celui des anticorps anti-peptides citrullinés (ACPA). La densité minérale osseuse (DMO) a été mesurée au niveau du rachis lombaire et du col fémoral en tenant compte des valeurs du T-score.

Résultats :

Il s'agissait de 27 patients : 3 hommes et 24 femmes, l'âge moyen était de 53,6 ans, la durée moyenne d'évolution était de 12,8 ans. 33% des patients avaient une OP. Les valeurs moyennes du T-score au niveau des sites lombaire et fémoral étaient respectivement : -1,54 et -1,43. Les ACPA étaient positifs dans 44,4% des cas, le FR dans 77,7%. Le DAS 28 moyen était de 3,84 et le HAQ moyen de 1.32. 17 patients étaient sous corticoïdes avec une dose moyenne de 7,5 mg/j et 94,11% ont dépassé la dose de 7,5 mg/j depuis au moins 3 mois.

Les patients ayant une OP étaient plus âgés (59 ans) et avaient un IMC plus bas (24kg/m²). Ils présentaient tous un FR et/ou un ACPA positif. 77,77% d'entre eux avaient pris une corticothérapie au long cours.

Conclusion :

L'OP est une atteinte extra-articulaire à craindre au cours de la PR de par sa fréquence et son impact pronostique. Elle doit être dépistée systématiquement. Dans notre étude, la survenue d'OP était plus fréquente à un âge plus avancé au cours de la PR, chez des patients plus maigres ayant pris une corticothérapie de longue durée

SA.15

Marche dandinante révélant une maladie coeliaque : à propos d'un cas

M. Derder, A. Belabbas, N. Bouziani, A. Kella, D. Hakem.

Service de Médecine interne MOSTAGANEM

Introduction :

La maladie cœliaque est de diagnostic difficile et souvent tardif chez l'adulte. Elle est d'un grand polymorphisme, allant d'une présentation clinique digestive classique à des symptômes atypiques souvent extra intestinaux qui sont parfois en rapport avec une pathologie associée ou une complication liée comme celle liée au syndrome de malabsorption qui peut conduire à une ostéomalacie.

Observation :

Mme A.S, âgée 44 ans, était admise pour exploration de trouble de la marche type marche dandinante associé à des douleurs osseuses à prédominance lombosacrée évoluant progressivement depuis 2 ans. Dans ses antécédents, on notait une maladie de Basedow traitée par Carbimazole.

L'examen clinique notait un poids de 71 kg avec un indice masse corporelle à 29.5, une pâleur cutanéomuqueuse et objectivait des douleurs osseuses diffuses localisées principalement au bassin et mettait en évidence une myopathie proximale et,

La biologie révélait une hypocalcémie à 51 mg/l, une hypocalciurie à 29 mg/24h, une légère hyperchlorémie à 110 mmol/l et un taux de vitamine D bas à 8 ng/ml. La numération –formule sanguine retrouvait un taux d'hémoglobine à 10.9 g/dl (anémie modérée microcytaire) avec une ferritinémie à 35 ng/ml. La phosphorémie, la kaliémie et la magnésémie étaient normales. La protéinurie était estimée à

124mg/24h sans glycosurie, les phosphatases alcalines étaient augmentées à 298 UI/l et la parathormone sérique était élevée à 433pg/ml (9 fois la valeur normale).

Le bilan thyroïdien était perturbé avec une TSHus à 0.05 UI/ml et FT4 à 75pmol/l. Par ailleurs, le taux des enzymes musculaires (CPK, LDH), le bilan inflammatoire (VS, CRP, EPS) et les sérologies virales étaient normaux.

L'exploration morphologique osseuse par radiographies et scanner rachidien retrouvait une déminéralisation osseuse et une discopathie dégénérative avec cyphose dorsale. L'IRM cérébro-médullaire et l'ENMG étaient sans particularité.

Devant l'association de douleurs osseuses, de myopathie proximale, d'hypocalcémie et de PAL très élevées avec un taux effondré de la vitamine D et une anémie ferriprive le diagnostic d'ostéomalacie était retenu. Le diagnostic étiologique était en faveur d'une maladie cœliaque confirmée sur le plan immunologique (AC anti transglutaminases à 25.6UI/ml) et histologique dont l'étude anatomopathologique de la biopsie gastroduodénale qui mettait en évidence une muqueuse duodénale atrophique avec lymphocytose intra épithéliale de type borderline classée type III selon la classification de MARSH.

La prise en charge thérapeutique des troubles osseux était basée sur le régime sans gluten associé à une supplémentation parentérale en vit D et en calcium ainsi qu'un traitement martial. L'évolution était favorable.

Une adaptation du traitement de l'hyperthyroïdie était un autre volet de sa prise en charge thérapeutique.

Conclusion :

La maladie cœliaque est habituellement évoquée devant les signes de malabsorption cliniques ou biologiques. Un régime sans gluten permet de prévenir et traiter la majorité des complications de la MC qui conditionnent le pronostic fonctionnel de la maladie notamment les complications osseuses source de handicap moteur . Ces complications, devenues rares, peuvent être une circonstance de découverte et une source d'errance diagnostique.

SA.16

Ostéopétrose bénigne : à propos d'un cas

R. Fekrache, H.Ayed

Service de rhumatologie -CHU Ibn sina-Annaba

Introduction :

L'ostéopétrose est une ostéopathie condensante rare, en rapport avec un dysfonctionnement des ostéoclastes ; incapables de résorber l'os immature entraînant par conséquent une densification osseuse anormale.

Nous rapportons le cas d'une patiente qui présente une ostéopétrose

Présentation de cas :

Il s'agit d'une patiente de 47 ans, sans antécédents particuliers qui consulte en Rhumatologie pour des douleurs ostéoarticulaires diffuses. L'interrogatoire a retrouvé la notion de douleur articulaire touchant les grosses articulations, une douleur osseuse touchant les os longs, et des rachialgies cervico-dorso-lombaires de type mécanique, soulagées partiellement par les antalgiques évoluant depuis 14 ans et un antécédent de fracture malléolaire de la cheville gauche et fracture des 2^{es} pouces. L'examen physique a retrouvé une mobilisation douloureuse et limitée des épaules, une douleur à la mobilisation rachidienne et à la pression de l'ensemble des apophyses épineuses. Le bilan biologique était normal, et les radiographies standards de l'ensemble des articulations touchées a retrouvé une condensation osseuse généralisée avec un aspect de l'os dans l'os d'où le diagnostic d'ostéopétrose (photo ci-joint).

La patiente a bénéficié d'une infiltration de ses épaules sans amélioration et a été mise sous AINS per os avec une réponse partielle.

Discussion :

L'ostéopétrose est une maladie osseuse congénitale rare. On distingue deux formes cliniques : une forme autosomale dominante « bénigne », fréquemment asymptomatique, et une forme autosomale récessive maligne fatale. Le diagnostic de la forme bénigne est radiographique devant la présence d'ostéosclérose diffuse et progressive touchant essentiellement le squelette axial, avec une atteinte symétrique des os longs. Les fractures pathologiques et les douleurs osseuses constituent le mode révélateur le plus fréquent.

Conclusion :

En dépit de la rareté de certaines pathologies ostéoarticulaires, le Rhumatologue se trouve face à ces maladies orphelines que l'on oublie souvent.

SA.17

Maladie de Paget : aspects clinique, biologique et radiographique chez sept patients

R. Fekrache, R. Benbelkacem, H. Ayed

Service de rhumatologie -CHU Ibn Sina-ANNABA

Introduction:

La maladie de Paget est une ostéodystrophie osseuse bénigne rare de l'adulte, conduisant à une désorganisation de la structure du tissu osseux et de la morphologie des os touchés. L'objectif de notre étude est de décrire les aspects clinico-biologiques et radiographiques de cette pathologie.

Matériels et méthodes:

Une étude observationnelle descriptive menée sur les dossiers des patients dont le diagnostic de la maladie de Paget a été porté devant la présence de signes clinico-biologiques et radiographiques évocateurs durant la période de 2018-2022. Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement par les bisphosphonates injectables.

Résultats:

Sept patients ont été colligés, le sexe féminin était prédominant (4F/3H) avec un sexe-ratio de 1.6. L'âge moyen était de 66.4 (45-82), l'âge de début de la douleur était de 55.25 (43-80), le mode de révélation était progressif chez 100 % des patients. La disposition était polyostotique dans 71.5 %

touchant les os longs, le crâne et le bassin. La moyenne des PAL était de 603.7 U/L et l'amélioration de ces chiffres était de 45.8 % après la première perfusion d'Acide Zoledronique. L'aspect radiographique était typique chez 85.7 % des cas. Les complications articulaires étaient présentes chez 28.5 % des cas. La dégénérescence sarcomateuse a été suspectée chez un seul patient perdu de vue par la suite et de ce fait l'exploration n'a pas été complétée.

Discussion:

La maladie de Paget est de pathogénie inconnue. Les formes asymptomatiques sont les plus fréquentes d'où le retard diagnostique. Les douleurs lorsqu'elles sont présentes sont de type mécanique touchant surtout les os longs. L'augmentation des PAL reflète l'extension et l'activité de la maladie. Le diagnostic est radiographique associant une différenciation cortico-médullaire, un aspect fibrillaire, et hypertrophie osseuse. La scintigraphie osseuse permet d'établir une cartographie des lésions pagétiques. Les complications articulaires ou extra-articulaires peuvent se voir dont la plus redoutable est la dégénérescence sarcomateuse nécessitant une surveillance rigoureuse. Le traitement par les Bisphosphonates est le seul approuvé dans le traitement des lésions actives.

Conclusion:

Les résultats de notre étude sont globalement comparables aux données de la littérature. C'est une affection curable sur le plan évolutif et le développement des bisphosphonates, a permis une indiscutable amélioration de la qualité de vie des patients atteints.

SA.18

Lésions ostéocondensantes et ostéolytiques révélatrices d'un lymphome malin hodgkinien chez une jeune patiente ; à propos d'un cas

S.Hadjaj², Y.Reguieg¹, M.Kandouci², Y.Heddi¹, K.Khelif¹, A.Benzaoui¹

¹Service de Rhumatologie - CHU d'Oran

²Hopital militaire régional universitaire d'Oran

Introduction :

Le lymphome d'Hodgkin est une prolifération maligne, localisée ou disséminée, de cellules du système lymphoréticulaire, touchant principalement les ganglions, la rate, le foie et la moelle osseuse.

Les lésions osseuses des lymphomes hodgkinien sont des lésions **lytiques principalement** et rarement condensantes

Dans notre cas, nous rapportons la présence de lésions **mixtes condensantes et lytiques** ce qui est exceptionnellement retrouvé et rarement rapportée dans la littérature.

Sensibiliser nos confrères à penser à un lymphome devant des lésions ostéocondensantes et ostéolytiques (mixtes) qui restent l'un des signes radiologiques rarement décrits dans la littérature

Observation :

c'est la patiente B.H, âgée de 32, sans antécédents pathologiques particuliers admise à notre niveau PEC diagnostique et thérapeutique de lombalgies mécaniques avec des lésions ostéocondensantes et ostéolytiques.

l'examen clinique retrouve : un bon état général

TA=130/80 mm/hg ; FR =18 ; FC = 76 b/mn

L'examen axial objective une légère limitation du rachis lombaire, absence de douleur à la pression des apophyses épineuses sans contracture des muscles para-vertébraux

L'examen périphérique est revenu sans particularités

Le reste de l'examen somatique est sans particularités

Par ailleurs : la patiente rapporte la notion d'amaigrissement à 8 kg et d'asthénie

La biologie retrouve :

Un syndrome inflammatoire avec une anémie à VS=80mm/h et une CRP=110mg/l

Calcémi= 90mg/l ; phosphorémie=40mg/l ; PAL=270U/L

Marqueurs tumoraux : AFP=1mg/ml ; CA125=9mg/ml ; CA19.9=4mg/ml

IMAGERIE :

1/Radiographie du thorax : sans particularités

Echographie abdomino-pelvienne :

- Angiome hépatique stade 4
- Ganglions du hile hépatique
- Adénomégalies de la chaîne iliaque externe droite

2/Echographie cervicale : glandes thyroïdes de morphologie, de dimensions et d'échostructure normales

3/Mammographie : sans particularités

4/Scanner thoraco-abdomino-pelvien :

- absence d'anomalies abdominales décelables
- multiples adénopathies médiastinales susclaviculaires et inguinales multiples avec nodules spléniques
- lésions osseuses **condensantes** de D8, D12 associées à une **lacune osseuse aggressive de l'aile iliaque droite évoquant à priori des localisations osseuses secondaires**

5/Scintigraphie osseuse :

Aspect scintigraphiques de localisations osseuses secondaire , l'hyperfixation est focalisée sur : l'épaule gauche , le rachis dorsal D7 12 et L2 , les sacroiliaques et les trochanters

Biopsie osseuse de l'os iliaque : aspect histologique d'un lymphome hodgkinien classique scléro-nodulaire selon la classification OMS2007

GNAGLION ILIAQUE : hyperplasie folliculaire lymphoïde réactionnelle

Absence de lésions tumorales, absence de granulome

Immunohistochimie :

Anti-cd15 : positivité focale, anticd20 : positivité intense diffuse ; anticd30 : négatifs

Conduite à tenir : mettre la patiente sous TRT antalgique pour soulager ses lombalgies permanentes et l'adresser au service d'hématologie

Discussion :

Le lymphome d'Hodgkin est une prolifération maligne, localisée ou disséminée, de cellules du système lymphoréticulaire, touchant principalement les ganglions, la rate, le foie et la moelle osseuse. La symptomatologie comprend typiquement la présence d'une adénopathie indolore, parfois associée à une fièvre, des sueurs nocturnes, une perte de poids involontaire, un prurit, une splénomégalie et une hépatomégalie.

Peu sont les symptômes qui ce sont retrouvés chez notre patiente

Avant toute biopsie d'un ganglion persistant, il est nécessaire d'effectuer les examens permettant d'identifier une cause locale ou infectieuse.

Le contexte clinique reste le plus important dans la démarche, il n'y a pas d'examens biologiques spécifiques pour orienter le diagnostic du lymphome de Hodgkin ; on pratique habituellement : hémogramme et une VS et Ce qui à été fait chez notre patiente

Sur le plan de l'imagerie : on retrouve

Les lésions ostéolytiques sont les plus fréquentes dans les LMNH **(60 à 80% des cas)**.

L'ostéolyse peut être de type perméatif avec de multiples petites lacunes intra-osseuses ou au contraire confluentes par endroit.

L'ostéolyse peut être de type mité avec de nombreuses lacunes ovales ou à bords déchiquetés qui peuvent confluer en plages plus étendues donnant un aspect microponctué ou mité à l'os.

Les lésions ostéocondensantes sont rarement isolées dans les LH (5% des cas). Elles prennent volontiers l'aspect classique de vertèbre ivoire

Dans les LH, les **images mixtes** se rencontrent dans 10% des cas, en particulier au niveau du bassin, avec une zone centrale ostéolytique entourée d'un anneau d'ostéosclérose. **Et c'est ce qui est retrouvé à la TDM de notre patiente ... on incite les médecins à y penser malgré le faible taux rapporté dans la littérature**

Une rupture corticale ; Une extension aux parties molles ; Des fractures pathologiques peuvent être mises en évidence

Le diagnostic repose sur la biopsie ganglionnaire qui montre des cellules de Reed-Sternberg (grandes cellules binucléées) au sein d'un infiltrat cellulaire hétérogène caractéristique composé d'histiocytes, de lymphocytes, de monocytes, de plasmocytes et d'éosinophiles.

Le traitement est curatif dans la plupart des cas et consiste en une chimiothérapie avec ou sans autres modalités de traitement, dont des conjugués anticorps-médicaments, une immunothérapie et une radiothérapie.

Conclusion :

Le lymphome de Hodgkin est d'origine cellulaire B.

On découvre souvent une lymphadénopathie indolore ou une adénopathie cervicale ou médiastinale sur une rx thorax ou à l'examen clinique. La biopsie montre des cellules pathognomoniques, binucléées de Reed-Sternberg. L'intérêt de ce travail est de sensibiliser les médecins à penser à un lymphome devant des lésions mixtes lytiques et condensantes exceptionnellement retrouvées simultanément .

SA.19

Ostéome ostéoïde à localisation multiple : à propos d'un cas

A.Laouti, A.Youcef, F.Z.Heddi, Z.Lamri, K.Khellif

Service de rhumatologie -CHU ORAN

Introduction

L'ostéome ostéoïde(OO) est une tumeur osseuse primitive bénigne relativement fréquente, (12%des tumeurs osseuses bénignes) La répartition sur le squelette fait apparaître une forte prédominance des os longs, notamment le fémur et le tibia (75% des localisations), alors que la localisation talienne est rare (2% des cas). Nous rapportons un cas d'(OO)multiple dont une localisation au niveau du talus

Observation

B.H 27 ans a rapporté des douleurs chroniques de la jambe et cheville gauches, évoluant depuis six mois, d'horaires inflammatoires, d'installation progressive qui devient constante et insomnante

L'examen physique a retrouvé un patient en bon état général, une jambe et une cheville douloureuse, sans point douloureux hyperalgique particulier

Le bilan biologique était sans anomalies

Les radiographies de la jambe ont objectivé deux lésions lacunaires corticales diaphysaires(1/3 moyen , inférieur) la TDM a montré des lésions ostéolytiques, entourées par une sclérose osseuse évoquant un OO ,au niveau du tiers moyen et inférieur du tibia et au dôme du talus . L'IRM était en faveur d'un OO multiple

Les douleurs se sont amendées par l'acide acétyl salicylique, une résection chirurgicale a été indiquée, mais refusée par le patient

Discussion

L'OO est une tumeur bénigne primitive dont la première description date de 1935 par Jaffe La prédominance masculine est soulignée dans toutes les séries, de même sa survenue de la seconde enfance à l'âge adulte

Sa répartition sur le squelette fait apparaître une forte prédominance des os longs des membres, Les localisations à la cheville sont moins fréquentes et **au talus** elles représentent seulement **5 à 8% des cas**

La lésion est toujours **solitaire** et il est **rarissime** de trouver des OO sur **deux segments osseux à distance**

L'imagerie est indispensable au diagnostic (radiologie conventionnelle, TDM, IRM et la scintigraphie) l'exérèse chirurgicale est souvent nécessaire et justifiée pour une confirmation histologique

Notre observation se distingue donc d'une part, par la localisation très rare d'un OO au niveau du talus et d'autre part par le caractère multifocal

Conclusion

L'OO est une tumeur bénigne. Le diagnostic est parfois difficile pour certaines localisations, facilité par l'apport de l'imagerie médicale. Les formes multifocales sont rares imposant une lecture attentive des images radiologiques

SA.20

Dégénérescence sarcomateuse multiple est rapide d'une forme très extensive de la Maladie d'Ollier chez un enfant

M.El Rekaoui

Service de rhumatologie, CHU Douera- Alger

Introduction

La maladie d'Ollier ou onchondromateuse, d'étiologie inconnue, caractérisé par de multiples onchondromes, responsable de déformation du squelette avec inégalité des membres.

la transformation maligne est sa complication la plus redoutable en général celle-ci est unique et survient après 10ans d'évolution.

Nous rapportons un cas de transformation maligne multiples et rapide d'une maladie d'Ollier étendu un an après le diagnostic sans signe d'appel.

Observation

Une fillette se présente à l'âge de 5 ans pour des malformations squelettiques diverses, elle se plaint de douleurs osseuses aux niveaux des membres de tout le côté droit. A l'examen clinique on retrouve un raccourcissement asymétrique des membres supérieurs et inférieurs droit, associés à des tuméfactions aux extrémités des membres sans caractère inflammatoire ainsi que des déformations aux niveaux du bras et de la jambe droite.

Les radiographies standard objective des lésions arrondies et polycycliques avec respect de la corticale au niveau d'acromion, la tête humérale, l'épiphyse inférieure de l'humérus, le cubitus, les phalanges, des os de la main, de l'épiphyse inférieure du fémur droit, l'épiphyse supérieure et inférieure du tibia du côté droit ; du côté gauche lésion beaucoup moins étendue intéressant uniquement l'épiphyse inférieure des membres.

Un an après au cours d'un contrôle radiographique une extension des images radiographique avec aspect lytique avec rupture de la corticale et envahissement des parties molles par endroit, sans exacerbation des douleurs ni retentissement générale.

La biopsie osseuse a mis en évidence un chondrosarcome grade III, un traitement chirurgical n'as pas été envisageable en raison de l'étendue des lésions, l'enfant est alors adressé en oncologie.

Conclusion

Notre cas illustre la transformation maligne rapide après delà d'un an et sans signes d'appel clinique notable de la maladie d'Ollier avec peu de possibilité thérapeutique en raison du caractère très extensive.

SA.21

Evaluation de la microarchitecture osseuse chez les diabétiques de type 1

E. Tabti Ch. Zemit, DJ.Miloud Sifi, A.Lounici

Service de médecine interne, CHU TLEMCEM

Introduction :

Le risque de fracture est élevé chez les diabétiques. pour le diabète de type 1, ce risque est la conséquence d'une diminution de la densité minérale osseuse. D'autres moyens ce sont développés pour étudier la microarchitecture osseuse. le trabecular bone score (TBS) est une méthode originale qui a été développée spécifiquement pour caractériser la texture osseuse à partir des images de DXA rachidienne

Objectif : Le but de notre travail est d'étudier la densité et la microarchitecture osseuse chez les patients diabétiques de type 1

Méthodes : il s'agit d'une étude prospective observationnelle incluant des patients diabétiques de type 1, le bilan d'exploration comporte la recherche des complications microvasculaires et macrovasculaires. Le bilan osseux comporte la mesure de la densité osseuse par méthode d'absorptiométrie biphotonique aux rayons X (DXA) par un appareil GE Lunar, complétée par l'étude de microarchitecture par le trabecular bone score (TBS) . Une valeur ≥ 1.350 définit une microarchitecture normale; TBS entre 1.200 et 1.350 : microarchitecture partiellement dégradée ; TBS < 1.200 microarchitecture dégradée.

Résultats : Nous avons colligé 18 patients dont 7 femmes, l'âge moyen est de 25 ans, la durée moyenne du diabète est de 8 ans. la densité osseuse moyenne au rachis est de 0,988 grammes , la densité osseuse moyenne au col du fémur est de 0,908 grammes , la moyenne du TBS est de 1,369 . La microarchitecture osseuse est normal chez 11 patients , partiellement dégradée chez 6 patients et dégradée chez 1 patient

Conclusion : Dans notre étude presque la moitié de notre population de diabétique de type 1 a une microarchitecture dégradée

SA.22

Osteomalacie d'étiologie exceptionnelle!

S.Yettou, N. Zahraoui, A.Remilaou, F.Hamza, C.Dahou-Makhloufi

Service de rhumatologie, Chu Bab El Oued-Alger

Introduction:

L'ostéomalacie (OM) est une ostéopathie raréfiante diffuse de l'adulte caractérisée par un défaut de minéralisation de la matrice osseuse. Ses étiologies sont multiples, le plus souvent en rapport avec un déficit sévère et prolongé en vitamine D, d'autres étiologies sont possibles mais plus rares.

A travers cette observation nous rapportons le cas d'une patiente qui présente une OM par double mécanisme, une acidose chronique et un déficit en vitamine D.

Observation: La patiente D.Z âgée de 75 ans aux antécédents de néoplasie vésicale (carcinome urothélial) à l'âge de 60 ans ayant bénéficiée de pelvectomie antérieure avec urétérosigmoidostomie, et de localisation secondaire cutanée au niveau de la cuisse gauche survenue à l'âge de 65 ans traitée par exérèse chirurgicale et chimiothérapie, consulte pour des douleurs osseuses diffuses mécanique prédominant au niveau de la région fessière et la ceinture scapulaire apparues depuis 2 ans, avec installation d'un déficit musculaire de façon progressive confinant la malade au lit depuis 6 mois. L'examen clinique retrouve une patiente alitée avec un déficit des muscles fléchisseurs de la hanche, des ROT vifs, l'examen osteo articulaire était difficile à cause des douleurs diffuses et l'impossibilité de se mettre en position debout. L'examen somatique retrouve des escarres fessières et la cicatrice de résection de la métastase cutanée au niveau de la face antéro interne de la cuisse gauche.

Biologie: calcémie totale corrigée normale, calcémie ionisée basse, hypophosphorémie, élévation du taux des phosphatases alcalines, un taux très bas de la vitamine D et élevé de la PTH, la calciurie et la phosphaturie des 24h impossible à réaliser vu l'anastomose urétérosigmoïdienne, une gazométrie artérielle a été réalisée retrouvant une acidose métabolique compensée hyperchlorémique. L'imagerie retrouve un aspect déminéralisé mal lavé du bassin et du rachis, multiples tassements vertébraux et des fissures de Looser Milkman au niveau des côtes, omoplates, branches ischio et ilio pubienne.

Vu les données cliniques, biologiques et radiologiques et après avoir éliminé les autres étiologies possibles d'OM le diagnostic de cette dernière par double mécanisme «une acidose métabolique chronique secondaire à l'anastomose urétérodigestive et un déficit profond en vitamine D» a été retenu, une supplémentation vitamino-calcique et en bicarbonates a été instaurée.

Conclusion: L'OM secondaire à l'acidose est exceptionnelle, cette observation est particulière et mérite d'être rapportée.

SA.23

Arthropathie nerveuse de l'épaule penser à la syringomyélie

M.El Rakaoui, N Benyerba; H Rahmouni; A Amara; C Haouichat

Service de rhumatologie, CHU Douéra, Alger

Introduction :

L'arthropathie nerveuse de l'épaule peut être le symptôme inaugurale la syringomyélie révélant la maladie, elle est décrite pour la première fois en 1888 par Schultz et Kahler et est présente dans 20 à 25% des patients atteints de syringomyélie.

Observation

Une femme de 59 ans, consulte pour des douleurs cervico brachiales droites depuis 20 ans sous antalgiques 1^{er} et 2^{eme} palier. Elle est mère de 2 enfants vivants bien portants et ménopausée depuis l'âge de 42 ans et était hospitalisée pour exploration d'une épaule droite rapidement destructrice (5 mois). À l'examen, la marche était normale, Les pouls périphériques étaient présents. L'épaule droite était limitée dans tous les mouvements actifs, alors que les mouvements passifs étaient possibles et toutes les articulations étaient indolores. L'examen neurologique a objectivé : des troubles de la sensibilité des deux membres supérieurs, avec une dissociation thermo algésique au niveau de tout le membre supérieur droit. Les réflexes tricipitales, bicipitales et rotulien droit étaient vifs. La biologie était normale ainsi que les sérologies syphilitique (TPHA et VDRL) et virales (VIH, HVB, HVC). Les radiographies standards de l'épaule ont montré une destruction complète de l'articulation gléno-humérale droite avec disparition de la tête humérale et présence de deux opacités para articulaires. Le scanner des 2 épaules a objectivé une lyse de l'articulation gléno humérale et de la tête humérale, des géodes sous chondrales glénoïdiens et au niveau de la tête humérale gauches. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) était compatible avec une syringomyélie (cavité syringomyélique de C2 à T6 majorée de C6 à T1 avec une malformation de la charnière occipito vertébrale de CHIARI type 1. Les radiographies pulmonaires, la mammographie ainsi que le scanner thoracique étaient normaux. La patiente a bénéficié d'un traitement chirurgical pour sa syringomyélie. L'évolution a été bonne avec disparition des cervicalgies et de troubles de la sensibilité. Le diagnostic d'arthropathie nerveuse de l'épaule secondaire à une syringomyélie associé à une anomalie de la charnière cervico occipitale type Chiari 1 a été établi.

Conclusion :

Devant une destruction articulaire peu douloureuse touchant l'épaule, le diagnostic d'une arthropathie nerveuse devra être évoqué.

SA.24

Diagnostic et traitement du syndrome du tunnel tarsien : à propos de 8 cas

M. Rahem, KR. Amimoussa, A. Cherfi, AM. Lazar

Service d'orthopédie HCA, Kouba, Alger

Introduction

Le syndrome du tunnel tarsien est rare et correspond à la compression du nerf tibial. Son diagnostic est souvent difficile et fait souvent appel à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) qui plus performante que l'électroneuromyogramme (EMG)

Matériel et méthodes

La série comporte 7 femmes et un homme. La douleur est invalidante et prédomine sur le bord interne du pied. Tous avaient bénéficié d'une IRM et d'un EMG qui avait mis en évidence un syndrome de canal tarsien primitif dans 5 cas. Un traitement par neurolyse antérieure a été réalisé chez tous les patients.

Résultats

Sur l'ensemble des patients, les suites opératoires étaient bonnes. A 5 ans, les douleurs ont totalement disparu et les EMG de contrôle avaient retrouvé une disparition des signes de souffrance neurologique.

Discussion

Les résultats sont meilleurs lorsque la prise en charge est précoce. L'âge jeune des patients est un facteur de bon résultat selon les séries.

Conclusion

Le traitement chirurgical du syndrome du tunnel tarsien reste la meilleure thérapeutique avec 70 à 90 % de bons résultats selon les séries.

SA.25

Calcinose tumorale hyperphosphatémique sporadique

A.Rahmoune, F.Mechid, C.Dahou-Makhloufi

Service de rhumatologie, CHU Bab El Oued-Alger

Introduction :

La calcinose tumorale idiopathique est une affection bénigne, rare, caractérisée par un dépôt de matériel calcique dans les tissus mous péri-articulaires, d'étiologie inconnue, le diagnostic est évoqué à l'imagerie et confirmé par l'histologie ; le traitement est essentiellement chirurgical.

Nous rapportons un cas de calcinose tumorale chez une femme âgée de 22ans

Observation :

Patiente B.S âgée de 22 ans, issue d'un mariage consanguin consulte pour une induration au niveau de la face antéro externe de la hanche droite. Le début remonte à l'âge de 10 ans par l'apparition d'une tuméfaction de consistance dure, augmentant progressivement de volume. La radiographie avait objectivé des opacités de tonalité calcique des parties molles péri-articulaire sans effraction ostéoarticulaire. La biopsie de la lésion montrait de nombreuses calcifications entourées par une réaction macrophagique à corps étranger. Une ablation chirurgicale a été ainsi tentée à 3 reprises avec récurrence quelques mois plus tard. A l'âge de 16 ans la patiente a bénéficié d'une radiothérapie sur le lit tumoral mais sans amélioration.

L'examen clinique lorsqu'elle s'est présentée en rhumatologie avait noté une tuméfaction indolore de 20 cm de grand axe, dont la peau en regard était siège de 2 cicatrices chéloïdes et de multiples squames associées à des sérosités, ainsi que deux orifices de fistulisation laissant sourdre un matériel calcique. La mobilité de la hanche droite était libre et indolore. Le bilan biologique a montré une hyperphosphatémie à 52mg/l. la calcémie, la calciurie, la phosphaturie, le bilan rénal, la PTH, la magnésémie, les enzymes musculaires et la 1,25-dihydroxyvitamine D étaient normaux. L'IRM montrait une masse infiltrant les muscles grand et moyen fessier en arrière et quadriceps en avant en hyposignal en T1, et signal hétérogène en T2 avec zone en hyposignal, la patiente a reçu une

perfusion d'acide zoledronique et un traitement per os à base d'hydroxyde d'aluminium accompagnés d'un régime pauvre en calcium et en phosphate.

Conclusion :

La calcinose tumorale hyperphosphatémique est une affection bénigne, son traitement notamment chirurgical demeure souvent décevant. Un traitement médical visant à diminuer la phosphatémie doit être associé à l'exérèse afin d'optimiser la réponse thérapeutique.

SA.26

Arthropathie nerveuse :

D.Boushaki, N.Khaldoun, H. Bouali, N.Sekkal, F.Hanni
Service de rhumatologie, CHU Ben Aknoun-Alger

Introduction :

L'Ostéoarthropathie nerveuse également connue sous le nom de l'articulation de Charcot, est une maladie rare mais gravement débilitante du système articulaire; c'est une arthropathie rapidement destructrice, qui se produit en cas de perception altérée de la douleur, secondaire à des différentes affections atteignant le système nerveux, le diabète est la cause la plus fréquente, survenant tardivement chez 2 à 5% des diabétiques, souvent sur un diabète mal équilibré ; nous rapportons un cas d'une patiente suivie à notre service.

Observation :

la patiente C.K âgée de 56 ans, aux antécédents de diabète de type II évoluant depuis 10 ans sous insulinothérapie, avec un équilibre glycémique sous optimale (Hb A1c : entre 8 et 9 %), se présente en consultation pour tuméfaction indolore de la cheville droite survenant après un traumatisme évoluant depuis 2 ans.

Sur le plan clinique : patiente apyrétique, BMI à 33 kg/m².

.Marche avec boiterie d'esquive à gauche.

.Tuméfaction froide indolore de la cheville droite, mobilité non limitée.

.Œdème du pied gauche.

.Affaissement de la voûte plantaire bilatéral.

.Une sensibilité tactile et thermoalgésique diminuée au niveau des 2 membres inférieurs ; force musculaire conservée.

.Sur le plan biologique absence de syndrome inflammatoire.

.Sur le plan électromyographique une atteinte neurogène périphérique.

.Sur le plan de l'imagerie :

I/Radiographie standard : lésions ostéolytiques de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné inhomogène avec aspect hétérogène et délabrement osseux

II/IRM cheville droite : importante destruction de l'articulation talo-crurale et sous-talienne postérieure avec pseudarthrose et cal vicieux, associée à un épanchement intra-articulaire et synovite hypertrophique.

La décision thérapeutique prise au cours de son hospitalisation :

Éducation thérapeutique ++++ (rééquilibrer son diabète; éviter les excoriations contusions et blessures).

Chaussage orthopédique.

Adresser la patiente en orthopédie pour un traitement chirurgical.

Discussion :

Bien qu'il soit rare, le diagnostic de l'arthropathie neurogène doit toujours être envisagé devant des patients présentant une arthropathie indolore destructrice ayant comme antécédents une maladie neurologique prédisposante, notamment le diabète.

Habituellement l'atteinte articulaire survient plusieurs années après l'apparition de l'affection neurologique sous-jacente. Cela impose la recherche de signes évocateurs radiologiques

(fragmentation destruction osseuse, nouvelle croissance osseuse, perte de l'espace articulaire) et la nécessité absolue des PEC précoce des pathologies responsable de cette entité.

Conclusion :

L'arthropathie neurogène est une affection rare, d'étiologies multiples dont le diabète est la cause la plus fréquente; son diagnostic est établi sur les anomalies radiologiques caractéristiques chez les patients présentant une affection prédisposante et une symptomatologie caractéristique (une destruction des articulations disproportionnée par rapport à la douleur est typique), son traitement repose au premier plan sur la prévention donc sur l'éducation thérapeutique et la prise en charge des pathologies en cause, un traitement chirurgical peut être proposé dans les formes évoluées.

SA.27

Sarcoidose systémique compliquée d'un syndrome de la queue de cheval

F.Habarka, C.Dahou-Makhloufi

Service de rhumatologie, CHU Bab El Oued-Alger

Introduction :

Le syndrome de Blau est une affection granulomateuse rare à transmission autosomale dominante. Les signes cardinaux de cette affection sont une triade regroupant arthrites, éruptions cutanées et uvéites. Cependant, la découverte de mutations de CARD15 comme étant à l'origine de ce syndrome a permis d'élargir le spectre des manifestations cliniques associées à ces mutations, faisant de ce syndrome une affection très proche au plan clinique de la sarcoïdose

Observation :

Enfant âgé de 12 ans sans atcds particuliers , présente polyarthrite touchant les grosse jointure avec des déformations touchant membres supérieurs et inférieurs associé a une atteinte cutanée diffuse et oculaire a type d'uvéite antérieurs séquellaire bilatérale le tout a débuté a l'âge de 9mois ayant reçu des corticoïdes pendant plusieurs années .

A l'exploration : présence d'un syndrome inflammatoire biologique , bilan immunologique était négatif et biopsie cutanée objectivant un granulome tuberculoïde sans nécrose caséuse

L'enquête génétique était faite chez lui a la recherche du gène NOD2

Discussion :

Le syndrome de Blau et la sarcoïdose a debut juvenile : une granulomatose systémique auto-inflammatoire, maladies qui ont été associées à la mutation NOD2. Le gène NOD2 code pour une protéine qui fait partie de la famille des récepteurs intracellulaires à reconnaissance de formes. Le syndrome de Blau et l'EOS sont respectivement des formes familiales et sporadiques de la même maladie..La triade classique des symptômes est l'éruption cutanée, l'arthrite et l'uvéite. La maladie débute généralement avant l'âge de trois ou quatre ans . Le début se produit principalement avec des symptômes cutanés et articulaires. Cependant, les symptômes apparaissent parfois après l'âge de 10 ans.

Conclusion :

Le SB est une maladie progressive et chronique avec un spectre de sévérité variable et souvent imprévisible. En cas de manifestations étendues, l'espérance de vie peut être réduite. L'uvéite a un mauvais pronostic.

SA.28

Association pyoderma gangrenosum et lupus érythémateux systémique

H.Brahimi , M.Fissah

Service de médecine interne Djelfa

Introduction

Pyoderma gangrenosum (PG) est une ulcération cutanée rare et distinctive qui est généralement idiopathique, mais peut être associée à de nombreux troubles systémiques, Bien que la PG ait été

associée à plusieurs maladies systémiques, elle a rarement été rapportée en association avec le lupus érythémateux systémique (LES)

Observation

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 34 ans, porteur d'un LES dans sa forme articulaire depuis 6 mois, sous Hydroxychloroquine, qui présente une ulcération chronique au niveau de la jambe gauche depuis ans

A l'examen : le patient présente une ulcération ronde, mesurant 6*4 cm, suintante et à bord irrégulier, avec présence des lésions en voie de cicatrisation.

La biopsie de cette lésion a objectivé un revêtement cutané fait d'un épiderme régulier, largement ulcéré remplacé par un enduit fibrino-leucocytaire, et le derme sous-jacent est largement remanié par un infiltrat inflammatoire mononuclé avec présence de PNN (aspect en faveur d'un pyoderma gangrenosum), ou le diagnostic d'un PG a été retenu sur un LES, et le patient a été mis sous corticoïdes (0.5mg/kg/jour), impliquant une bonne cicatrisation de la lésion.

Conclusion

Bien que rare, l'association de LES et de maladie neutrophilique (MN) comme PG peut être soutenue par une dérégulation de l'immunité innée commune et une activation anormale des neutrophiles. La PG et les autres MN signalées chez les patients atteints de LED peuvent être ajoutées au large spectre clinique des lésions neutrophiles cutanées du lupus érythémateux.

SA.29

Les atteintes neurologiques au cours des maladies systémiques

Y.Brahmi, Dj.Miloud, A.Lounici

Laboratoire de recherche sur le diabète LAREDIAB, Service médecine interne CHU TLEMEN

Introduction

L'atteinte neurologique au cours des maladies systémiques est un véritable défi diagnostique et thérapeutique, et de pronostique souvent péjoratif.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, incluant 11 patients, présentant une atteinte neurologique liée à une maladie systémique.

Résultats

La série comporte 8 femmes et 3 hommes. L'âge moyen au moment de diagnostic est de 37,3 avec des extrêmes de 17 ans et 66 ans. L'atteinte neurologique était inaugurale de la maladie systémique dans 5 cas alors qu'elle apparaissait au cours du suivi dans 54,5% des cas. Sur les 11 patients le tableau clinique a été présenté par des céphalées dans 45,4%, un déficit moteur dans 45,4%, les troubles sensitifs type paresthésies des membres étaient observés dans 18%. L'atteinte des nerfs crâniens était révélatrice dans 7 cas dont 3 cas de diplopie, 1 cas de névralgie du Trijumeau, un cas d'une atteinte des nerfs bulbaires avec des troubles de déglutition et 2 cas d'une paralysie faciale périphérique. Des troubles psychiatriques étaient constatés dans 2 cas. L'IRM cérébro-méningée a objectivé des hyper-signaux T2-FLAIR au niveau de la substance blanche dans 7 cas (64%) et au niveau médullaire chez un patient. Les diagnostics retenus : les vascularites cérébrales dans 72,2%, un accident vasculaire cérébral dans 18%, dont un patient a présenté aussi une thrombose veineuse cérébrale et une méningo-encéphalite dans un cas.

Les maladies associées étaient la maladie de Behçet dans 7 cas, un lupus systémique dans 2 cas, et une sarcoidose dans 2 cas. Tous les patients étaient traités par une corticothérapie.

Cyclophosphamide pour 5 cas, l'Azathioprine pour 4 cas, le Méthotrexate dans 1 cas et le MMF dans 1 cas. L'évolution était marquée par une amélioration clinique dans 5 cas, la stabilité dans 3 cas, la rechute dans 2 cas d'où le recours à la biothérapie, un patient décédé par infection sévère au covid 19.

L'atteinte neurologique est relativement fréquente au cours de la maladie de Behçet, les manifestations cliniques non spécifiques posent un problème diagnostique surtout lorsqu'elles sont

inaugurales, exigeant l'élimination des causes notamment infectieuses et néoplasique. La prise en charge thérapeutique adéquate conditionne le pronostic.

SA.30

Purpura thrombopénique immunologique réfractaire associé à un syndrome des anti phospholipides primitif : à propos d'une observation.

C.Chahbar, Kh.Amara, A.Lounici

Service de médecine interne CHU Tlemcen

faculté de médecine Benzerdjeb benaouda, Université Aboubekr Belkaid

Introduction :

Le purpura thrombopénique immunologique et le syndrome des anti phospholipides (SAPL) primitif, deux pathologies auto-immunes à priori très différentes, présentent certaines similitudes, le diagnostic différentiel étant parfois problématique. Cependant il n'est pas exclu que dans certains cas ces deux entités puissent co-exister, voire être la manifestation initiale d'une même maladie, le lupus érythémateux systémique (LES). La présence d'une thrombopénie, généralement modérée, est rapportée dans environ 20 à 30 % des cas de SAPL.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 49 ans aux ATCDS de diabète cortico-induit ; de syndrome des anti phospholipides primitif (critère clinique : 2 mort fœtales in utero l'une à 10 semaines d'aménorrhée et l'autre à 18 semaines d'aménorrhée associé à un critère biologique : positivité durable (> 12 semaines) des anticorps spécifiques (anticoagulant circulant type lupique et anti-cardiolipines) et de purpura thrombopénique immunologique dont le diagnostic a été retenu devant un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques ; a été admise à notre niveau pour la prise en charge d'une thrombopénie sévère à 8000 /mm³ avec un syndrome hémorragique.

Avant son admission ; la patiente a bénéficié de plusieurs armes thérapeutiques : corticoïdes ; Immunoglobulines ; Mabthera ; Imurel puis MMF + plaquenil + splénectomie.

Dernièrement ; elle a été mise sous cyclosporine

SA.31

Syndrome de Reynolds : à propos d'un cas

I.Hamdad, R.Hassani , A.M. Ifticene , L. Igueni , M.Djennane

Service de rhumatologie, CHU TIZI-OUZOU

Introduction:

Le syndrome de Reynolds est une maladie auto-immune rare caractérisée par l'association d'une cholangite sclérosante primitive et d'une sclérodémie systémique, nous rapportons un cas.

Observation :

Patiente âgée de 50 ans, mère de 02 enfants après 02 avortements précoces et 07 accouchements prématurés. Aux antécédents de thrombose veineuse profonde de l'artère pédieuse gauche ayant bien évolué sous traitement anticoagulant ; hospitalisée pour l'exploration de poly-arthralgies inflammatoires associées à un phénomène de Raynaud.

L'examen retrouve une patiente avec un aspect mélanodermique généralisé, un épaissement cutané ne dépassant pas les coudes et les genoux.

Un syndrome inflammatoire biologique, cholestase hépatique anictérique. Bilan immunologique: FAN centromériques > 1/1000, cytoplasmique 1/320: Ac anti-centromères B, Ac anti-mitochondries M2 positifs avec IgM anti-cardiolipines 23MPL/ml et IgM anti-prothrombine 19MPL/ml.

Capillaroscopie: microangiopathie organique sévère raréfiante. Une Epreuve fonctionnelle respiratoire normale. La tomодensitométrie pulmonaire: ne retrouve pas de signes de pneumopathie

interstitielle. Echographie cardiaque sans anomalies. Fibroscopie œsogastroduodénale: motilité œsophagienne présente, muqueuse saine.

Le diagnostic retenu est le syndrome de Reynolds (Sclérodémie systémique cutanée limitée + cholangite biliaire primitive) associé à un SAPL secondaire.

Sous Anti-inflammatoires non stéroïdiens, Diltiazem, Acide ursodésoxycholique, l'évolution était favorable.

Conclusion :

Le syndrome de Reynolds est une pathologie rare qui nécessite un suivi multidisciplinaire régulier afin de ne pas méconnaître l'impact de l'atteinte hépatique sur le pronostic global de la sclérodémie.

SA.32

Sclérodémie Systémique Juvénile : à propos de 3 cas et revue de la littérature

R.Hamma, I. Allam, R. Djidjik, M. R. Ezziane, O. Belhouchat, N. Cherif

Laboratoire d'immunologie, CHU Beni-Messsous

Service de pédiatrie B, CHU Beni-Messsous

Introduction :

la sclérodémie systémique (ScS) est une affection hétérogène rare, d'étiologie inconnue, qui survient habituellement à l'âge adulte avec une prédominance féminine nette. La ScS est extrêmement rare chez l'enfant (5% des ScS). Nous rapportons 3 cas de sclérodémie systémique juvénile.

Observations :

Présentation du cas N°1 : patiente de 12 ans, présentait depuis l'âge de 4 ans, une sclérose des doigts avec des télangiectasies et des arthralgies ainsi que des myalgies. Un bilan immunologique avait objectivé des anticorps antinucléaires positifs à un titre de 1/640 et des anticorps **Scl70** positifs, dosage des fractions du complément dans les normes, absence du facteur rhumatoïde, de l'anti-CCP ainsi que des anticorps anti-phospholipides, avec un profil inflammatoire normal (CRP et EPP)

Présentation du cas N°2 : patient de 5 ans, présentait depuis quelques mois, une rigidité cutanée, une calcinose, une limitation des mouvements articulaires, une dysphagie, un phénomène de Raynaud et une sclérose des doigts des mains et des pieds. Un bilan immunologique avait objectivé des anticorps antinucléaires positifs à un titre de 1/1000 et des anticorps Ku positifs, dosage des fractions du complément dans les normes, présence de l'anti-CCP, absence du facteur rhumatoïde ainsi que des anticorps anti-phospholipides, avec un profil inflammatoire normal (CRP et EPP)

Présentation du cas N°3 : Patiente de 11 ans, sans antécédents familiaux, présentait depuis l'âge de 2 ans des éruptions cutanées au niveau du visage et un phénomène de Raynaud. Un bilan immunologique avait objectivé des anticorps antinucléaires positifs à un titre de 1/320 et des anticorps PM/Scl100 positifs, dosage des fractions du complément dans les normes.

Conclusion : Il est important de considérer que le début juvénile de la ScS, non seulement rare, peut présenter une clinique et un profil immunologique distincts, comparant au début à l'âge adulte. Le syndrome de chevauchement avec une polymyosite/dermatomyosite et la présence des auto-anticorps PM/Scl étant la distinction la plus rapportée.

SA.33

Atteinte neurologique centrale dans le syndrome de Gougerot-Sjögren primitif : à propos de 3 cas

M.A.Ifticene, S.Oussaid, D.Larbi, A.Touche, M.Djennane

Service de rhumatologie, hôpital Belloua, CHU Tizi-Ouzou

Introduction :

Le syndrome de Gougerot-Sjögren est une épithélite auto-immune systémique, caractérisée par un large spectre de manifestations extra-glandulaires.

L'atteinte neurologique est rarement rapportée. Les neuropathies périphériques sont plus fréquentes, les manifestations centrales sont assez hétérogènes et polymorphes ; nous rapportons 03 cas de patients atteints de syndrome de Gougerot-Sjögren primitif compliqué d'atteinte neurologique centrale.

Observations

Observation 01 :

Patiente âgée de 57 ans, suivie pour syndrome de Gougerot-Sjögren primitif depuis 30 ans traitée par hydroxychloroquine.

Elle a été hospitalisée au service de neurologie pour troubles cognitifs associés à une poly neuropathie périphérique avec à l'IRM cérébrale des lésions démyélinisantes sus-tentorielles, traitée par immunoglobulines, puis Mycophénolate Mofétil avec une bonne évolution.

OBSERVATON 2

Patient âgé de 44 ans, consulte en ophtalmologie pour baisse aiguë de l'acuité visuelle accompagnée d'une dyschromatopsie, au fond d'œil on note la présence d'un œdème papillaire. Le diagnostic de névrite optique a été posé, l'IRM cérébrale met en évidence des lésions démyélinisantes sus et sous-tentorielles. Après avoir écarté une sclérose en plaque, l'origine vasculaire a été retenue.

On a retenu le diagnostic d'un syndrome de Gougerot-Sjögren, et mis en route un traitement par hydroxychloroquine et une corticothérapie (1mg/kg) avec une très bonne évolution.

OBSERVATION 3

Patiente âgée de 53 ans, suivie depuis 30 ans pour syndrome de Gougerot-Sjögren primitif sous hydroxychloroquine, méthotrexate et ayant reçu 2 cures de rituximab.

La patiente se plaignait de céphalées chroniques et permanentes et une crise d'épilepsie généralisée, adressée en neurologie, où une IRM médullaire a été réalisée révélant des lésions démyélinisantes sus et sous-tentorielles,

Un traitement par bolus de méthylprednisolone avec relais à 1mg/kg a été instauré avec introduction de l'azathioprine à raison de 3mg /kg/j et antiépileptiques.

Conclusion :

La diversité des manifestations neurologiques du Gougerot-Sjögren peut fréquemment mimer une pathologie ischémique ou inflammatoire d'où la nécessité d'envisager des protocoles thérapeutiques multicentriques contrôlés afin de mieux anticiper la prise en charge de cette affection potentiellement invalidante.

SA.34

Maladie de Still de l'adulte

K.Illouli ,M. Djennane,L.Igueni, A.ifticene

Service de rhumatologie, CHU TIZI OUZOU

Introduction

La maladie de Still de l'adulte(MSA) est une maladie auto inflammatoire et systémique rare d'étiologie inconnue et sans caractère familial dont le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques et biologiques et l'exclusion des diagnostics différentiels.

Observation

patiente âgé de 69 ans sans antécédents pathologiques particuliers qui présente depuis 03 mois une oligoarthritis touchant les poignets et la cheville droite évoluant dans un contexte fébrile(39-40), environ 03 pics fébriles par jour, les pics fébriles sont associés à une éruption concomitante maculo-erythemateuse non prurigineuse sur la face interne des 02 cuisses et les avant-bras, la patiente rapporte une asthénie et odynophagie, à l'examen physique on retrouve une adénopathie axillaire gauche palpable indolore et mobile.

L'exploration biologique retrouve un syndrome inflammatoire biologique, absence d'hyperleucocytose, une ferritinémie élevée, les sérologies virales, hémoculture, ECBU, les marqueurs tumoraux ainsi que le bilan immunologique revenant négatifs. Une TDM-TAP objective des adénomégalies notamment axillaires et inguinales, absence de foyer tumoral.

Une biopsie de l'adénopathie axillaire avec étude anatomopathologique et IHC revenant en faveur d'une adénite inflammatoire non spécifique et absence de signe évoquant la maladie de Castelman. Le diagnostic de maladie de Still de l'adulte a été retenu, patiente mise sous antalgique, antipyrétique et corticothérapie à dose de 01mg/kg/j en IV associée aux mesures adjuvants.

Conclusion

La MSA est une maladie rare, absence de marqueur spécifique pour son diagnostic.

SA.35

Arthrite juvénile chronique dans ses différents aspects cliniques : Expérience du service de rhumatologie du CHU Mohamed Lamine Debaghine de Bab EL Oued, Alger Algérie :

N. Karreche, I. Meziani, A. Remilaoui, F. Hamza, Y. Sadeg, C. Dahou-Makhloufi

Service de rhumatologie, CHU Bab El oued-Alger

Introduction :

L'arthrite juvénile idiopathique (AJI) regroupe plusieurs entités ayant en commun la présence d'arthrites, un début avant l'âge de 16 ans, une durée évolutive de plus de 6 semaines et l'absence de cause identifiée. L'objectif de notre travail est d'identifier les différents aspects cliniques, le profil biologique et radiologique chez nos patients et les modalités de prise en charge thérapeutiques.

Patients et méthodes :

Étude rétrospective descriptive sur dossiers d'AJI dans ses différentes formes hospitalisées entre mai 2011 et février 2023. Ont été inclus les patients classés selon des critères clinico-biologiques de l'International League of Association for Rheumatology (ILAR). Nous avons relevé les données démographiques, clinico-biologiques, radiologiques et les thérapeutiques utilisés.

Résultats :

17 patients ont été inclus atteints d'AJI dont 10 filles; l'âge moyen d'apparition de la maladie était 7,88 ans ; le délai diagnostic était de 3ans ; les différentes formes cliniques étaient : 8 cas de polyarthrite FR-négatif, 3 cas d'arthrite psoriasique, 2 cas d'arthrite liée à l'enthésite, 2 cas oligoarthrite, un cas avait polyarthrite FR-positif et un cas une forme d'arthrite systémique. Une atteinte pulmonaire a été notée chez un patient qui présentait une polyarthrite à FR positif. HLA B27 était positif dans 4 cas, ACPA dans un cas et les anticorps antinucléaires étaient positifs dans un cas. 13 patients ont développé une destruction ostéo-articulaire dont 9 malades ont une coxite. Une corticothérapie a été prescrite dans 88% des cas dont 47% des malades ont développé des complications liées au corticoïdes, notamment un retard staturo-pondéral qui a été observé dans 75% des cas. Le méthotrexate a été reçu dans 88% ; Le recours à l'Etanercept a été noté chez 65% des cas et Inhibiteur IL-1 dans 5%. Une prothèse de la hanche a été indiquée chez 2 malades.

Conclusion :

A travers notre série, nous avons constaté que le retard diagnostic et thérapeutique explique la fréquence des destructions articulaires chez nos patients.

SA.36

Cholangite biliaire primitive chez les patients atteints de la sclérodermie systémique dans la région de Batna

Y.Khanfri⁽¹⁾, S.Sedfi⁽²⁾, Y.Hassinet⁽²⁾, S.Soudani⁽²⁾

⁽²⁾: Spécialiste en Immunologie ; Service d'Immunologie, CHU BATNA

⁽¹⁾: Maître-assistant en Immunologie ; Service d'Immunologie, CHU BATNA

Introduction :

Bien que l'étiologie de la sclérodémie systémique (ScS) et la Cholangite biliaire primitive (CBP) soit encore inconnue, les données suggèrent que les deux pathologies partagent l'expression de cytokines fibrogènes, impliquées à la fois dans la génération et la fonction de la sous-population cellulaire Th17 et des lymphocytes Treg. En outre, les relations entre la ScS et la CBP pourraient être plus étroites, comme le suggère la présence d'anticorps spécifiques de la CBP chez les patients atteints de ScS et vice versa.

Matériel et méthodes :

Cette étude inclut 53 patients atteints de ScS sans syndrome de chevauchement recrutés au niveau du CHU Batna. Le diagnostic a été établi suivant les derniers critères diagnostic ACR/EULAR. L'exploration des marqueurs sérologiques notamment les AAN a été effectué selon les recommandations internationale en réalisant un screening par IFI sur cellules HEp-2 et une identification par plusieurs techniques immunologiques dont l'ImmunoDot. Cette même technique a été utilisée pour la recherche des autoanticorps spécifiques des hépatopathies auto-immunes (liverdot).

Résultats et discussion :

Nous avons constaté que deux des patients avaient des anticorps anti gp210 (3,8%), un anticorps spécifique de la CBP. Pour ces deux cas, le bilan hépatique est sans particularité. Dans notre situation, les deux patients avaient des AutoAcs dirigés contre la Topoisomérase I. Des résultats récents montrent une prévalence de la CBP d'environ 2 % chez les sujets atteints de ScS, en particulier chez les patients présentant une ScS cutanée limitée et des ACA.

Conclusion :

Dans l'ensemble, des résultats intéressants font évoluer les connaissances sur les relations entre ces deux maladies auto-immunes et fibrotiques qui pourraient appartenir à une même entité.

SA.37**Intérêt clinique des auto-anticorps anti cytoplasme des polynucléaires (ANCA) au cours de la sclérodémie systémique.**

Y.Khanfri⁽¹⁾, S.Sedfi⁽²⁾, S.Soudani⁽²⁾, Y.Hassin⁽²⁾

⁽²⁾: Spécialiste en Immunologie ; Service d'Immunologie, CHU BATNA

⁽¹⁾: Maître-assistant en Immunologie ; Service d'Immunologie, CHU BATNA

Introduction : La sclérodémie systémique (SSc) est une maladie auto-immune systémique caractérisée par des lésions vasculaires et une fibrose progressive touchant la peau et d'autres organes internes. Les auto-anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA) sont des marqueurs immunologiques de certaines vascularites à petits vaisseaux comme la granulomatose avec polyangéite et la polyangéite microscopique.

Matériels et méthodes : 53 patients diagnostiqués selon les critères de ACR/EULAR 2013 pour la ScS et 56 témoins sains ont été inclus dans notre étude. Les ANCA ont été recherchés par ImmunoDot (EuroImmuno) chez tous les patients. En plus des ANCA, des anticorps anti-nucléaires (AAN) ont fait l'objet d'une étude approfondie.

Résultats et discussion : La prévalence des ANCA dans notre cohorte de patients atteints de ScS était de 3,8 %, un chiffre qui se situe dans la fourchette rapportée par les études précédentes (entre 0 à 12%). Les deux patients positifs pour les ANCA avaient des Acs anti MPO. Néanmoins, aucun de ces malades n'a présenté un tableau clinique en faveur d'une vascularite à ANCA. De plus, nous n'avons pas constaté d'association préférentielle de ces auto-anticorps avec des anticorps spécifiques de la ScS. Un des patients avait un ACA et l'autre un ATA.

Dans une étude récente menée sur 1303 patients et qui s'est intéressée à l'association ANCA / ScS, Moxey et al ont rapporté que 116 patients sclérodermiques soit 8,9% avaient des ANCA. On note parmi ces patients, 18 cas présentant des anti-PR3 et 13 patients des anti MPO. Trois parmi ces cas

(ANCA-positif) avaient une vascularite à ANCA (2,6 % des malades ANCA-positif, 0,23 % de l'ensemble de la cohorte). En ce qui concerne les auto-anticorps, les patients ANCA-positifs étaient plus susceptibles d'avoir un anti-Scl-70-positifs (25,0% vs 12,8%, $p < 0,001$) et anti-Ro-positifs (11,2% vs 6,2%, $p = 0,040$) que les patients ANCA-négatifs.

Par ailleurs, un papier algérien montre que sur 144 patients sclérodermique la présence des ANCA a été signalée chez 2,8% de l'ensemble de la population (4 cas). Trois avaient des p-ANCA (MPO positive) et un patient montre un titre faible d'Auto-Acs anti PR3. Sur le plan clinique, un seul patient présentait une symptomatologie en faveur d'une vascularite à ANCA.

Conclusion : L'intérêt des ANCA dans le diagnostic des vascularites à ANCA est démontré. Cependant, ces marqueurs peuvent être détectés au cours de certaines maladies auto-immune et auto inflammatoire autres que les vascularites.

SA.38

Quand la periarterite noueuse heberge un lymphome malin : a propos d'un cas

Ch.I.Merdes , I.Khentout , R.Malek

Service de médecine interne, CHU SETIF

SA.39

Covid 19 et l'atteinte mystérieuse des orteils...Un cas rare d'érythromélgie post Covid

R.Benbelkacem, H.Ayed

Service de rhumatologie, CHU Annaba

Introduction :

Beaucoup de manifestations extrapulmonaires liées au Covid 19 ont été rapportées ; les atteintes cutanées en font une grande partie. Celles affectant les orteils sont surtout les pseudo-engelures, définissant l'entité « Orteils Covid ». L'érythromélgie post Covid a été rarement décrite ; nous rapportons un cas.

Observation :

Il s'agissait d'une patiente âgée de 45ans, connue pour un syndrome de Zollinger Ellison. Elle a consulté à notre niveau pour l'apparition brutale depuis quelques jours d'un gonflement et rougeur des orteils, avec sensation de brûlure aggravée par le port de chaussures et l'eau tiède, et soulagée par l'émersion dans l'eau froide. Elle a rapporté la notion d'une bronchite guérie spontanément 2 semaines avant l'apparition des symptômes.

Le bilan biologique a objectivé un syndrome inflammatoire évolutif, FNS normale, avec des FAN négatifs.

La sérologie Covid est revenue IgG positifs

Un traitement par antidépresseurs tricycliques a été prescrit avec une nette amélioration.

Discussion :

L'érythromélgie est un acrosyndrome vasculaire rare, qui s'oppose point par point au phénomène de Raynaud, qui survient à l'occasion d'une augmentation de la chaleur locale, touchant les extrémités (le plus souvent les pieds que les mains) qui deviennent rouges, chaudes, et sont parfois oedématisées. Ses principales étiologies sont la maladie de Vaquez, le LED, ou plus rarement certaines infections virales.

Depuis le début de la pandémie de Covid-19, les dermatologues ont signalé des cas inexplicables de pseudo-engelures, surnommées « orteils Covid ».

Les données actuelles suggèrent que ces personnes sont prédisposées à induire une immunité innée robuste contre le SARS-CoV-2, ce qui les rend résistantes à l'infection. L'érythromélgie a été décrite en association à un de ces cas dans une petite série faite aux hôpitaux de Genève.

Conclusion :

Beaucoup de cas d'« orteil Covid » ont été observés au décours d'une infection souvent asymptomatique, expliqués par une forte réaction inflammatoire. L'érythromélgie malgré sa rareté peut probablement faire partie de ce syndrome. Selon notre observation, son évolution est favorable sous traitement symptomatiques.

SA.40

Neuromyéélite post Covid 19 révélant un syndrome de Gougerot-Sjögren chez une jeune femme de 42 ans : à propos d'une observation et revue de la littérature

R.Khouatmi Boukhatem

Service de Médecine interne. EPH TIPAZA

Introduction

Le syndrome de Gougerot-Sjögren est une épithélite auto-immune systémique pléiotrope, habituellement limitée aux glandes exocrines avec sécheresse oculobuccale, avec dans 1/3 des cas des formes extra glandulaires péjoratives, nous rapportons le cas d'une polyradiculite post Covid récente, révélant un syndrome de Gougerot-Sjögren dans sa forme neurologique centrale

Observation

patient 42 ans hospitalisée pour altération fébrile de l'état général, polyarthralgies, associées à des douleurs neuropathiques des membres inférieurs, d'apparition semi-récente et d'aggravations progressives, avec faiblesse musculaire. L'interrogatoire retrouve une notion d'infection Covid 3 mois auparavant compliquée d'une embolie pulmonaire, sans autres signes d'appels. Biologie : Syndrome inflammatoire franc, anémie normocytaire normochrome, syndrome de cytolyse et de cholestase discret, TP 100%, sérologies virales négatives, TSH élevée, Anti TPO+, FAN ++1/1000, anti SSA+, FR+, bilan rénal phosphocalcique normal, IDRT -, LDH 2 fois la normale, hypergammaglobulinémie à 20 gr/l Ac ANTI GM1 négatifs. Échographie abdomino-pelvienne : absence de foyers profonds, échocardiographie Doppler: pas d'endocardite, péricarde sec, PAPS 48 mmhg, FE normale, AP dilatées sans atteintes des cavités droites, Angioscanner : signes d'embolie pulmonaire avec condensation résiduelle, IRM médullaire : aspect de myélite transverse, EMG : polyradiculite lombaire avec polyneuropathie biopsie des glandes salivaires accessoires : stade 04 de Chisholm.

Discussion :

Devant ces éléments le syndrome de Gougerot-Sjögren a été retenu dans sa forme neurologique centrale, médullaire prise au début sur le compte de l'infection Covid ou syndrome de Guillain Barré. Avec bonne évolution sous bolus de CTC et IS + ATC et hormonothérapie. L'atteinte du SN est rare souvent il s'agit d'une ganglionopathie périphérique : neuropathie à petite fibre, mono neuropathie multiples ou poly neuropathie axonale sensitivomotrice, L'atteinte des paires crâniennes est possible (V), pour le SNC surtout la substance blanche parfois asymptomatique visible à l'IRM, atteinte de type méningite aseptique, myélite transverse (comme le cas de notre patiente), ou AVC. Des facteurs environnementaux ou dysimmunitaire participent au déclenchement de la maladie induisant l'épithélite auto-immune à l'origine des différentes manifestations cliniques.

Conclusion :

Le syndrome de Gougerot-Sjögren peut prendre plusieurs facettes cliniques mimant une cause infectieuse ou néoplasique, entraînant alors une errance et retard diagnostique, à ne pas occulter ses formes systémiques extra glandulaires rare mettant en jeu le PC vital.

SA.41

Syndrome Auto-immun Multiple : Énigme diagnostique : A propos de 03cas

R.khouatmi Boukhatem

Service médecine interne EPH TIPAZA

Introduction:

Syndrome auto immunitaire multiple ou syndrome de DUPOND est une entité rare définie par la présence chez une même personne d'au moins 03 maladies auto-immunes. Il traduit un trouble de régulation de la réponse immunitaire sur un terrain génétique particulier. Nous rapportons 03 observations mettant en exergue ce syndrome.

Observations :

Cas n01 : HH âgée de 28 ans suivie depuis 6 ans pour PTI, consulte pour polyarthralgies, phénomène de Raynaud aux 04 membres, syndrome sec buccal, sans autres signes associés biologique: anémie normocytaire normochrome, syndrome inflammatoire franc, bilan rénal et hépatique normaux, sérologies virales (-), TSH: 30.6Uuml, Ac antiTPO+, FAN:1/1000, Ac anti DNA+, antiSSA+, IDR à la T (-), radiographie pulmonaire :élargissement du médiastin, complétée d'une TDM : adénopathies hilaires droite 18 mm, micronodules parenchymateux, biopsies des glandes salivaires: découverte d'une sialadénite stade 04 de Chisholm, Echographie thyroïdienne: aspect hétérogène de la glande, fibroscopie bronchique :aspect inflammatoire, capillaroscopie: microangiopathie organique.

Cas N2: NK 17 ans hospitalisée pour polyarthrite des grosses articulations, ulcérations buccales récidivantes, dyspnée d'effort, état général moyen. VS à 100mm/h, CRP : 48 mg/l, hypergammaglobulinémie à 25 mg/l, anémie microcytaire hypochrome, ferritine basse hypocholestérolémie,

Cholestase a 6 fois la normale, IDRT(-) sérologies virales(-), anti DNA 1/640, SM+, TSH élevée, anti-TPO+, Anti sp 210+, Anti M2+, échographie cardiaque: péricardite de moyenne abondance, FOGD et étude histologique : atrophie villositaire stade V de MARSH.

CASN03 : patiente âgée de 50 ans consulte pour un syndrome de cytolysse, associé à syndrome général moyen, polyarthralgies, syndrome sec buccale, et PCM associé à un syndrome inflammatoire modéré, découverte d'une anémie macrocytaire normochrome, calcémie correcte, sérologie virales (-), TSHus élevée, antiTPO (+), FAN:moucheté 1/1000, Ac anti SSA et SSB positifs, Ac anti cellules pariétales et FI (++) , FOGD: confirme l'atrophie gastrique, biopsie des glandes salivaires: sialadénite stade 03, PBF :infiltrat portale plasmocytaire, aspect en rosette, échographie cardiaque: décollement systolique, échographie abdominale: foie de taille et d'écho structure homogène, pas d'adénopathies profondes.

Discussion : les 03 patientes présentent un SAM avec maladie lupique, thyroïdite d'Hashimoto associé pour le 1^{er} cas (SAM type 01) à un syndrome de Gougerot-Sjögren dans sa forme extra glandulaire pseudolymphomateuse, et pour le 2^{ème} maladie cœliaque et CBP (type 02) alors que la 3^{ème} (type3) présente une maladie de BIERMER. Très bonne évolution sous traitement spécifique.

Conclusion : La présence d'une maladie auto-immune doit faire rechercher systématiquement d'autres MAI ceci pour une prise en charge efficace