



LA SOCIETE MAROCAINE DE MEDECINE INTERNE

XXXII^{ème} CONGRES NATIONAL DE MEDECINE INTERNE

- * Sarcoïdose**
- * Peau et Médecine Interne**
- * Obésité**
- * Session infectiologie**
- * Conférence plénière**
- * Ateliers**
- * Symposiums**

20, 21 & 22 Septembre 2024
Marrakech - Hôtel Savoy

BP : 6551 Rabat Instituts --- Téléphone : 00212673697202

Contact

SMMI : mouniasmmi@gmail.com

Agence RTS : soumaia.cheqrouni@rts.co.ma / 00212661947233

Dimanche 22 Septembre 2024

Matinée

08h – 10h : Communications Orales – Salle 1

Coordinateurs : A. Hda – A. Allaoui

C01- La sarcoïdose : Manifestation clinique, paraclinique et prise en charge thérapeutique

L. Tayebi, N.El Bouaichi, J, Yousfi, L. Benjilali, M. Zahlane, L. Essaadouni
Service de Médecine Interne, CHU Mohammed VI. Marrakech

Introduction :

La sarcoïdose est une granulomatose systémique fréquente d'étiologie inconnue, hétérogène par son épidémiologie, sa présentation clinique et son devenir évolutif. Elle peut affecter la quasi-totalité des organes. Les atteintes médiastinales et parenchymateuses pulmonaires sont les plus fréquentes et les mieux connues mais les autres localisations ne sont pas exceptionnelles.

Le but du travail est d'analyser les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques, et thérapeutiques de la sarcoïdose dans notre contexte.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans le service de Médecine Interne de CHU Mohammed VI de Marrakech portant sur des patients suivis pour sarcoïdose, sur une période de 14 ans s'étendant de 2010 à 2023.

Résultats :

L'étude a inclue 103 patients, dont 82.52% de femmes et 17.47% d'hommes, l'âge moyen était de 48 ans avec des extrêmes allant de 16 à 75 ans. Les formes médiastino-pulmonaire sont été retrouvées dans 51.45% des cas, les formes articulaires dans 28.15% des cas, les atteintes spléno-ganglionnaires dans 26.21% des cas, les formes cutanées dans 20.38 % des cas, les atteintes oculaires dans 17.47% des cas, les formes oto-rhino-laryngologiques dans 6.79 % des cas, les formes neurologiques dans 5.82% et les formes hépatiques dans 3.88%. Les examens biologiques et radiologiques étaient contributifs au diagnostic. L'examen histologique a été rentable dans une minorité de cas en objectivant un granulome non caséux. La corticothérapie était le traitement incontournable. Le recours aux immunosuppresseurs a été nécessaire dans 46.60% des cas et aux biothérapies à base de Tocizilumab dans un seul cas d'atteinte oculaire cortico-résistante. L'évolution était favorable à long terme chez la majorité des patients.

Conclusion :

Le diagnostic de sarcoïdose multi systémique reste difficile à poser du fait du polymorphisme clinique et radiologique .Il est basé sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques, radiologiques et histologiques

CO2- Sarcoïdose : Au-delà des poumons et des ganglions - Manifestations sévères et approches thérapeutiques : Etude de 21 cas

I. Hajaj, W. Ammouri, O. El Hajji, N. Mouatassim, H. Khibri, M. Maamar,
H. Harmouche, Z. Tazi-Mezalak, M. Adnaoui

Service de Médecine Interne, Service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue,
CHU Ibn Sina. Rabat

Introduction : La sarcoïdose est une granulomatose systémique de cause inconnue, d'expression protéiforme avec un siège de prédilection au niveau des poumons et des ganglions. Elle est caractérisée par une prédominance féminine. Son évolution est souvent bénigne. Mais, dans de rares cas, elle peut donner des manifestations sévères susceptibles de compromettre le pronostic fonctionnel et/ou vital.

Méthodes : Notre étude est une analyse rétrospective effectuée sur les dossiers médicaux des patients atteints de sarcoïdose grave traités au service de médecine interne du CHU Avicenne de Rabat entre 2023 et 2024. Au total, 21 cas ont été examinés. La gravité de la sarcoïdose a été définie par la présence d'une ou plusieurs atteintes viscérales sévère(s) menaçant le pronostic vital ou fonctionnel de l'organe concerné, la survenue de complications graves liées à la maladie (comme la fibrose) ou à son traitement, d'une évolution prolongée ou d'une hypercalcémie franche et nécessitant un traitement systémique pour au moins un an.

Résultats : Le groupe étudié se composait de 3 hommes et 17 femmes, avec un ratio de 0,17 entre les sexes. L'âge médian était de 53,8 ans avec une variation de ± 14 ans (de 16 à 69 ans). Le délai moyen de diagnostic était de 12 mois. Les principales circonstances de découverte étaient la dyspnée (30%), la baisse de l'acuité visuelle (20%), et la syncope (10%). Une atteinte pulmonaire était présente chez 60% des cas, tandis que 95% des patients présentaient des manifestations extrapulmonaires. L'atteinte cardiaque était présente chez 20% (4 cas) des patients avec 2 cas de bloc auriculoventriculaire, 1 cas de bloc de branche gauche et 1 cas d'extrasystole supraventriculaire. L'atteinte rénale était apparente chez 15% des patients avec 1 cas de lithiase rénale et 2 cas de néphropathie tubulo-interstitielle. 42% (9) patients présentaient une atteinte oculaire avec 4 cas d'uvéïte antérieure, 4 cas d'uvéïte intermédiaire et 1 cas de panuvéïte. L'atteinte neurologique était observée chez 25% des patients sous forme d'un cas de diabète insipide, 1 cas de strabisme, 2 cas de paralysie faciale périphérique et 1 cas de polyneuropathie axonale sensitivo-motrice. L'atteinte hépatique se manifestait chez 25% des patients sous forme d'une cholestase hépatique chronique. L'atteinte cutanée concernait 25% (4 patients) des cas, comprenant 2 cas de lupus pernio et 2 cas d'érythème noueux. Tous les patients présentaient une atteinte ganglionnaire. 3 patients présentaient une localisation osseuse, médullaire et ostéomédullaire. L'histologie était contributive chez 90% des patients sur quatre sites différents chez 40% des cas. Du point de vue thérapeutique, 60% des patients avaient reçu un bolus de méthylprednisolone suivi d'un traitement oral. 80% des patients nécessitaient un traitement immunosuppresseur, principalement à base de cyclophosphamide (40%), de méthotrexate (30%), et 1 cas par adalimumab et 1 cas par azathioprine. L'évolution de la maladie a montré des rechutes chez 20% des patients, principalement sous forme d'atteintes oculaires (15%) et rénales (5%). Aucun décès n'a été observé dans notre série. Pour les complications : 15% des patients ont présenté une thrombose veineuse profonde et une patiente a développé un lymphome B.

Discussion : La sarcoïdose peut présenter parfois un comportement agressif avec des manifestations sévères pulmonaires (fibrose pulmonaire, insuffisance respiratoire,...) cardiaques, neurologiques, rénales, oculaires graves, ORL, une cholestase hépatique chronique sévère et une hypercalcémie (avec retentissement clinique) justifiant un traitement immunosuppresseur. Celui-ci vise à éviter les lésions organiques irréversibles et à améliorer la

qualité de vie. ⁱ ⁱⁱL'utilisation des biothérapies, notamment l'infliximab, est réservée aux cas d'inefficacité des glucocorticoïdes et des immunosuppresseurs (méthotrexate, azathioprine..). Elle est recommandée en troisième ligne pour les atteintes pulmonaires, cutanées, cardiaques ou nerveuses. En cas de résistance, une quatrième ligne thérapeutique peut être envisagée, comprenant les inhibiteurs d'IL-6, les anti-CD20, les anti-IL-17 ou les inhibiteurs de JAKinase dont l'efficacité est en cours d'évaluation.ⁱⁱⁱ

Conclusion : Cette étude met en lumière les défis diagnostiques que pose la sarcoïdose. D'où l'intérêt d'une approche multidisciplinaire du diagnostic et de la prise en charge pour améliorer le pronostic des patients.

C03- La neurosarcoïdose : Série de 16 cas

M. Chiguer, A. Kadiri, A. Charef, R. Lemouaden, Y. Oualehsine, J. Benhammou,

F. Boucham, F. Mekouar, N. Elomri, M. Jira, J. Fatihi

Service de Médecine Interne B, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

Introduction : La sarcoïdose ou maladie de Besnier-Boeck-Schumann (BBS) est une maladie granulomateuse systémique, d'étiologie inconnue, caractérisée par la formation de granulomes immunitaires sans nécrose caséuse (NC) dans les organes atteints et dont le diagnostic de certitude est difficile à établir. Les manifestations neurologiques de la sarcoïdose sont rares et variées. Elles peuvent être révélatrice de la maladie ou survenir au cours de son évolution. L'objectif de notre étude est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives de la neurosarcoïdose.

Matériels et méthodes : Au sein d'une cohorte de 250 patients atteints par la sarcoïdose colligés dans le service de Médecine Interne de l'HMMIV entre décembre 2014 et janvier 2023, une atteinte neurologique de la sarcoïdose a été retenue dans 16 cas, soit en présence de granulomes non caséux lors d'une biopsie cérébrale, soit devant une imagerie cérébrale concordante ou devant un faisceau d'arguments clinico-morphologiques après exclusion des autres granulomatoses.

Résultats : Il s'agissait de 13 femmes et 3 hommes soit un sex-ratio H/F de 0,23. L'âge moyen était de 43 ans [33–59 ans]. L'atteinte neurologique était inaugurale chez 7 patients (44%), pour le reste des patients, le délai moyen de survenue des symptômes neurologiques était de 21 mois. L'atteinte des nerfs crâniens était retrouvée chez 12 patients (75%), prédominée par celle du nerf optique (43,75%). une atteinte hypothalamo-hypophysaire chez 37,5%, une atteinte méningée dans 25% des cas, une polyneuropathie sensitivo-motrice dans 19% des cas et une atteinte médullaire dans 12,5% des cas. Les localisations extra-neurologiques étaient dominées par l'atteinte médiastino-pulmonaire (100%), ophtalmologique (75%) représenté principalement par l'uvéite antérieure (37,5%), une atteinte cutanée (56%) dominée par l'érythème noueux (37,5%) et articulaire (50%). L'atteinte hépatique fut constatée chez 25% des patients, 19% cas d'atteinte spléno-ganglionnaire et 25% des cas avaient une atteinte ORL représenté par une parotidite bilatérale dont un cas rentrait dans le cadre du syndrome de Heerfordt. 6 patients avaient présenté un diabète insipide en rapport avec l'atteinte hypothalamo-hypophysaire. Aucune atteinte rénale n'a été retrouvée dans notre série.

Au plan biologique, la ponction lombaire était réalisée chez tous nos malades retrouvant une méningite lymphocytaire dans 8 cas (50%). L'enzyme de conversion de l'angiotensine dans le sang était élevé chez 8 malades (50%) et son dosage dans le LCR a été réalisé chez 6 patients et retrouvé constamment élevé (37,5%). Le bilan phospho-calcique était normal chez tous nos patients. Un syndrome inflammatoire biologique était retrouvé chez 10 patients, l'EPP sérique avait trouvé une gammopathie polyclonale dans 6 cas (37,5%), et l'immunoélectrophorèse des protides dans le LCR réalisée chez 7 patients avait montré un pic oligoclonal et une synthèse intrathécale des IgG chez 4 patients. 13 patients de notre série ont bénéficié d'un dosage du rapport CD4/CD8 au LBA et qui était >3,5 chez 7 patients. Quant à l'histologie, des biopsies bronchiques étagées réalisées chez la totalité des patients, avaient confirmé l'existence d'un granulome épithélio-giganto-cellulaire (GEGC) sans NC chez 7 patients (43,75%). La BGSA était également contributive dans 56,25% (9 patients) objectivant le GEGC sans NC. La biopsie

cutanée avait montré l'existence de granulomes non caséux dans 4 cas parmi 7. Une **biopsie stéréotaxique** a été réalisée chez deux patientes devant un aspect pseudotumoral fortement suspect à l'imagerie, confirmant ainsi une granulomatose sarcoidosique.

L'IRM cérébrale et médullaire a été pratiquée chez tous nos patients, elle était normale dans 5 cas et objectivant un épaississement avec prise de contraste méningé chez 4 patients (25%), une atteinte de la tige pituitaire (37,5%), des hypersignaux T2 en péri-ventriculaires (19%), une atteinte du tronc cérébral (12,5%), une atteinte médullaire (12,5%), un épaississement avec rehaussement du nerf optique chez 7 patients (43,75%), ainsi que des lésions pseudotumorales avec effet de masse chez deux patientes. Les potentiels évoqués visuels ont été effectués dans 8 cas objectivant une neuropathie optique de mécanisme axonal dans 7 cas. L'ENMG des 4 membres a été effectué chez tous nos patients, aussi bien ceux symptomatiques ou dans le cadre du bilan d'extension, retrouvant une polyneuropathie sensitivo-motrice axonale dans 3 cas.

Tous nos patients ont reçu une corticothérapie systémique, dont 6 avaient nécessité un traitement immunosuppresseur en raison du caractère extensif de l'atteinte. Deux cas de corticorésistance et d'échappement aux immunosuppresseurs ont justifié le recours à la biothérapie avec une rémission durable et prolongée. L'évolution était favorable chez 13 patients et stationnaire dans 3 cas.

Conclusion : Le diagnostic de la NS est difficile du fait du polymorphisme clinico-radiologique, notamment en cas de discrétion des atteintes extra-neurologiques. Le pronostic dépend du type de l'atteinte et de la précocité du diagnostic et du traitement, nous n'avons observé aucun décès et l'évolution était majoritairement favorable dans notre série.

C04- Manifestations ophtalmologiques de la sarcoïdose et corrélations

M. Ouhaddach, A. Elouakhoumi, J. Yousfi, L. Essaadouni, M. Zahlane, L. Benjilali,
Service de Médecine Interne, CHU Mohammed VI. Marrakech

Introduction

La sarcoïdose est une affection inflammatoire systémique de cause indéterminée. Son diagnostic s'établit sur l'association d'arguments cliniques et paracliniques après l'exclusion des autres granulomatoses. L'implication ophtalmologique dans la sarcoïdose est notable, se révélant chez 30 à 60% des patients. Elle peut être inaugurale, voire même isolée au début. Cette manifestation peut adopter diverses formes cliniques, dont l'uvéite constitue la présentation la plus courante. L'objectif de cette étude vise à élucider les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des atteintes oculaires imputables à la sarcoïdose

Patients et méthodes

Étude rétrospective réalisée au service de médecine interne du CHU Mohammed VI de Marrakech ; portant sur des patients suivis pour sarcoïdose oculaire diagnostiqués selon les critères révisés (IWOS 2019) sur une période de 13 ans s'étendant de 2010 à 2022

Résultats

Parmi les 86 patients atteints de sarcoïdose, 22 patients avaient une atteinte oculaire, soit 33 yeux ; ils étaient répartis en 19 femmes et trois hommes (sex-ratio de 1/6). L'âge moyen de survenue de l'atteinte oculaire était de 48 ans. Elle était inaugurale chez 6 patients. Les signes oculaires étaient dominés par la baisse de l'acuité visuelle (95%), rougeur oculaire (54%), douleur oculaire (34%), myiodésopsie, (25%), suivis par les céphalées, et scotome (9%, 4%). L'acuité visuelle initiale était conservée chez 4 patients, CLD 7 patients, et supérieure à 4/10 chez 8 patients. Le délai moyen de diagnostic était de 9.5 mois. L'atteinte était bilatérale chez 70 % des patients. Il s'agissait d'une uvéite antérieure dans 19 % des cas ; les précipités rétro-cornéens étaient observés dans 40 % des cas. L'uvéite intermédiaire et postérieure ont été objectivées respectivement 52 % et 9,5 % des cas à type d'hyalite et de choroïdite multi-focale. Une vascularite rétinienne veineuse a été retrouvée chez 3 patients. Une épisclérite nodulaire été retrouvée chez un patient. Une névrite optique rétro-bulbaire été objectivé chez trois patients. Les complications étaient dominées principalement par les synéchies irido-cristaliniennes (58 %) et la cataracte (41,6 %). Parmi les manifestations extra-oculaires, on notait : une atteinte médiastino-pulmonaire (45,5 %), une atteinte articulaire (59 %), une atteinte cutanée (4%), une atteinte neurologique (9 %) et une atteinte cardiaque (9%). Une hypercalcémie et une hypercalciurie étaient retrouvées chez respectivement 8 et 9 cas. Le dosage de l'enzyme de conversion était pathologique dans 69 % des cas. On observait une anergie tuberculique chez tous les patients ayant eu une IDR à la tuberculine (8 patients). Une corticothérapie par voie générale a été indiquée chez 91% des malades ; pour une durée moyenne de 1.7 ans. Un traitement immunosuppresseur à base d'Azathioprine (68.1%), de Cyclophosphamide (45.4%) et de Méthotrexate (9%) était institué chez dix-huit patients (atteinte oculaire récidivante et étendue). Le Tocilizumab a été administré chez un seul patient. Une rémission était obtenue chez 18 patients.

Conclusion

L'uvéite est la manifestation oculaire la plus fréquente au cours de la sarcoïdose. Son évolution est souvent favorable, elle peut quelquefois mettre en jeu le pronostic visuel. Seuls un diagnostic et une prise en charge précoces permettront de prévenir la survenue de complications irréversibles. Néanmoins, le diagnostic n'est pas toujours aisé si l'atteinte oculaire est inaugurale ou si nous ne disposons pas de preuve histologique d'un granulome non caséux.

C05- Les uvéites granulomateuses : A propos de 46 patients

H. Masrour, I. Khoussar, L. Leghrib, N. Sadiq, A. Oudrhiri, L. Abarkan, M. Bouzayd, S. Bouchnafati, R. Hanini, Y. Chekkori, F. Tohir, S. Baaki, O. Oudbib, K. Azzabi, W. Rhandour, N. Alami Drideb, N. Oubelkacem, Z. Khammar, R. Berrady
Service du Médecine Interne, CHU Hassan II. Fès

Introduction : L'uvéite est une inflammation de l'uvée de causes multiples. Le caractère granulomateux permet de limiter la liste des étiologies. Ce type d'uvéite est généralement observé en cas de causes infectieuses ou inflammatoires. Notre étude a pour objectif de déterminer les caractéristiques cliniques et le profil étiologique et pronostique des uvéites granulomateuses chez nos patients.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, portant sur les patients atteints d'uvéite, suivis dans un service de médecine interne, entre Janvier 2015 et Janvier 2022. Le caractère granulomateux a été défini à l'examen ophtalmologique par l'aspect des précipités rétro-descémétiques (en graisse de mouton) et/ou par la présence de nodules iriens (Busacca ou Koeppe).

Résultats :

Sur 388 patients suivis pour uvéite, 46 ont une atteinte granulomateuse soit 11.85% des cas. Il s'agit de 32 femmes et 14 hommes avec un sex ratio F/H de 2.28. L'âge moyen est 38.82 ans ± 15.16 [16-71]. Il s'agit d'une uvéite récurrente chez 17 patients (36.9%). Cliniquement, les patients ont consulté pour une baisse d'acuité visuelle chez 41 patients (86.9%), une rougeur oculaire chez 33 patients (71.73%), une douleur oculaire chez 13 patients (28.26%), et un larmoiement chez 4 patients (8.69%). L'uvéite est bilatérale chez 32 patients (69.56%). Elle est antérieure chez 5 patients, intermédiaire chez 4, postérieure chez 4, avec une pan uvéite chez 33 patients. Des synéchies irido-cristaliniennes ont été observées chez 19 patients (41.30%), et une cataracte a été présente chez 17 patients (36.95%).

L'OCT a objectivé un œdème maculaire chez 5 cas (10.86%), et un décollement rétinien chez 6 cas (13.04%). Et l'angiographie a objectivé une vascularite rétinienne chez 13 cas (28.26%). La recherche étiologique révélait une sarcoïdose chez 8 patients, une granulomatose avec polyangéite chez 3 patients, un syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada chez 2 patients, une tuberculose chez deux patients, et une infection à HSV chez un patient. Le reste est idiopathique.

Trente-neuf malades ont été mis sous corticothérapie systémique, et 24 ont reçu un traitement immunosuppresseur (cyclophosphamide) et 12 patients ont été mis sous Méthotrexate. Un anti-TNF a été mis chez 5 patients qui n'ont pas répondu au traitement immunosuppresseur initial. 10 patients ont été perdus de vue au cours du suivi.

Nous avons objectivé une corrélation significative entre l'uvéite granulomateuse et le sexe féminin ($p=0.004$), la présence d'une atteinte pulmonaire ($p=0.023$), et l'absence de signes cutanées ($p=0.0001$).

Discussion et conclusion :

Le caractère granulomateux oriente la recherche étiologique et permet de guider les investigations complémentaires, parfois coûteux pour notre population. Il s'agit principalement de la sarcoïdose, de l'HSV et de la tuberculose. Les uvéites granulomateuses sont corticosensibles mais récurrentes.

C06- Le Syndrome pneumo-rénal : Véritable carrefour entre médecine interne et réanimation

S. M'Haber, M. Ben Zakour, M. Moudatir, K. Echchilali, H. El Kabli
Service de Médecine Interne, CHU Ibn Rochd. Casablanca

INTRODUCTION :

Le syndrome pneumo-rénal (SPR) est une urgence diagnostique et thérapeutique rare associant une hémorragie alvéolaire et d'une glomérulonéphrite rapidement progressive (GNEC).

Les étiologies du SPR sont dominées par les vascularites à ANCA et le syndrome de Goodpasture. Le but de notre travail était d'analyser les profils de malades à risque de SPR, de préciser les circonstances des découvertes, les modalités de prise en charge et le pronostic.

PATIENTS ET MÉTHODES :

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive portant sur 15 ans (Janvier 2009-Décembre 2023), d'une série de 5 patients ayant un SPR, hospitalisés au service de médecine interne CHU de Casablanca.

RÉSULTATS :

Cinq cas de SPR étaient recensés (4 femmes et un homme), l'âge moyen était de 43,8 ans, avec des extrêmes d'âge (24 et 67 ans). Le SPR était inaugural chez 4 patients et avait compliqué un LES connu chez 1. Son mode de début était aigu dans 1 cas, subaigu dans les autres. Concernant la répartition étiologique : Granulomatose avec polyangéite (GPA) : 2 cas, Polyangéite microscopique : 2 cas, LES : 1 cas. Comme Signes respiratoires évocateurs du SPR on avait : une insuffisance respiratoire aiguë (2 cas), une dyspnée (2 cas) et des crachats hémoptoïques (5 cas). Les signes néphrologiques étaient plus discrets : œdèmes des membres inférieurs (1 cas), HTA (1 cas), hématurie à la bandelette urinaire (5 cas). Ce tableau clinique était précédé de signes peu spécifiques à type d'AEG (5 cas) et de signes articulaires (2 cas), parfois de signes précessifs plus spécifiques : ORL (2 cas d'épistaxis) et cutanés (1 cas de purpura vasculaire). Au bilan : L'anémie était constante souvent hypochrome microcytaire. Tous nos malades avaient une insuffisance rénale rapidement progressive ; modérée (2 cas), sévère (1 cas) et terminale (2 cas). La protéinurie de 24h était positive chez tous nos patients, néphrotique uniquement chez 2 malades. À l'examen cytologique des urines les cylindres hématiques étaient retrouvés chez tous les malades. L'échographie rénale était toujours normale. La radio thorax était normale chez 2 patients et avait montré un aspect micronodulaire chez les autres. La TDM thoracique non injectée avait objectivé un aspect de verre dépoli dans 5 cas associé à un début de condensation chez un seul cas. 3 patients avaient bénéficié d'un LBA objectivant un taux de sidérophages à la coloration de perles >20%. 2 patients avec vascularite à ANCA avaient bénéficié d'une PBR objectivant une GNEC pauci immune

avec lésions tubulo- interstitielles et présence de nécrose fibrinoïde. Les ANCA réalisés chez tous nos malades étaient positifs chez 4 : (C-ANCA : 2 cas et P-ANCA : 2 cas). Les AAN étaient positifs dans un cas. C3 et C4 effondrés chez un patient. Les Ac anti MBG étaient négatifs. Sur le plan thérapeutique le recours à l'oxygénothérapie était systématique chez tous les malades. Un patient avait bénéficié d'une intubation ventilation ainsi que du traitement de l'état de choc hypovolémique. Un patient était transfusé et 2 avaient bénéficiés d'une épuration extrarénale. Concernant le traitement spécifique ; tous nos malades avaient bénéficié de bolus MP 1g pendant 3 jours puis per os. Associé au cyclophosphamide protocole vascularite (6 à 9 bolus), le relais était assuré par l'azathioprine chez 4 patients et par le MMF chez 1 (LES). Le recours aux Échanges plasmatiques était de mise chez un patient. Aucun de nos malades n'avait bénéficié de traitement Anti CD20. L'évolution après traitement était bonne chez 4 patients avec disparition de l'hémoptysie et Amélioration du DFG, mais mortelle à court terme chez un patient soit 20% des cas.

CONCLUSION :

De nombreuses maladies systémiques peuvent se compliquer d'un SPR. Dans notre série les étiologies du SPR étaient dominées par les vascularites à ANCA (80%) et plus rarement par le LES. Cette complication redoutable nécessite souvent le recours en réanimation : insuffisance respiratoire aiguë, insuffisance rénale aiguë, état de choc, échanges plasmatiques... à côté du traitement spécifique. Dès suspicion du diagnostic une prise en charge urgente s'avère capitale afin d'améliorer le pronostic vital et fonctionnel.

C07- Prévalence des troubles neurocognitifs majeurs chez les patients âgés hospitalisés et leurs effets sur le parcours hospitalier des patients : Expérience de l'Unité de Gériatrie Aigue du CHU Ibn Sina - Rabat

A. Gougas, M. Maamar, H. Khibri, O. Jebari, C. Krombi, W. Hamdi Senhaji,

W. Ammouri, H. Harmouche, Z. Tazi Mezalek, M. Adnaoui

Service de Médecine Interne, Service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue, CHU Ibn Sina. Rabat

Introduction :

Les troubles neurocognitifs majeurs (TNC-M) constituent un enjeu sociétal et de santé publique dans les pays en voie de développement. Les objectifs de cette étude sont d'évaluer la prévalence de la démence chez les patients hospitalisés âgés en unité de gériatrie aigue, de décrire ses aspects épidémiologiques, cliniques, et thérapeutiques et évaluer son effet sur le parcours hospitalier des patients.

Matériels et méthodes :

C'est une étude observationnelle rétrospective cas-témoins, portant sur 16 mois (Avril 2024-Janvier 2023) incluant tous les dossiers des malades âgés de 65 ans et plus, hospitalisés au sein du service de médecine interne en unité de gériatrie du Centre Hospitalier Universitaire Ibn Sina de Rabat ; et dont un trouble neurocognitif majeur a été connu ou bien révélé au cours de l'hospitalisation. Le diagnostic de TNC-M est retenu selon les critères DSM-5 et le score MMS version arabe adapté au personnes analphabètes. Les patients ayant un trouble cognitif léger étaient exclus du groupe TNC-M. Le reste constitue le groupe control. Les données obtenues ont été soumises à des analyses univariées et multivariées.

Résultats :

Un total de 175 patients a été inclus. La prévalence des TNC-M est de 13% parmi les patients âgés hospitalisés. L'âge moyen est de 81[±9.8] ans. 91% sont de sexe féminin. 58% ont été diagnostiqués au cours de l'hospitalisation. L'infection représentait 41,7 % des motifs d'hospitalisation et la principale comorbidité était l'hypertension artérielle associée au diabète soit 36%.

95% des patients avaient un trouble neurocognitif majeur sévère avec des scores MMS<10.

L'étiologie des troubles cognitifs majeurs correspondait à une maladie d'Alzheimer chez 25% patients, à une démence vasculaire dans 25 % des cas, une démence mixte dans 10% des cas, un seul cas de démence à corps de Lewy, un seul cas d'hydrocéphalie à pression normale, un seul cas de neurosyphilis et non identifiée dans 25% des cas.

Des signes psycho comportementaux ont été présents dans 70% des cas entraînant des difficultés des soins chez les patients hospitalisés ayant un TNC-M.

Il y a une corrélation statistiquement significative entre le l'âge, le déclin fonctionnel, la confusion, la dénutrition, la dépression et et la prévalence de la démence ($p<0.001$).

L'étude de l'impact des troubles neurocognitifs majeurs sur la présence d'au moins une difficulté des soins a révélé un risque élevé dans le groupe TNC-M (OR 4.56, 95%, CI 2.68–7.75) comparativement au groupe control.

De plus l'occurrence des difficultés des soins a été associé à l'application de certaines mesures en hospitalier notamment l'accompagnement par un aidant principal, la prescription des psychotropes et la perfusion en sous-cutané.

La mortalité à la sortie correspond à 33 % du groupe démence et 19 % du groupe control ($P = 0.312$).

Conclusion :

Les patients atteints de TNC-M présentent un risque plus élevé de subir les conséquences de l'hospitalisation. Des évaluations gériatriques complètes pour identifier les facteurs sociodémographiques et médicaux associés aux TNC-M sont utiles afin de développer des actions préventives et d'améliorer la qualité des soins.

C8- Gestion d'une épidémie de Rougeole ; Rôle du Centre de Virologie, Maladies Infectieuses et Tropicales

K. Tahani, F. El Amraoui, Y. El Benaissi, Y. Aadi, M. Viera, Z. Kasmy, A. Reggad, M. El Qatni, K. Ennibi

Centre de Virologie, Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V- Rabat. Université Mohammed V. Rabat

INTRODUCTION :

La rougeole est une infection virale grave, avec une morbi-mortalité élevée en raison d'une couverture vaccinale insuffisante. L'alerte au Maroc en octobre 2023 a été donnée suite à une augmentation significative du nombre de cas d'éruptions cutanées fébriles particulièrement dans la région de Sous Massa et qui s'est propagée par la suite à l'ensemble du territoire. Cette épidémie, très contagieuse, exige des mesures d'hygiène strictes en urgence.

MATERIELS ET METHODE :

Il s'agit d'une étude prospective, analytique et descriptive à propos d'une cohorte exhaustive de rougeole hospitalisée au sein du Centre de Virologie et de maladies infectieuses et tropicales, à l'HMIMV de Rabat, sur une période de 3 mois s'étalant de Mars à Juin 2024.

RESULTATS :

Il s'agit de 09 cas de rougeole recensés au sein de notre service, d'un âge moyen de 35ans, dont 70% était de sexe masculin, répartis essentiellement sur la région de Rabat-Salé-Kénitra, avec une proportion des personnes jamais vaccinées significativement plus élevée.

L'existence d'un cas de rougeole dans l'entourage a été rapportée chez moins de 25% de nos patients. Dans notre série, les taches de koplik caractéristique n'était pas présente, par contre l'érythème buccal associé à l'exanthème généralisé et à la conjonctivite était souvent évocateur de la maladie.

Le diagnostic sérologique et moléculaire réalisés au niveau du laboratoire de virologie au sein du CVMIT, revenue positif pour l'ensemble de nos patients, dont 02 patients avaient une sérologie IgM positive et tous nos patients avaient une PCR Rougeole positive, le typage des souches isolées utilisant le Kit Measles Virus Typing a retrouvé le génotype B3 chez la majorité des patients et le génotype D8 chez un seul de nos patients ; pour confirmer le typage moléculaire un séquençage capillaire a été réalisé sur le premier reçu qui a confirmé l'identification du génotype B3 majoritaire en Afrique.

Devant la rapidité de la confirmation virologique du diagnostic de rougeole, une hospitalisation au niveau de l'aile 3 disposé au sein de notre service pour isolement air /contact de l'ensemble de nos patients s'impose, avec une déclaration des cas pour une éventuelle alerte épidémiologique et une vaccination des sujets contacts non immunisés ou d'un statut inconnu dans un délai de 72h.

Tout d'abord il faut savoir que la prise en charge consiste le plus souvent en soins de soutien, l'ensemble de nos patients ont bénéficié d'une cure de vit A j1 et j2, éventuellement à j30 ainsi que seulement 25% des cas ont été mis sous antibiotiques visant le pneumocoque et l'haemophilus influenzae pour réduire les complications respiratoires et les décès liées aux pneumonies ; ainsi qu'une réduction du taux de mortalité global des patients.

Une fois l'épidémie confirmée, la surveillance épidémiologique s'est intensifiée avec comme objectif principal d'identifier précocement de nouveaux foyers épidémiques ainsi que d'évaluer les activités de riposte.

CONCLUSION :

La vaccination a permis de très importants progrès vis-à-vis de la rougeole, naguère première cause de mortalité par maladie infectieuse à prévention vaccinale. Cette maladie reste cependant présente, sous

une forme modifiée du fait du déplacement de l'âge de la maladie vers les adultes. Le vaccin, au fil des années, a conservé son excellente efficacité. L'objectif d'élimination de la maladie, théoriquement possible, se heurte à la contagiosité élevée de la maladie qui impose une couverture vaccinale élevée, difficile à atteindre aussi bien dans les pays du tiers monde que dans les pays industrialisés.

C09- Les facteurs prédictifs de l'admission en réanimation des patients COVID-19 : Étude de cas, vécu de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat

K. Tahani, F. El Amraoui, M. El Qatni, A. Reggad, Z. Kasmy, Y. Aadi, Y. Sefsafi, Y. El Benaissi, Y. Aouni, S. Tounkara, M. Viera, E. Bouaiti, K. Ennibi

Centre de Virologie, Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

Introduction :

Le coronavirus 2019 (COVID-19) est une maladie infectieuse causée par un nouveau coronavirus, le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2). L'infection s'est rapidement propagée à plusieurs pays du monde, entraînant une morbidité et une mortalité considérables, ce qui a incité l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à déclarer officiellement une pandémie mondiale le 11 mars 2020. De nombreuses études cliniques et expérimentales ont identifié des facteurs de risque associés aux formes sévères de COVID 19, notamment l'âge, degré de l'atteinte pulmonaire ainsi que d'autres comorbidités.

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les facteurs prédictifs de l'admission en réanimation de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V (HMIMV) de Rabat. Notre étude a mené sur la description des données démographiques.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective et analytique à propos d'une série de cas sur une période de 07 mois de Juin 2021 au Janvier 2022 portant sur les patients atteints de Covid-19 ayant nécessité un séjour en réanimation. Les différents facteurs prédictifs ont été étudiés grâce aux courbes de survie selon la méthode de Kaplan Meyer.

Résultats :

Au total 213 patients ont été inclus dans notre étude, 65% des patients étaient de sexe masculin. Les patients âgés de plus de 65 ans présentent un pourcentage élevé de formes sévères et critiques.

71,4% des patients hospitalisés avaient un statut conforme au protocole de vaccination anti-COVID-19. Le délai d'aggravation clinique était entre le 07-10 jours. Dans notre série, la létalité était de 66,7%.

Les comorbidités associées à l'admission en réanimation étaient de 85.4%, le diabète avec une proportion de 85,4% (P=0.05) et les pathologies cancéreuses avec une proportion de 66,7% (P=0.002).

L'analyse multi variée avec la régression de Cox a permis d'identifier **trois** facteurs pronostic : il s'agit de l'âge à partir de 65 ans (P= 0.02), du niveau d'atteinte pulmonaire (P=0.03) à l'admission et de la présence d'au moins de deux comorbidités (P=0.003) .Le statut vaccinal ne présente pas un effet sur le pronostic des malades en réanimation. La vaccination semble efficace chez les sujets âgés de 50 à 70 ans.

Conclusion :

La connaissance de ces facteurs prédictifs nous permet d'améliorer la prise en charge des patients atteints de formes sévères d'infection à SARS-CoV-2 et de diagnostiquer précocement les patients susceptibles de présenter des complications grâce aux caractéristiques identifiés.

Dimanche 22 Septembre 2024

Matinée

08h - 10h : Communications Orales - Salle 2

Coordinateurs : M. Bourkia - S. Hamaz

C010- Le lymphome B diffus à grandes cellules : Etude descriptive dans la région de l'oriental (à propos de 103 cas)

F. Sbai, I. Souidi, I. Sadki, Z. Aqodad, H. Bachir, S. Hamaz, H. Alaoui Bennesser, K. Serraj

Service de Médecine Interne, CHU Mohammed VI. Oujda

• Introduction

Le lymphome B diffus à grandes cellules est une hémopathie maligne représentant environ 30% des lymphomes malins non hodgkiniens. Le diagnostic repose sur une étude histologique et immunohistochimique. Le taux de guérison a nettement augmenté dans les dernières décennies, grâce aux progrès thérapeutiques liés aux nouvelles thérapies ciblées essentiellement le Rituximab.

• Matériels et méthodes :

Notre travail représente une étude rétrospective descriptive menée au sein du service de Médecine Interne CHU MOHAMED IV Oujda du janvier 2015 au Décembre 2022, incluant 103 patients, dont l'objectif est d'évaluer le profil épidémiologique, clinique, radiologique, histologique, thérapeutique et évolutif du lymphome B diffus à grandes cellules dans la région de l'oriental.

• Résultats et évolution :

- L'âge moyen de nos patients est de 58ans. On note une prédominance du sexe masculin avec un sexe ratio à 1,10. Le délai moyen de consultation était de 6mois. Le principal symptôme clinique est la découverte des adénopathies chez 36% des cas de siège essentiellement cervical. Les symptômes B sont présents chez 57%.
- 21% des patients avaient un stade localisé, et dans 79% des cas avaient un stade disséminé au moment du diagnostic. Concernant le pronostic, 19% étaient de risque faible, 34% étaient de risque intermédiaire faible, 28% étaient de risque intermédiaire haut, et 19% étaient de risque élevé.
- Le traitement du LBDGC est basé sur la stadification de la maladie et les facteurs pronostiques. Initialement le R-CHOP (reçu chez 80% des patients). Le traitement de 2ème ligne repose sur l'administration du R-DHAP (reçu chez 63%).
- L'évolution de notre série a été marquée par l'obtention d'une rémission complète chez 49% des patients. Une rechute chez 7% des patients, et une maladie réfractaire chez 19% des patients. 15% des cas sont décédés suite à des infections ou la progression de la maladie, 8% sont perdus de vue. Le suivi moyen est de 3ans.

Discussion et conclusion :

- 85% de nos patients avait un délai de consultation au-delà de 6 moi, et par conséquent un retard diagnostique, d'où l'intérêt de :
 - Faciliter l'accès aux soins.
 - Sensibiliser les médecins généralistes sur la conduite à tenir devant des adénopathies.
 - Prendre au sérieux les symptômes B notamment l'amaigrissement, la fièvre et les sueurs nocturnes.
- Le R-CHOP représente le traitement de choix de 1 ère ligne.
- Vu la non disponibilité du PETSCAN dans la région de l'orientale, l'évaluation de la réponse n'a été faite que chez 10% des patients alors que c'est un examen clé.
- Presque la moitié des patients 47% avaient un pronostic défavorable. On notait un taux élevé de décès et des cas réfractaires. Donc les malades ayant un LBDGC dans la région de l'oriental sont des malades graves. D'où la nécessité d'améliorer la prise en charge de ces patients on leurs assurant le plateau technique pour la réalisation d'autogreffe avec congélation des CSH.

C011- Profil étiologique des hyperéosinophilies majeures au service de Médecine Interne de CHU Mohammed IV d'Oujda : Série de 5 cas

N. Abarkane, I. Sadki, Z. Aqodad, H. Bachir, S. Hamaz, H. Alaoui Bennasser, K. Serraj

Service de Médecine Interne, CHU Mohammed IV. Oujda

Introduction :

L'hyperéosinophilie majeure est définie par un taux d'éosinophilie sanguine supérieurs à 1500/mm³ d'évolution prolongée (>1 mois) associé ou non à une atteinte tissulaire secondaires la toxicité des éosinophiles.

L'objectif de notre étude est de déterminer le profil étiologique des hyperéosinophilies majeures.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une série de 5 malades admis au service de médecine interne de CHU Mohammed IV d'Oujda pour exploration d'une hyperéosinophilie sanguine >1500 éléments/mm³ persistante >1 mois ; étalée sur une durée de 4 ans allant de 2020 à 2024.

Résultats :

5 patients ont été inclus.

Tous les patients de sexe masculin avec un âge moyen au moment de diagnostic de 35.6 ans.

Les atteintes organiques étaient diverses : Atteinte cutanée dans 60% ; fait de lésions érythémateuses crouteuses. L'atteinte cardiaque dans 80% des cas ; faites de myocardite aigue avec altération de FEVG. L'atteinte neurologique et rénale chez 1 seul patient (soit 20%) ; avec une mononeuropathie sensitivo-motrice des 4 membres. Et l'atteinte digestive chez 60% ; avec un tableau clinique de douleurs abdominales et diarrhées.

Les étiologies des hyperéosinophilies retrouvées étaient variées :

- 1 cas de SHE clonale ; avec la mise en évidence d'anomalie clonale de structure correspondant à une délétion de bras long du chromosome 7 sur le caryotype médullaire ;
- 1 cas diagnostiqué granulomatose éosinophilique avec ployangéite sur ponction biopsie rénale faite devant une altération de la fonction rénale et positivité de la protéinurie de 24H à 0.7g/24h ;
- 1 cas de vascularite à ANCA.
- 1 cas de colite indéterminée avec antrite et fundite chronique sans signes de malignité à la fibro-coloscopie chez.
- 1 cas de SHE idiopathique retenu devant la négativité de tous le bilan étiologique (biologique, radiologique, histologique et génétique).

Un traitement initial par les corticoïdes a été instauré chez tous les patients. L'hydroxyurée a été utilisé chez 2 patients. Et le recours aux immunosuppresseurs dans les 2 cas de vascularites.

L'évolution était favorable chez tous les patients avec une normalisation du taux des éosinophiles sans séquelles significatives.

Discussion :

Devant une hyperéosinophilie sanguine, la démarche du clinicien est double : évaluer son retentissement sur les organes, et déterminer sa cause ; mais 50 % des cas restent d'origine indéterminée.

Notre étude met en évidence le polymorphisme étiologiques des hyperéosinophilies majeures, ainsi que la gravité des atteintes organiques secondaires, pouvant engager le pronostic vital (cardiaque et rénal) ou fonctionnel (neurologique), justifiant des thérapeutiques urgentes principalement par des corticoïdes voire un traitement cytoréducteur (hydroxyurée).

Conclusion :

La constatation d'une hyperéosinophilie sanguine majeure, symptomatique ou non, ne doit jamais être négligée et doit toujours être un signe d'alerte pour le clinicien vu la gravité de certaines atteintes par infiltration éosinophilique.

C012- Au cœur du froid : Exploration et avancées thérapeutiques dans la maladie des agglutinines froides à propos de 7 cas

I. Hajaj, M. Maamar, H. Khibri, W. Hamdi Senhaji, N. Mouatassim, W. Ammouri, H. Harmouche, Z. Tazi-Mezalak, M. Adnaoui
Service de Médecine Interne, Service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue. CHU Ibn Sina. Rabat

Introduction : La détection des agglutinines froides est une pathologie rare. Ses symptômes sont variables pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Une enquête étiologique approfondie est indispensable. Le traitement a bénéficié de progrès considérables grâce à l'émergence de thérapies innovantes révolutionnaires.

Méthodes : Notre étude est une analyse rétrospective effectuée sur les dossiers médicaux des patients atteints de maladie des agglutinines froides, traités au service de médecine interne du CHU Avicenne de Rabat entre 2022 et 2024. Au total, 7 cas ont été examinés. L'objectif de notre étude était d'analyser les caractéristiques démographiques des patients, ainsi que leur présentation clinico-biologique et leur réponse au traitement.

Résultats : Sur une série de 7 patients, l'âge moyen des patients était de 63,42 ans [45ans -79 ans] dont 3 (42%) patients avaient un âge supérieur à 65 ans. L'âge moyen de diagnostic était de 62,14 ans. Le sexe ratio : 4F/3H était de 1,3. Six patients (86%) ont présenté les premiers signes pendant l'hiver contre l'été chez un seul (14%) patient. Les comorbidités identifiées chez nos patients étaient : l'HTA chez 3 (43%) patients, le diabète chez 3 (43%) patients, et l'insuffisance cardiaque chez 1 (14%) patiente. Tous nos patients ont présenté un syndrome anémique. 1 seul patient a présenté une nécrose digitale bilatérale associée à une rétinopathie occlusive considérée comme le seul évènement thromboembolique noté dans notre série.

L'exploration a objectivé des agglutinines froides type IgM chez 6 (86%) patients et un cas de type IgG (14%). Tous les patients avaient un bilan d'hémolyse positif. Le taux moyen d'hémoglobine était 7 g/dl [3.5 g/dl -10,5 g/dl]. Le bilan étiologique était négatif chez tous les patients. Sur le plan thérapeutique, tous les patients recevaient des corticoïdes sans réponse hématologique avec un recul de 1 mois en moyenne. Le traitement de deuxième ligne par rituximab a été instauré chez tous les patients permettant une réponse complète chez 2 (29%) patients, une réponse partielle chez 2 (29%) patients et aucune réponse hématologique chez 2 (29%) patients avec un recul d'une année. Une seule patiente était programmée pour un traitement de troisième ligne à base de bortézomib. L'évolution a été marquée par le décès d'une (14%) patiente par un choc cardiogénique.

Discussion : La MAF est un trouble lymphoprolifératif clonal idiopathique à cellules B sans signes de malignité, caractérisé par la présence d'anticorps capables de reconnaître les antigènes des globules rouges à des températures basses par activation du complément. Ses manifestations sont principalement une fatigue, une anémie de sévérité variable ainsi que des signes ischémiques exagérés par le froid. Sur le plan thérapeutique, seuls les patients présentant une anémie mal tolérée inférieure à 8 g/dl avec une dépendance transfusionnelle ou des symptômes circulatoires sévères doivent être traités. La place des corticoïdes dans la MAF est très limitée ce qui explique le faible taux de réponse chez nos patients. Le traitement repose principalement sur l'éviction du froid en association avec le traitement médical de type rituximab en 1^{ère} intention seul ou en association avec la bendamustine. Les thérapies dirigées contre le complément (sutimlumab, eculizumab, pegcetacoplan) ainsi que le bortézomib peuvent être aussi proposés en cas de rechute ou de résistance.^{iv} Des cas de littérature ont rapporté l'efficacité du daratumumab et de l'ibrutinib.^{vi}

Conclusion : Les manifestations cliniques distinctives de la MAF revêtent une importance capitale sur le plan diagnostique et thérapeutique. Une prise en charge adéquate améliore le pronostic des patients.

C013- Evaluation du Profil lipidique et de l'indice cardio-métabolique chez 2036 patientes suivies en Médecine Interne libérale

S. El Kettani, Interniste libéral. Settat

Introduction

Les maladies cardiovasculaires constituent un problème majeur de santé publique du fait de leur morbi mortalité. Elles sont en grande partie en rapport avec l'athérosclérose, l'insulino-sensibilité et les anomalies lipidiques.

Pour assurer une prévention efficace de ces maladies l'utilisation de méthodes prédictives du risque est nécessaire. Parmi elles figure l'indice cardio-métabolique (ICM), qui est un marqueur simple et reproductible. Il est significativement associé au diabète, à l'hypertension, à l'obésité, aux maladies cardiovasculaires (accidents vasculaires cérébraux) et aux maladies rénales.

Objectif

Le but de cette étude était de déterminer le profil lipidique et d'évaluer l'ICM chez les patientes suivies au cabinet de Médecine Interne à Settat.

Patientes et méthodes

Il s'agissait d'une étude monocentrique prospective descriptive menée au cabinet de médecine interne, Settat, Maroc, de juin 2009 à décembre 2023. Toutes les patientes avaient bénéficié d'un examen clinique avec mesure des paramètres anthropométriques, prise de la pression artérielle et d'un bilan lipidique. Une obésité centrale a été retenue lorsque le tour de taille (TT) était ≥ 88 cm. La dyslipidémie a été retenue sur les directives de l'Adult Treatment Panel III, du programme d'éducation nationale du cholestérol.

L'ICM a été calculé en multipliant TG/HDL-C par rapport TT sur taille (RTT-T), selon la formule : le rapport TG/HDL-C : la concentration sérique de TG (en mmol/L) a été divisée par HDL-C, et pour le rapport RTT-T a été calculé en divisant TT (en cm) par la taille (en cm).

Pour comparer les fréquences des variables qualitatives nous avons utilisé le test χ^2 de Pearson. Les moyennes ont été comparées avec le test ANOVA. Le seuil de signification statistique a été fixé à 5%. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS, version 20.

Résultats

Il s'agissait de 2036 femmes, âgées de $54,09 \pm 11,04$ ans (extrêmes de 30 à 88 ans). 89,7% avaient un excès pondéral ou une obésité, 89,3% avaient une obésité centrale, 28,2% étaient connues hypertendues et 27,9% étaient diabétiques.

La moyenne de l'âge avait diminué significativement avec l'augmentation de l'ICM ($p=0,000$). Les hypertendues ($p = 0,000$) et les diabétiques étaient significativement plus âgées ($p = 0,000$). L'obésité centrale n'était pas significativement influencée par l'âge ($p = 0,093$).

L'hyper cholestérolémie (48,6%) était la dyslipidémie la plus fréquente suivie de l'hypo HDLémie (44,4 %), l'hyper LDLémie (41,6%) puis l'hyper triglycéridémie (27,3%).

La moyenne de l'âge était significativement plus élevée chez les patientes présentant : une hyper cholestérolémie ($p = 0,000$), une hypo HDLémie ($p = 0,000$), une hyper LDLémie ($p = 0,000$) et une hyper triglycéridémie ($p = 0,000$).

La moyenne de l'ICM était $4,18 \pm 2,56$. Elle était significativement plus élevée chez les patientes âgées de 60 ans et plus ($p = 0,000$), les hypertendues ($p = 0,016$) et les diabétiques ($p = 0,000$).

La moyenne de l'ICM avait diminué significativement avec l'augmentation de l'ICM ($p=0,001$). L'obésité centrale n'avait pas influencé significativement l'ICM ($p = 0,297$).

La moyenne de l'ICM était significativement plus élevée chez les patientes présentant : une hyper cholestérolémie ($p = 0,000$) une hypo HDLémie ($p = 0,000$), une hyper LDLémie ($p = 0,000$) et une hyper triglycéridémie ($p = 0,000$).

Conclusion

Dans cette étude, qui a concerné 2036 femmes âgées de plus de 30 ans, les dyslipidémies étaient très fréquentes (entre 27,3 % et 48,6 %) et significativement plus chez les personnes âgées de 60 ans et plus.

L'ICM ($4,18 \pm 2,56$) était significativement plus élevé chez les patientes âgées de 60 ans et plus, les hypertendues, les diabétiques et chez les patientes présentant une dyslipidémie.

Curieusement il était significativement moins élevé chez les obèses et il n'avait pas été significativement influencé par l'obésité centrale.

Le dépistage et la prise en charge des dyslipidémies et du risque d'athérogénicité doit être systématique chez toutes les patientes. En plus de la prise en charge médicamenteuse raisonnée, il serait judicieux de mettre en place des stratégies visant la promotion de l'activité physique régulière adaptée et de l'alimentation saine notamment pauvre en hydrates de carbone à indice glycémique bas.

Mots clés : Diabète, dyslipidémie, indice cardio-métabolique, obésité, profil lipidique, Settati, Maroc

C014- Annonce diagnostique de la séropositivité VIH : apport du jeu de rôle par simulation

S. El Bachiri, R. Ait Imran, Z. Mrika, M. Bourkia

Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique, CHU Mohammed VI, Tanger

Introduction :

L'objectif de l'Organisation Mondiale de la Santé de dépister 95% des séropositifs à l'infection au virus de l'immunodéficience acquis (VIH) n'est pas encore atteint. Proposer un test de dépistage, annoncer le diagnostic est un objectif de la formation du module d'infectiologie en formation initiale. Cependant seule une minorité des étudiants participent à une annonce diagnostique en situation réelle au cours du stage d'externat ou en simulation. Lors des examens cliniques en fin d'externat, une station ECOS d'annonce diagnostique du VIH révèle que la moitié des candidats ne maîtrise pas cette compétence.

Objectifs :

Proposer et réaliser un test rapide de dépistage du VIH devant des facteurs de risque, une tuberculose ou une grossesse. Annoncer une séropositivité. Maîtriser les moyens de prévention de l'infection à VIH, les modes de transmission et les principes thérapeutiques de la prise en charge.

Matériel et méthodes :

Une formation par simulation sur la thématique de l'annonce diagnostique de l'infection à VIH s'est déroulée au centre de simulation de notre institution. Les apprenants sont les étudiants de 3^{ème} année en Médecine ayant suivi les cours du module d'infectiologie comportant 4 heures sur l'infection à VIH. Les patients simulés sont les résidents en cours de spécialisation et ayant effectué au moins un semestre de consultation. Une infirmière du service participe au scénario. Les scénarii ont lieu dans une salle de consultation du centre. Trois scénarii ont été réalisés impliquant une femme enceinte, un patient tuberculeux et un homme ayant eu récemment des rapports sexuels non protégés. Les apprenants ont joué le rôle d'un médecin généraliste de ville. Un prétest et un post test ont été réalisés.

Résultats :

Les étudiants ont unanimement plébiscité la formation par simulation par rapport au cours magistral. Obtenir le consentement était le principal frein à la réalisation du test, ainsi que le manque d'information sur la prise en charge spécialisée. La réalisation technique du test rapide et son interprétation n'a posé aucun problème. La grossesse n'était pas une opportunité de proposition de test de dépistage. La maîtrise des moyens de prévention s'est améliorée de 80%.

Discussion- conclusion :

La pratique de l'annonce diagnostique de l'infection à VIH par simulation permet l'acquisition de compétences techniques et non techniques non acquises suite au cours magistral. La généralisation de cet atelier simulation à tous les étudiants a été proposée à la commission pédagogique de l'établissement. L'évaluation à distance lors d'une séance d'ECOS est prévue.

C015- Profil épidémiologique, clinique et étiologique de la maladie thromboembolique veineuse chez le sujet âgé

I. Aït Zine, Y. Chhah, A. Gougas, F. Ibourk El Idrrissi, O. Elhajji, N. Mouatassim, H. Khibri W. Ammouri, M. Maamar, H. Harmouche, Z. Tazi-Mezalek, M. Adnaoui
Service de Médecine Interne, Service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue. CHU Ibn Sina. Rabat

Introduction :

L'âge représente un facteur de risque significatif pour le développement de la maladie thromboembolique veineuse (MTEV), notamment chez les patients âgés de plus de 65 ans. L'incidence élevée de complications graves telles que l'embolie pulmonaire, hypertension artérielle pulmonaire et syndrome post-phlébitique chez cette population justifie la nécessité d'étudier les caractéristiques cliniques, radiologiques, biologiques et étiologiques spécifiques de la MTEV dans ce groupe d'âge.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur une période allant de mars 2023 à mars 2024. Elle a colligé tous les dossiers des malades vus en consultation spécialisée en maladie thromboembolique veineuse au service de médecine interne du CHU Ibn Sina de Rabat.

On a recruté tous les patients âgés de plus de 65 ans, ayant une MTEV radiologiquement confirmée et ayant bénéficié d'un suivi d'au moins 6 mois.

Résultats :

Sur une série de 184 malades vus pendant la période allant de mars 2023 au mars 2024 en consultation spécialisée en maladie thromboembolique veineuse au service de médecine interne du CHU Ibn Sina de Rabat, 30 (16.3%) sujets âgés ont été recrutés.

Il s'agissait de 23 femmes et 7 hommes soit un sexe ratio H/F de 0.3. La moyenne d'âge était de 72 ans.

21(70%) malades étaient hypertendus, 24 (80%) diabétiques, 1 (3.3%) porteurs de dyslipidémie sous statine, 1 (3.3%) suivis pour maladie Alzheimer et 2(6.7%) avaient comme antécédent un tabagisme chronique actif. Un seul malade a un antécédent familial de thrombose non provoquée chez une sœur de moins de 50ans.

Les signes cliniques révélateurs de la MTEV étaient : Douleur thoracique chez 1 (3.3%) malade, dyspnée et douleur thoracique chez 4 (13.3%) malades, hémoptysie de petite abondance associée à une dyspnée chez 2 (6.7%) malades, gros membre inférieur chez 19 (63.3 %) malades, gros membre supérieur chez 2 (6.7 %) malade, douleur abdominal chez 2 (6.7%) malades

Toutes les thromboses ont été confirmées radiologiquement : 21 (70%) malades par échodoppler et 9 (30 %) par angioscanner.

La localisation de la MTEV était 0 : 7 (23.3%) embolies pulmonaires proximales isolées dont une associée à une thrombose veineuse ilio-fémoro-poplitée gauche. 19 (thromboses veineuses profondes proximales isolées dont le siège était veine poplitée chez 6 (20%) malades, fémoro-poplitée chez 7 (36%) malades et 6 (20%) iliéo-fémoro-poplitée. 4 thromboses insolites ont été retrouvées dont 2 thromboses portes et 2 thromboses jugulaires droites.

Un bilan étiologique exhaustif essentiellement néoplasique a été réalisé : Imagerie scannographique, biopsie ostéo-médullaire si cytopénie ou syndrome tumoral ou altération de l'état général, Sérologie VIH, clone HPN si cytopénie ou thrombose à localisation insolite, électrophorèse des protéines plasmatique, mutation JAK 2 suivi de Calréticuline si cytopénie ou localisation insolite, Homocystéine, bilan de malabsorption notamment B12, SAPL si évènement obstétrical antérieur.

Certains malades ont bénéficié d'un complément de bilans notamment un bilan immunologique à la présence de signes systémiques à type de signes cutanés ou articulaires ou vascularitique ou persistance de syndrome inflammatoire biologique.

Les diagnostics retrouvés étaient : 5 cas de maladies de Biermer, 2 cas d'alitement post fracture, 2 cas de lymphomes B , 1 cas d'un syndrome myéloprolifératif, 1 cas de néoplasie digestif type Caecum, 1 cas d'une glomérulonéphrite extra membraneuse idiopathique, 1 cas d'hyper homocytéinémie sur carence en vitamine B12 en rapport avec un syndrome de non dissociation de B12 , 1 cas de gammopathie monoclonale en rapport avec une amylose AL , 1 cas de méningiome, un cas de thrombose post-opératoire, 1 cas de syndrome des anti phospholipides associée à une poly arthrite rhumatoïde, 1 cas de sclérodermie systémique , 1 cas de tuberculose multifocale , 1 cas de sepsis à point de départ non déterminée et 10 cas de MTEV à cause indéterminée.

Sur le plan thérapeutique : 1 patient a été mis HBPM puis AVK, le reste a été mis sous AOD type Rivaroxaban pour une durée minimale de 6 mois. Tous les malades ayant une thrombose du membre inférieur ont bénéficié d'une prescription de bas de contention.

L'évolution a été marquée par 1 récurrence chez 4 malades : une embolie pulmonaire et 3 TVP proximales. La durée moyenne de survenue de récurrence est de 24 mois. Tous les malades récidivants ont bénéficié d'un 2ème bilan étiologique exhaustif de leur MTEV, dont un est revenu en faveur d'une FA et un chez qui la récurrence est survenue au cours d'une infection par le Sars Cov-2.

6 Patients ont présenté des séquelles à type de syndrome post phlébitique avec une moyenne de score Villalta de 10. 1 ulcère variqueux chez un seul cas. Tous ces malades ont bénéficié de la prescription de médicaments veinotonique protecteur. Aucune hypertension artérielle pulmonaire post embolique n'a été trouvée. Aucun décès n'a été enregistré.

Conclusion :

La corrélation entre l'âge et l'incidence accrue d'évènements thrombotiques artériels et veineux est bien établie. Notre étude a montré que la néoplasie demeure

une étiologie fréquente de thrombose veineuse profonde chez les sujets âgés, et qu'elle ne doit pas être négligée même en présence d'autres facteurs tels que l'alitement. Néanmoins, d'autres causes non néoplasiques très variées peuvent être retrouvés ce qui nous incite à être minutieux, rigoureux et très patient dans notre approche étiologique analgésique, clinique et para clinique.

C016- Thrombose vasculaire et facteurs associés à la rechute dans la maladie de Behçet : Etude descriptive et analytique autour de 136 Cas

S. Chadli, H. Khibri, M. Bourkia*, N. Mouatassim, W. Ammouri, M. Maamar, H. Harmouche, M. Adnaoui, Z. Tazi-Mezalek

* Service de Médecine Interne et Immunologie Clinique, CHU Mohammed VI. Tanger

Service de Médecine Interne, Service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue. CHU Ibn Sina. Rabat

Introduction

La thrombose vasculaire (TV), atteinte cardinale de la maladie de Behçet (MB), est caractérisée par une prévalence et une sévérité plus accrues chez les patients originaires du bassin méditerranéen et du Moyen-Orient. Même sous traitement bien conduit, la rechute de la TV est fréquente, responsable d'une importante morbi-mortalité.

L'objectif de notre travail est de décrire le profil et l'évolution des patients présentant une TV dans le cadre de la MB, ainsi que d'identifier les facteurs associés à la rechute chez ces patients.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, descriptive et analytique, menée sur une période de 13 ans (2000 à 2023). Nous avons inclus tous les patients atteints de la MB et présentant une TV, à type de thrombose veineuse et/ou de thrombose artérielle, confirmée à l'imagerie. L'analyse univariable des facteurs associés à la rechute de TV a été menée à l'aide du test t de Student et test exact de Fisher pour les variables continues, et du test de Chi 2 pour les variables catégorielles. L'analyse multivariable a été réalisée par une régression logistique multiple. Toutes les analyses statistiques ont été effectuées par le biais du logiciel Jamovi 2.4.

Résultats

136 patients ont été retenus. Le sex-ratio (H/F) était de 5:1 et l'âge moyen au moment de la TV était de 33 ± 10 ans (16-57). Les facteurs de risque cardiovasculaire comprenaient le tabagisme chronique (29%), l'hypertension artérielle (4%) et le diabète (1.5%). La TV était la manifestation révélatrice de la MB (33%), ou était survenue après un délai médian de 4 ans [2 ; 10]. Elle consistait en une thrombose veineuse (92.5%), une thrombose artérielle (18%), et les deux à la fois (13%). La thrombose veineuse était généralement profonde (TVP), affectant préférentiellement les membres inférieurs (60%), la veine cave (30%), et les veines cérébrales (15%). Plus rarement, elle touchait les veines jugulaires (n=8), les veines supra-hépatiques (6%), le tronc brachio-céphalique (n=6), ainsi que les veines sous-claviculaires (n=4), mésentériques (n=4), rénales (n=4), axillaires (n=3), portales (n=3), innomées (n=3), pulmonaire (n=1), péniennne (n=1) et rétinienne (n=1). La TVP concernait une (55%), deux (27%) ou plusieurs (3 - 7) veines (16%). La thrombose artérielle était surtout de localisation pulmonaire (42%), fémorale (21%), coronaire (17%), cérébrale (8%) et aortique (8%). Des anévrismes artériels étaient associés (18%), principalement au niveau des artères pulmonaires (11%). La thrombose intracardiaque droite était objectivée dans 10% des cas. Les manifestations non cardiovasculaires comprenaient essentiellement les aphtes buccaux (96%) et génitaux (92%), la pseudofolliculite (36%), les lésions oculaires (41%) et les arthralgies (21%). Les patients étaient traités par corticothérapie systémique (100%) et immunosuppresseur conventionnel (80%), à type de cyclophosphamide et azathioprine (66%), ou azathioprine seule (32%). Une biothérapie était initiée pour 7 patients, par adalimumab (n=6) et tocilizumab (n=1). L'anticoagulation curative était administrée (80%) par le biais d'une HBPM relayée par AVK (77%) ou par un AOD (3%). L'anti-agrégation plaquettaire était prescrite dans 9% des cas. Six patients ont bénéficié d'une intervention chirurgicale à type de pontage fémoro-poplité (n=2), de thrombectomie (n=1), d'une pose de stent (n=1), et d'un

clivage d'anévrisme (n=1). Un syndrome post-thrombotique était observé chez 15% des patients qui présentaient une insuffisance veineuse chronique (8%) et des ulcères veineux (6%). La rechute était rapportée chez près du quart des patients (24%), surtout de sexe masculin (81%) et d'âge jeune (20 - 35 ans) lors de la TV initiale. La rechute était sous forme d'un (55%), de deux (32%) ou de multiples épisodes (13%). Elle touchait le même système vasculaire (69%), un système différent (12%) ou les deux simultanément (19%). Sa survenue était observée dans le même territoire initialement thrombosé (46%), dans un nouveau territoire (31%), ou les deux (23%). La rechute de la thrombose veineuse (12.5%) survenait après un épisode initial au niveau des membres inférieurs (70%) ou de la veine cave (30%). La rechute de la thrombose artérielle était plus rare (7.5%), touchant essentiellement les artères pulmonaires (89%). En analyse univariée, les facteurs associés à la rechute étaient la TV inaugurale, la thrombose de la veine cave supérieure, l'anévrisme artériel, la thrombose artérielle, et la thrombose des artères pulmonaires (Tableau 1). En régression logistique multiple, les facteurs associés à la rechute étaient la TV inaugurale, l'anévrisme artériel, et la thrombose artérielle (Tableau 2).

Conclusion

La TV dans la MB, souvent l'apanage des jeunes sujets de sexe masculin, est de survenue précoce, avec une forte prédilection veineuse, essentiellement pour les membres inférieurs et la veine cave. Malgré une réponse généralement bonne aux traitements immunosuppresseurs, la rechute en est fréquente. Dans notre étude, l'analyse multivariable a identifié le caractère inaugural de la TV, ainsi que l'atteinte artérielle sous forme d'anévrisme et de thrombose, comme facteurs associés à la rechute de façon statistiquement significative ($p < 0.05$).

Tableau 1 : Analyse univariable des facteurs associés à la rechute de TV chez les patients suivis pour maladie de Behçet au service de Médecine interne du CHU Ibn Sina de Rabat.

	Rechute de TV		p-value
	Absence de Rechute (N=95)	Rechute (N=34)	
Sexe*			0.80
Masculin	80 (74)	28(26)	
Féminin	15(71)	6(27)	
Thrombose inaugurale*			0.02
Non	50(76)	16(24)	
Oui	17(53)	15(47)	
Thrombose VCS*			0.01
Non	77(76)	24(24)	
Oui	8(47)	9(53)	
Anévrisme artériel*			0.01
Non	46(78)	13(22)	
Oui	19(54)	16(46)	
Thrombose artérielle*			0.01
Non	82(78)	23(22)	
Oui	13(54)	11(46)	
Thrombose des artères pulmonaires*			<0.001

Non			
Oui	4(31)	9(70)	
Aptose bipolaire*			0.63
Non	6(67)	3(33)	
Oui	85(74)	30(26)	

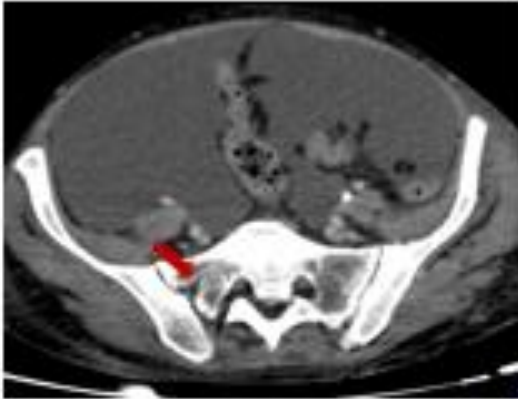
*n(%) ; VCS= veine cave supérieure;

Tableau 2: Analyse multivariable des facteurs associés à la rechute de TV chez les patients suivis pour maladie de Behçet au service de Médecine interne du CHU Ibn Sina de Rabat.

	Rechute de TV		
	OR	95% IC	p-value
Sexe*			
Masculin - Féminin	1.07	0.30 ; 3.83	0.91
TV inaugurale*			
Non - Oui	2.99	1.14 ; 7.82	0.02
Thrombose artérielle*			
Non - Oui	2.91	1.00 ; 8.40	0.04
Anévrysme artériel*			
Non - Oui	2.58	1.09 ; 8.45	0.02

*n(%) ; OR= odds ratio ; IC= intervalle de confiance;

Figure : Thrombose de la veine cave inférieure étendue à la veine iliaque chez un patient suivi pour maladie de Behçet au service de Médecine interne du CHU Ibn Sina de Rabat.



C017- Joint involvement in Behçet's disease: A monocentric study of 85 cases

D. Ismail, J. Yousfi, L. Benjilali, M. Zahlane, L. Essaadouni

Internal Medicine Department, University Hospital Mohammed VI. Marrakech

Introduction

Behçet's disease (BD) is an auto-inflammatory systemic vasculitis of unknown etiology, affecting multiple body systems including the joints. Joint involvement in BD can present in different forms, ranging from arthralgia to arthritis, and can significantly affect patients' quality of life. The aim of our study was to describe the clinical features and outcome of joint involvement in BD in our department.

Patients and methods

This is a retrospective study of patients with joint involvement of BD, seen from January 2010 to December 2023 in the internal medicine department of the university hospital Mohammed VI of Marrakech. All patients met the International Criteria for Behçet's Disease 2014.

Results

Eighty-five patients were included (representing 21,3% of all Behçet's patients). Joint involvement was inaugural in 38 cases (45%). Recurrent joint involvement was seen in 54% of patients. Polyarthralgia was the predominant presentation, observed in 87% of patients. One patient had acromioclavicular osteoarthritis. No cases of joint deformities were observed in our study. The knees were the most commonly affected joints, seen in 34% of patients.

Axial involvement was observed in 22% of patients, 7% had sacroiliac involvement, including one patient with ankylosing spondylitis.

All patients were on colchicine. Therapeutic management included the use of steroids, NSAIDs, and methotrexate.

Conclusion

Joint involvement can often be the first manifestation of BD. Presenting a predilection for the large and middle joints of the lower limb, it can be the cause of significant functional disability. However, it evolves well with treatment and has no destructive complications.

C018- Caractéristiques clinico-biologiques et pronostiques du lupus systémique masculin : Analyse rétrospective de 74 patients marocains

I. Kherroubi, W. Ammouri, N. Mouatassim, H. Khibri, M. Maamar, H. Harmouche, Z. Tazi-Mezalek, M. Adnaoui
Service de Médecine Interne, Service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue. CHU Ibn Sina. Rabat

Introduction :

Le lupus masculin est une entité plus rare de lupus systémique, aux formes cliniques et évolutives peu souvent décrites. Notre étude a pour objectif de préciser les particularités cliniques et biologiques du lupus masculin, ainsi que d'en étudier le pronostique.

Matériel et méthode :

Nous avons mené une étude de cohorte analytique rétrospective au sein du service de Médecine Interne du CHU Ibn Sina de Rabat, portant sur une période de 13 ans.

Cette étude a inclus l'ensemble des patients de sexe masculin de plus de 15 ans, suivis dans le service pour un lupus érythémateux systémique retenu selon les critères ACR/EULAR de 2019.

Résultats :

74 patients masculins ont été recensés, pour un sexe ratio F: H de 4:1.

En régression linéaire, la différence d'âge au diagnostic entre les deux sexes n'est pas significative.

Le phototype foncé quant à lui, est significativement moins présent chez les hommes que chez les femmes (OR = 0,15, 95% IC : 0,05-0,43, $p < .001$).

Les patients masculins ont 2,27 fois plus de risque de présenter une fièvre liée au lupus systémique par rapport aux patientes de sexe féminin (OR = 2,27, 95% IC : 1,32-3,90, $p = 0.003$).

Le vesperilio lupique est significativement plus présent chez les patients masculins (OR=1,83, 95% IC: 1,09-3,08, $p = 0.022$), ainsi que les manifestations articulaires du lupus (OR= 4,81, 95% IC: 1,86-12,41, $p=0,001$). En analyse multivariée, le sexe masculin est un facteur de risque indépendant de survenue de manifestations articulaires au cours de l'évolution de la maladie (OR=6,49, 95% IC :2,47-17,01, $p<.001$). L'alopécie quant à elle est plus rare chez les hommes (OR=0,28, 95% IC: 0,14-0,55, $p<.001$).

Dans notre série, le sexe masculin est un facteur de risque de survenue de néphropathie glomérulaire lupique (OR = 7,17, 95% IC: 2,46-20,88, $p < .001$). De plus, il est associée à une baisse statistiquement significative de la clairance de la créatinine (MDRD) de 30,4 ml/min ($p < .001$). En analyse multivariée, et en ajustant sur l'hypertension artérielle, le diabète, la lymphopénie, et la présence d'anticorps AAN et antiDNA, le sexe masculin est un facteur de risque indépendant de survenue de glomérulonéphrite lupique (OR=5,15, 95%IC: 1,58-16,86, $p=0.007$).

A contrario, il est un facteur protecteur contre la survenue d'atteinte neurologique lupique (OR = 0,42, 95% IC: 0,23-0,76, $p = 0.004$), en particulier d'une atteinte du système nerveux central (OR = 0,26, 95% IC: 0,09-0,75, $p = 0.013$).

Biologiquement, le sexe masculin est significativement associée à une hausse de la CRP de 19,4 mg/l ($p < .001$), ainsi qu'à la présence d'une lymphopénie (OR = 1,74, 95% IC: 1,03 – 2,94, p

= 0.036). Il est associé a un test de coombs direct positif (OR = 2,37, 95% IC: 1,35-4,15, p = 0.003), sans consommation du complément (OR=0,52, 95% IC: 0,30-0,89, p=0.017).

Il est également associé de façon significative à la positivité des anticorps antiDNA (OR= 7,18, 95% IC : 3,62-14,24, p <.001), et à l'absence d'anticorps anti-SSA (OR = 0,30, 95% IC: 0,10-0,86 , p = 0.026) et anti-RNP (OR = 0,32, 95% IC: 0,12-0,85, p =0.021).

Le sexe masculin est un facteur favorisant la rémission (OR=2,06, 95% IC : 1,20-3,53, p=0,008), et augmentant statistiquement la durée de rémission de la maladie de 28,34 mois par rapport aux patientes de sexe féminin (p <.001).

En analyse multivariée, le sexe masculin est un facteur prédictif indépendant de survenue de la rémission de la maladie lupique (OR = 3,46, 95% IC:1,82-6,57, p<.001).

Il est protecteur vis-à-vis de la survenue de rechute de la maladie lupique (OR= 0,24, 95% IC: 1,35-4,15, p=0.003), et réduit significativement le nombre de rechute de la maladie (p = 0.045).

Au cours du suivi, les patients de sexe masculin sont plus exposés à être perdus de vue que les patientes de sexe féminin (OR = 3,5, 95% IC: 1,76-6,96, p<.001).

Enfin, la différence entre les deux sexes en terme de séjour en réanimation et de mortalité liée au lupus systémique n'est pas statistiquement significative.

Conclusion :

Notre étude confirme l'association du sexe masculin avec la sévérité de la néphropathie lupique et l'évolution vers l'insuffisance rénale, le développement de sérites et de troubles immunologiques. Il est un facteur protecteur vis-à-vis de la survenue du lupus neurologique, de l'alopécie et de la survenue de rechutes de la maladie lupique.

Une meilleure connaissance du lupus masculin pourrait amener à une adaptation des modalités de surveillance et de traitement de cette catégorie de patients.

E-posters N° 01 à N° 106

Responsable : H. Khibri

P01- Co-association syndrome de Sjogren et lichen plan : A propos de 3 cas

S. Boustani, O. El Kaddouri, R. Camélia, W. Bouissar
Service de Médecine Interne, CHU Souss Massa. Agadir

Introduction :

Le syndrome de Sjogren (SS) est une maladie auto-immune (AI) chronique associée à une infiltration lymphocytaire des glandes exocrines principalement les glandes salivaires et lacrymales. Le lichen plan (LP) est une maladie inflammatoire chronique qui peut affecter la peau, les ongles, le cuir chevelu et les muqueuses. Les 2 pathologies peuvent s'associer à d'autre maladie AI, cependant l'association lichen plan et SS a été rarement rapportée.

Matériels et méthodes :

Nous rapportons 3 nouvelles observations d'association de lichen plan au syndrome de sjogren primitif.

Observations :

Cas 1 :

Patiente âgée de 71 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, admise pour bilan étiologique d'une alopecie cicatricielle, l'interrogatoire avec la patiente relevait la notion d'une sechresse buccale avec une sechresse oculaire, l'examen ophtalmologique était en faveur d'un déficit lacrymal, le bilan immunologique était négatif, l'examen histopathologique des glandes salivaires accessoires a montré une infiltration lymphocytaire grade IV selon Schilom. Cependant la biopsie de cuir chevelu était en faveur d'un lichen plan. Le diagnostic d'un SS primitif associé à un lichen plan de cuir chevelu était retenu.

Cas 2 :

Patiente âgée de 56 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, admise pour bilan étiologique d'un sd sec oculaire et buccal, dont L'examen ophtalmologique objectivait la sechresse oculaire, la biopsie des glandes salivaires accessoires (BGSA) était en faveur d'une sialadénite grade III selon Schilom. Par ailleurs, l'examen cutané objectivait des lésions sous forme des plaques violacées, prurigineuses, polygonales, à sommet plat, localisées au niveau des 2 avants bras, et le dos, une biopsie cutanée réalisée était en faveur d'un lichen plan.

Cas 3 :

Patiente âgée de 67 ans, suivie depuis 2017 pour un SS primitif révélé par une thrombopénie. Au cours de suivi, la patiente présentait des lésions papuleuses au niveau de l'extrémité inférieure des 2 jambes, prurigineuses, de couleur violacée, une biopsie cutanée réalisée confirmait le diagnostic de lichen plan.

Discussion :

L'association d'un SS et LP est rarement décrite dans la littérature, les problèmes nosologiques de cette association sont encore mal élucidés. Il a été suggéré que la pathogénie de ces 2 pathologies pourrait être liée à une voie commune physiopathologique

Conclusion :

Notre travail souligne la coexistence de ces deux maladies dont les données sont très limitées dans la littérature.

P02- Formes trompeuses de Sarcoïdose : A propos de 2 cas

S. Boustani, O. El Kaddouri, W. Bouissar

Service de Médecine Interne, CHU Souss Massa. Agadir

Introduction :

Les présentations cliniques de la sarcoïdose sont polymorphes mimant ainsi de nombreuses maladies. Le diagnostic certain repose sur la biopsie ou la pièce opératoire de l'organe atteint.

Patients et méthodes

Nous vous rapportons 2 cas de formes trompeuses de sarcoïdose systémique.

Observations :

Cas 1 :

Il s'agit d'une patiente âgée de 23 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, admise pour bilan étiologique d'une altération de l'état général, avec un amaigrissement chiffré à 20 Kg, l'examen clinique trouvait une hépatomégalie, une splénomégalie importante. Le bilan biologique était en faveur d'un syndrome inflammatoire biologique, Un scanner cervico-thoraco-abdomino-pelvien montrait une organomégalie avec polyadénopathie avec des rapports vasculaires étroits. Devant ce tableau un lymphome était suspecté malgré un bilan et une biopsie ostéoméduleuse (BOM) négatifs, une tuberculose et une leishmaniose également étaient recherchées, le bilan physiologique et la sérologie de leishmaniose revinrent négatifs. Le dosage de l'enzyme de conversion (ECA), et la calcémie étaient normaux. Vu l'état général altéré, un traitement d'épreuve était instauré à base de corticothérapie à la dose de 20 mg/jour, après 15 jours, une nette amélioration clinique était observée. Au cours de suivi, l'examen clinique objectivait un ganglion axillaire, une biopsie échoguidée de ce dernier était réalisée, dont l'histologie posait le diagnostic de sarcoïdose.

Cas 2 :

Patiente âgée de 40 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, consultait pour des douleurs abdominales avec une pesanteur de l'hypochondre droit. L'examen clinique objectivait une hépatomégalie avec une splénomégalie. Le bilan biologique montrait une cholestase hépatique. La créatininémie, le bilan d'hémostase, la ferritinémie et l'électrophorèse des protéines sériques étaient normaux. Les sérologies virales étaient négatives. Un scanner abdominal montrait une hépatomégalie nodulaire avec une splénomégalie. Une biopsie hépatique était réalisée, avec l'examen histologique notait un granulome inflammatoire sans nécrose caséuse, en faveur d'une sarcoïdose hépatique et splénique.

Conclusion :

Les atteintes extrathoracique et ganglionnaires de sarcoïdose restent rares, notamment les atteintes digestives. Elles peuvent être le seul mode de présentation de la maladie, constituant un défi diagnostique.

P03- L'insuffisance rénale au cours de la Sarcoïdose : A propos de 2 cas

S. Boustani, O. El Kaddouri, W. Bouissar
Service de Médecine Interne, CHU Souss Massa. Agadir

Introduction :

L'atteinte rénale de la sarcoïdose est rare (< 2 %) et méconnue et concerne surtout les formes Florides. Elle est le plus souvent la conséquence de troubles du métabolisme calcique ou d'une atteinte granulomateuse interstitielle. Elle peut évoluer vers une insuffisance rénale dans environ 3 % des cas. Nous rapportons 2 cas d'insuffisance rénale au cours d'une sarcoïdose systémique.

Patients et méthodes :

Nous avons colligé 2 cas d'insuffisance rénale provenant d'une série de 20 cas de sarcoïdose recensés entre 2019 et 2024 dans le service de médecine interne de CHU SOUSS MASSA.

Résultats :

Les deux cas étaient de sexe féminin, avec un âge médian au diagnostic de 52 ans, l'atteinte rénale était inaugurale dans 1 cas, associée à d'autres atteintes viscérales : une atteinte pulmonaire dans les 2 cas, une osseuse dans 1 cas. Des signes généraux sont présents dans les 2 cas. L'atteinte rénale se manifeste par une hypertension artérielle (1 cas), des œdèmes des membres inférieurs (deux cas), une protéinurie (2 cas), une hématurie (1 cas). La créatinine médiane est à 298 $\mu\text{mol/l}$, la clairance à 27 ml/min, et l'urée à 16 mmol/l; une hypercalcémie est retrouvée chez une patiente, sans lithiase, une anémie dans les 2 cas avec un syndrome inflammatoire. L'ECA est augmenté dans 1 cas. Les 2 patientes étaient traitées par une corticothérapie orale. L'évolution était marquée par une amélioration des chiffres de la créatinémie chez les 2 patientes avec normalisation de la fonction rénale dans 1 cas, aucune patiente n'avait bénéficié de dialyse.

Conclusion :

L'atteinte rénale au cours de la sarcoïdose est probablement sous-estimée. Le traitement repose sur la corticothérapie qui doit être précocement introduite pour empêcher une évolution vers l'insuffisance rénale chronique.

P04- Ulcérations multiples cutanées compliquant une dermatomyosite de l'adulte

S. Boustani, O. El Kaddouri, W. Bouissar
Service de Médecine Interne, CHU Souss Massa. Agadir

Introduction :

Les ulcérations cutanées au cours de la dermatomyosite de l'adulte sont rares, Liées à une calcinose sous cutanée, qui est plus fréquente chez l'enfant, et reste exceptionnelle chez l'adulte. Ces ulcérations peuvent être responsables de d'un handicap majeur.

Patients et méthodes :

Nous rapportons une nouvelle observation de dermatomyosite compliquée de multiples ulcérations cutanées sur calcinose sous cutanée.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 40 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, consultait pour une polyarthralgie inflammatoire bilatérale et symétrique, des myalgies, avec notion de fausse route, évoluant dans un contexte d'altération de l'état général avec un amaigrissement de 10 Kg. L'examen clinique trouvait des signes cutanés typique de la DM. Le bilan biologique montrait un syndrome inflammatoire biologique, des CPK normales. Le bilan immunologique était positif avec des anticorps MDA5 fortement positifs. Le diagnostic de DM était retenu, la patiente était mise sous corticothérapie à raison de 1 mg/kg/jour, et hydroxychloroquine à la posologie de 400 mg/j associée à une protection solaire avec une nette amélioration clinique. Après 4 mois de traitement, la patiente présentait des ulcérations cutanées multiples. L'examen dermatologique mettait en évidence des plaques indurées, profondes dont la majorité était ulcérée. Les lésions siégeaient sur l'extrémité inférieure des doigts et au niveau des coudes. La radiographie standard montrait des calcifications diffuses. Le diagnostic de calcinose sous cutanée compliquant une dermatomyosite était retenu. La corticothérapie per os a été poursuivie associée à la colchicine et des soins locaux. L'évolution après un mois de traitement est marquée par la persistance des ulcérations cutanées et des plaques calcifiées entraînant une gêne fonctionnelle importante.

Discussion :

Notre observation est particulière car elle présente deux faits cliniques exceptionnels au cours de la dermatomyosite de l'adulte : la calcinose cutanée et les ulcérations cutanées. Les ulcérations cutanées ont été surtout rapportées au cours de la dermatomyosite de l'enfant. Elles sont le plus souvent associées à une calcinose. Elles seraient dues à une vasculite.

Conclusion :

Les ulcérations cutanées sur calcinose au cours des dermatomyosites de l'adulte sont rares et représentent des défis thérapeutiques majeurs.

P05- Pyoderma gangrenosum, une manifestation exceptionnelle de la vascularite

à IgA : A propos d'un cas

A. Yacoubi, W. Bouissar

Service de Médecine Interne, CHU Souss Massa. Agadir

La vascularite à IgA est une vascularite touchant les vaisseaux de petit calibre, affectant le plus souvent les enfants, se manifestant classiquement par un purpura vasculaire des membres inférieurs. Il peut être associé à une atteinte articulaire, abdominale et/ou rénale. Le pyoderma gangrenosum au cours de la vascularite à IgA de l'adulte est une manifestation rare, rapporté une seule fois dans la littérature.

Observation :

Notre cas est celui d'une femme de 42 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, admise pour un purpura vasculaire généralisé (intéressant les membres, le tronc et le visage), à la différence de la description habituelle du purpura vasculaire qui est déclive. La biopsie cutanée a révélé une vascularite leucocytoclasique au microscope optique et des dépôts péri-vasculaires d'IgA à l'immunofluorescence directe confirmant le diagnostic de vascularite à IgA. Au total, la patiente présentait une vascularite à IgA avec atteinte cutanée, articulaire, abdominale et rénale, et a été mise sous corticothérapie pleine dose pour son atteinte rénale et abdominale. 2 mois après sa sortie, en début de décroissance de la corticothérapie, elle s'est représentée avec 2 ulcères au niveau du 1/3 inférieur de la jambe gauche. Un pyoderma gangrenosum a été évoqué devant l'aspect clinique typique et confirmé à l'histologie.

Conclusion :

L'association entre le purpura rhumatoïde et le pyoderma gangrenosum est exceptionnelle et peu documentée. Les cliniciens doivent être conscients de cette possibilité.

P06- Profil épidémiologique et évolutif des infections urinaires chez les transplantés rénaux

C. Soldi, S. Karmi, N. Hssein, G. Medkouri, N. Mtioui, S. Khayat, M. Zamd, M. Benghanem
Service de Néphrologie, CHU Ibn Rochd. Casablanca

La transplantation rénale occupe une place particulière parmi les différentes modalités de traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale car elle est non seulement la plus efficace sur le plan médical, mais aussi la moins coûteuse, donc la plus efficiente. Les infections urinaires chez les greffés représentent un problème de santé particulièrement important en raison de leur fréquence et de leur morbidité à cause du traitement immunosuppresseur.

Le but de notre étude est de décrire les caractéristiques de ces infections au sein de notre population de transplantés rénaux (TR).

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les transplantés rénaux du chu ibn rochd de casablanca depuis janvier 2021 jusqu'en juin 2024. Une infection urinaire a été retrouvée chez 60 patients. Nous avons évalué les caractéristiques démographiques, le type d'infection urinaire, le germe responsable ainsi que le retentissement sur la fonction du greffon rénal.

Résultats

60 patients ont été transplantés durant cette période dont 33 ont eu au moins un épisode d'IU soit une prévalence de 57 %. Il s'agissait d'une transplantation à partir d'un donneur vivant dans 84,8 % des cas et dans 10 % en état de mort encéphalique. Nous avons colligé 45 infections urinaires chez les transplantés rénaux de sexe féminin soit une prédominance de 70%.l'âge médian des transplantés rénaux était de 44,5 ans.

Le nombre total d'infection urinaire s'élevait à 83, soit 2 épisodes par malade. Le délai moyen d'apparition de l'infection urinaire en post transplantation rénale était de 3 mois. Les BA étaient les plus fréquentes (78,3 %) suivies des PNA (37,6 %) ; un seul cas de prostatite à été rapporté. Les micro-organismes les plus souvent retrouvés sont l'E. COLI (48 %) et le KP (38,5 %). On rapporte 10,8 % de BLSE et 4% multi résistants. 90% des patients ont aggravé leur fonction rénale avec un retour au nadir de créatinine après 10 jours de traitement avec une stérilisation de l'ecbu.

Pour le traitement, nous avons eu recours aux fluoroquinolones dans 70%, aux carbapénèmes dans 27,5 % des cas et une seule fois à la colistine.

Conclusion :

Les infections urinaires sont les plus fréquentes chez les transplantés rénaux, une prise en charge précoce reste primordiale afin de préserver le greffon rénal.

P07- L'atteinte rénale au cours de la Sarcoïdose

H. Tchich, K. Harmak, I. Al Firdaous, G. Medkouri, N. Mtioui, S. Khayat, M. Zamd, M. Benghanem

Service de Néphrologie, Dialyse et Transplantation. CHU Ibn Rochd. Casablanca

Introduction :

La sarcoïdose est une granulomateuse systémique d'origine inconnue. Elle se manifeste le plus souvent par une atteinte médiastino-pulmonaire mais elle peut atteindre d'autres organes comme le cœur, la peau, les yeux, le rein et le système nerveux.

L'atteinte rénale est rare, mais elle est redoutable car elle peut évoluer vers une insuffisance rénale chronique

Objectifs :

Décrire les caractéristiques épidémiologiques, clinico-biologiques, histologiques et thérapeutiques des patients ayant une sarcoïdose rénale.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et monocentrique, menée au service de Néphrologie du CHU Ibn Rochd, sur une période de 2 ans s'étalant de janvier 2021 à décembre 2023.

Nous avons inclus dans cette étude, les patients ayant une sarcoïdose connue avec atteinte rénale à type d'insuffisance rénale définie par un débit de filtration glomérulaire $< 60\text{ml/min/1.73m}^2$ et/ou un sédiment urinaire actif et/ou une protéinurie positive, et les patients ayant une biopsie rénale révélatrice de la sarcoïdose lors d'un bilan de maladie rénale.

Résultats :

Sur une période de 2 ans, 5 patients présentant une atteinte rénale associée à la sarcoïdose. L'âge moyen est de 38 ± 12.7 ans avec des extrêmes allant de 21 à 61 ans, et un Sex-ratio de 0,4.

L'atteinte est représentée essentiellement par une insuffisance rénale retrouvée chez 77% des patients ; en stade III, IV et V dans respectivement 34.4%, 21.8% et 20.8% des cas. La protéinurie était positive dans 81.5% des cas, [0.65-2.69g], une hématurie microscopique est observée dans 41% des cas et 59% des patients avaient une leucocyturie, sans infection urinaire associée.

La biopsie rénale a été réalisé chez 88% des patients, objectivant en premier, une néphropathie tubulo-interstitielle chronique

Conclusion :

L'atteinte rénale peut être révélatrice de la sarcoïdose, elle peut conditionner le pronostic et aboutir à une IRC. Sa recherche permet un diagnostic et un traitement précoce.

P08- Lymphohistiocytose hémophagocytaire révélant un lymphome non hodgkinien à grande cellules B au cours d'une infection rétrovirale

L. Barakat, C. Sollah, M. Moudatir, K. Echchilali, H. El Kabli
Service de Médecine Interne, CHU Ibn Rochd. Casablanca

Introduction

La lymphohistiocytose hémophagocytaire (hemophagocytic lympho-histiocytosis ou HLH) est une maladie rare et potentiellement mortelle caractérisée par une activation dérégulée des cellules immunitaires, entraînant une inflammation systémique et des lésions à médiation immunitaire. Elle peut être primaire ou secondaire ; également appelée syndrome hémophagocytaire réactionnel (SHR) ; associée à des pathologies telles que les cancers, les maladies auto-immunes et les infections, notamment le VIH. Les patients atteints de VIH sont particulièrement exposés aux lymphomes non hodgkiniens (LNH), qui représentent les cancers les plus courants dans cette population. Nous rapportons le cas d'une HLH révélant un lymphome non hodgkinien à grande cellules B chez un patient présentant une infection rétrovirale.

Observation

Patient âgé de 53ans, ayant comme antécédent le décès de son épouse suite à une profonde altération inexplicquée de l'état général 4 mois avant son admission. Admis pour bilan étiologique d'un syndrome tumoral fébrile avec altération de l'état général. Sur le plan clinique, l'état général était altéré (stade 4 de l'OMS), fébrile à 39,8 C°, avec une hépato-splénomégalie, des adénopathies cervicales et inguinales fermes et centimétrique associés à des éruptions érythémato-squameuses diffuses au niveau du visage, du tronc et des membres supérieurs. Sur le plan biologique, la numération de la formule sanguine (NFS) a retrouvé une anémie normochrome normocytaire arégénérative à 10.8g/dl, une hyperleucocytose à 13 890 avec des PNN à 7500, des lymphocytes à 1670, des blastes à 32% et une thrombopénie à 16 000. Présence d'un syndrome inflammatoire avec une CRP élevée à 185mg/l, une hypoalbuminémie à 30g /l, une ferritinémie supérieure à 1676 ng /l. La procalcitonine était élevée à 14 ng/l. Le taux de fibrinogène était bas à 1 g/l. Présence d'un syndrome de lyse tumoral avec une hyperkaliémie à 8mmol/, une hyperuricémie supérieure à 331mg /l avec des LDH>4500. Les fonctions hépatique et rénale étaient perturbées avec une cytolyse hépatique avec des ASAT>4N et des ALAT>3N associés à une atteinte de la fonction rénale : urée élevée à 2.68g/l, créatinine à 93,3 mg /l avec un DFG à 4ml/mn. Le bilan lipidique était perturbé avec une hypertriglycéridémie à 3,65g/. Une sérologie VIH a été demandée en urgence revenue positive à 1667, la charge virale d'ARN dans le plasma était de 785,798 cp/ml. Les études sérologiques ont révélé un taux d'IgG positif avec IgM négatif pour le CMV, IgG et IgM négatifs pour l'Herpes simplex 1 et 2, et l'EBV. Les sérologies des hépatites B et C étaient négatives. La sérologie syphilitique était positive avec un TPHA à 29 et un VDRL négatif. La sérologie toxoplasmose ainsi que le quantiferon étaient négatifs. Deux hémocultures faites revenues stériles. L'examen direct sur squames cutanées après raclage au vaccinostyle retrouve la présence de filaments mycéliens. Sur le plan radiologique, une échographie abdominale a été réalisée objectivant une hépatosplénomégalie avec une cholécystite alithiasique. Un immunophénotypage lymphocytaire a été demandé retrouvant un profil immunophénotypique en faveur d'un excès de lymphocyte B avec présence de lymphoblastes de grande taille à noyau irrégulier à chromatine mixte, cytoplasme très basophile avec granulations, faisant évoquer un LNH à grandes cellules. Devant les troubles hydro-électrolytiques, le syndrome infectieux avec les stigmates du SHR, le malade avait bénéficié d'une séance d'hémodialyse avec démarrage d'antibiothérapie probabiliste adaptée à la fonction rénale, malheureusement le patient est décédé deux jours après.

Discussion

Le diagnostic du SHR est difficile et peut être facilité par le HScore. La mise en évidence d'hémophagocytose médullaire n'est ni nécessaire ni suffisante pour poser le diagnostic mais peut le conforter. La HLH était la présentation initiale de l'infection par le VIH chez neuf patients atteints d'un SHR associé au VIH rapporté dans la littérature. Notre patient avait deux principales étiologies pouvant être responsable du SHR, une hémopathie et une infection au VIH. La question de savoir si le syndrome hémophagocytaire dans ce cas est attribuable au VIH lui-même, au LNH, ou à une autre cause est un sujet de débat intéressant.

Conclusion :

Le diagnostic de la HLH repose sur une combinaison de signes cliniques, biologiques et cytologiques. Plusieurs pathologies potentiellement responsables d'un SHR peuvent être associées, rendant le diagnostic étiologique difficile.

P09- Un psoriasis pustuleux palmoplantaire induit par le Golimumab

A. El Kabli, C. Kaddouri, L. Barakat, M. Moudatir, K. Echchilali, H. El Kabli
Service de Médecine Interne, CHU Ibn Rochd. Casablanca

INTRODUCTION

Le Golimumab est un anticorps monoclonal complètement humanisé dirigé contre le TNF alpha. Il est indiqué dans le traitement de la spondylarthrite ankylosante active sévère chez les adultes qui n'ont pas répondu de manière adéquate à un traitement conventionnel. Nous rapportons le cas d'un psoriasis pustuleux palmoplantaire induit par le Golimumab.

OBSERVATION

Il s'agit d'un patient âgé de 39 ans, tabagique chronique ayant une SPA axiale avec une sacro-iléite bilatérale stade 4 et à HLA B27 positif, active (BASDAI à 4.6) avec un retentissement fonctionnel important (BASFI 5.6) sans atteinte extra articulaire, fut mis sous anti-TNF alpha « GOLIMUMAB » 50 mg 1 injection par mois depuis octobre 2022 devant la résistance aux différents AINS, ayant développé 10 mois plus tard des lésions cutanées induite par l'anti-TNF faite d'un psoriasis pustuleux palmoplantaires (figure 1) et cutanée siégeant sur la face antérieure des 2 jambes et des 2 cuisses. Devant cet effet secondaire le Golimumab fut arrêté, le patient a été mis sous anti-IL 17 et il a bénéficié d'un traitement local par dermocorticoïdes. L'évolution était favorable avec nette amélioration surtout des lésions palmoplantaires (figure 2).



Figure 1 : Lésions de psoriasis pustuleux palmoplantaires induits par le Golimumab.



Figure 2 : blanchiment des lésions de psoriasis pustuleux apres arret du Golimumab.

DISCUSSION/CONCLUSION

Les agents anti-TNF α ont considérablement modifié la prise en charge des patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques. Ils sont de plus en plus utilisés du fait de leur remarquable efficacité. Leurs effets secondaires sont étroitement surveillés et désormais bien connus des cliniciens, notamment le risque infectieux. Parallèlement à ces effets secondaires classiques ont été notés certains évènements plus rares qui correspondent à des effets paradoxaux définis par l'apparition d'une pathologie, elle-même habituellement traitée par l'anti-TNF comme le psoriasis. Les mécanismes pathogéniques responsables semblent impliquer les cellules dendritiques plasmacytoïdes et une sécrétion inappropriée d'interféron alpha par ces cellules sous l'influence des anti-TNF α . Si la gravité de l'atteinte le nécessite, l'arrêt du traitement permet le plus souvent une évolution favorable.

P10- Association Lupus et syndrome de Lyell

C. Kaddouri, I. Lassouli, M. Moudatir, K. Echchilali, L. Barakat,
H. El Kabli

Service de Médecine Interne, CHU Ibn Rochd. Casablanca

INTRODUCTION :

Le syndrome de Lyell ou nécrolyse épidermique toxique est une forme extrêmement grave d'allergie médicamenteuse. Les patients lupiques sont plus susceptibles de développer des toxidermies bulleuses sévères que la population générale. Néanmoins il existe une problématique de diagnostic différentiel entre une authentique toxidermie sévère et menaçante s'inscrivant dans le spectre syndrome de Stevens–Johnson/syndrome de Lyell et une entité rare d'expression suraigüe de la maladie lupique ou « lupus-Lyell ». Nous rapportons le cas d'une association syndrome de Lyell et lupus.

OBSERVATION :

Il s'agit d'une patiente âgée de 22 ans sans antécédents pathologiques particuliers, admise au service de médecine interne, pour un lupus érythémateux systémique récent révélé par une atteinte cutanée sévère et étendue d'installation aigue ; faite de lésions de lupus discoïde au niveau des pavillons des oreilles et du visage, des ulcérations cutanée étendue sur le cou, le thorax, la cavité buccale et sur le dos qui étaient toutes impétiginisées, avec en plus sur les paumes des deux mains des lésions cutanées vasculaires. Un lupus érythémateux systémique était retenu devant les AAN positifs à 320, les Anti DNA et Anti Sm positifs avec une protéinurie positive à 2g/24h et une atteinte hématologique faite d'une AHAI et d'une lymphopénie. Devant la surinfection des lésions cutanées une antibiothérapie fut prescrite à type d'amoxicilline acide clavulanique dès l'admission et une corticothérapie a été prescrite en IV le 2^{ème} jour, l'évolution a été marquée par l'aggravation des lésions cutanée par l'apparition de nappes d'érythème confluent avec des décollements bulleux diffus déterminant un aspect en linge mouillé, un Nikolsky positif évoquant un syndrome de Lyell. L'enquête de pharmacovigilance avait incriminé l'antibiotique dans la survenue de cette nécrolyse épidermique toxique qui a été remplacé par la ciprofloxacine associée à des soins locaux tout en maintenant la corticothérapie. L'évolution était très défavorable ayant nécessité un transfert en réanimation devant la survenue d'un état de mal convulsif avec sur le plan biologique une dyskaliémie et cytolysé hépatique et un syndrome de détresse respiratoire. Le tableau s'est compliqué par le décès de la patiente 2 jours après son transfert en réanimation.

CONCLUSION :

La survenue de décollements bullo-nécrotiques généralisés sur un terrain de LES pose un dilemme diagnostique. La positivité de l'enquête de pharmacovigilance, le début aigu et sévère des lésions aussi bien cutanées que muqueuses, sans amélioration sous corticoïdes sont des arguments qui plaideraient plus en faveur du diagnostic de Lyell médicamenteux plus que d'un lupus-Lyell.

P11- Sarcoïdose mammaire : Une bonne nouvelle, ne pensez-vous pas ? A propos de 3 cas

Y. Lakrafi, M. Moudatir, C. Sollah, L. Barakat, M. Benzakour, K. Echchilali, H. El Kabli
Service de Médecine Interne, CHU Ibn Rochd. Casablanca

Introduction :

La sarcoïdose est une affection systémique de type granulomateuse, d'étiologie indéterminée et de physiopathologie partiellement élucidée. Elle touche avec prédilection l'appareil respiratoire et les voies lymphatiques mais peut avoir d'autres localisations telles que le tube digestif, la peau, le système nerveux, l'œil et plus rarement le sein. La sarcoïdose mammaire est une forme très rare représentant moins de 1% des localisations connues et dont le principal diagnostic différentiel dans notre contexte est le cancer du sein. Nous rapportons 3 cas de sarcoïdose mammaire.

1^{ère} Observation :

Il s'agit d'une patiente de 31 ans sans antécédents pathologiques particuliers, nulligeste nullipare, sans habitudes toxiques, qui a présenté 15 jours avant sa consultation une mastodynie du sein gauche compliqué 8 jours après d'une tuméfaction de celui-ci, d'une rougeur et d'écoulement mamelonnaire transparent évoluant dans un contexte de fièvre chiffré à 38.5°C et d'asthénie sans amaigrissement ayant motivé la patiente à consulter une gynécologue en ville, la patiente avait alors bénéficié d'une mammographie ayant retrouvé 2 masses mammaires au niveau des quadrants inféro interne et inféro externe classées BIRADS 5, d'une échographie mammaire 2 masses au niveau des quadrants inférieures du sein gauche hypoéchogènes hétérogènes l'externe mesurant 2.5cm de grand axe et l'interne mesurant 4cm de grand axe, une biopsie a été réalisée ayant objectivé une granulomateuse inflammatoire avec nécrose fibrinoïde sans signes de malignité puis nous a été adressée pour complément de prise en charge, à l'examen clinique un érythème noueux a été retrouvé au niveau des jambes, au bilan biologique la NFS était sans particularité, la CRP était légèrement augmenté à 24mg/l avec une PCT négative, l'ECA était augmenté à 98UI, la calcémie corrigée était légèrement augmentée à 107mg/l sans signes électriques ni signes de gravité, la phosphorémie et le bilan phosphocalcique urinaire étaient normaux, le quantiféron était négatif, et la TDM CTAP était sans particularités. L'examen ophtalmologique était sans particularités. Après avoir éliminé les autres étiologies de granulomatoses le diagnostic de sarcoïdose mammaire a été retenu et la patiente a été mise sous corticothérapie à 1mg/kg/j avec supplémentation potassique et dégression lente sur une année avec une bonne évolution clinico-biologique.

2^{ème} Observation :

Il s'agit d'une patiente de 37 ans ayant comme antécédents une sarcoïdose ganglionnaire et pulmonaire (stade II) traité par corticothérapie avec une rémission depuis 5 ans, qui s'est présenté en consultation pour une tuméfaction mammaire bilatérale isolée sans autres signes cliniques, l'examen clinique a retrouvé un nodule mammaire du quadrant supéro-externe droit et du quadrant inféro-externe gauche fermes mobiles et légèrement douloureux à la palpation, le reste de l'examen était sans particularité. La patiente a bénéficié d'un bilan fait de dosage d'ECA qui était légèrement augmenté à 78UI, le bilan phosphocalcique sanguin et urinaire était normal, l'hémogramme était sans anomalies, le quantiféron était négatif, l'échographie mammaire avait retrouvé 1masse droite hypoéchogène hétérogène suspecte de 4cm de grand axe et 1 masse gauche hypoéchogène d'aspect homogène de 1.5cm de grand, la mammographie a classé la masse droite BIRADS 4 et la gauche BIRADS 3, l'IRM mammaire a objectivé une masse en iso-signal T2 prenant le contraste au niveau du quadrant supéro-externe droit, la biopsie mammaire est revenue en faveur d'une mastite granulomateuse sans nécrose et sans signes de malignité, la TDM CTAP était sans anomalies et le quantiféron était négatif, le diagnostic de rechute de sarcoïdose avec localisation mammaire a été retenue et la patiente a

été mise sous corticothérapie à forte dose 1mg/kg/j avec supplémentation potassique avec une régression de la symptomatologie et disparition des masses à l'échographie de contrôle.

3^{ème} Observation :

Il s'agit d'une patiente de 22 ans, sans antécédents pathologiques particuliers dont l'histoire de la maladie remonte à 6 semaines avant sa consultation par l'installation progressive d'une toux sèche, l'évolution a été marquée par l'apparition 3 semaines après d'un érythème noueux le tout évoluant dans un contexte de fébricule 37.8°C, d'asthénie et d'amaigrissement chiffré à 2 kg en 6 semaines ayant motivée la patiente à consulter, l'examen clinique à l'admission avait retrouvé une patiente consciente avec un GCS à 15/15^{ème} bien orienté dans le temps et dans l'espace, normocarde et normotendue, eupnéique et apyrétique à 36.8°C, des lésions d'érythème noueux d'âges variés avec à l'examen des seins une masse de 5 cm au niveau du quadrant supéro-externe gauche débordant sur le quadrant inféro-externe ferme, mobile par rapport aux 2 plans et indolore, l'examen des aires ganglionnaires avait retrouvé des adénopathies axillaires gauches et une adénopathie épitrochléenne gauche, le reste de l'examen clinique était sans particularité. Le bilan biologique avait retrouvé à la NFS une petite lymphopénie à 980/mm³, la CRP était légèrement augmenté à 18mg/l, la sérologie HIV était négative, le quantiféron était en faveur d'une immunisation avec un TB1 et TB2 positifs et Mitogène négatif, le dosage de l'enzyme de conversion était augmenté à 134UI, le bilan phosphocalcique sanguin et urinaire était sans anomalies, la radiographie du thorax a retrouvé un élargissement médiastinal avec un syndrome réticulo-nodulaire au niveau des 2 champs pulmonaires prédominant en basale, la TDM thoracique avait retrouvé un aspect en verre dépolie au niveau des 2 champs pulmonaires avec nodules et micronodules, ainsi que 2 adénopathies hilaires dont la plus volumineuse était de 1.5 cm de grand axe et plusieurs adénopathies axillaires gauche d'allure réactionnelle dont la plus volumineuse est de 8mm de diamètre, la mammographie avait retrouvé une volumineuse masse gauche de contours réguliers denses et hétérogènes sans microcalcifications en son sein, avec à l'échographie mammaire une volumineuse masse gauche centrée sur le QSE hyperéchogène hétérogène mesurant 45.5x27.5mm classée BIRADS 4, l'IRM mammaire avait retrouvé une masse des quadrants supérieurs du sein gauche mesurant 38x5mm suspecte, la patiente avait également bénéficié d'une bronchoscopie n'ayant objectivé aucune lésion suspecte avec au lavage bronchoalvéolaire la recherche de Génome de Mycobactérium Tuberculosis négative, et un rapport lymphocytaire CD4/CD8 à 2.5, une échographie du coude gauche a retrouvé une adénopathie épitrochléenne de 3cm de grand axe dont l'adénectomie avec étude anatomopathologique a retrouvé un granulome épithéliogigantocellulaire avec nécrose fibrineuse, la biopsie mammaire était en faveur d'une granulomatose mammaire sans nécrose et sans signe de malignité. L'examen ophtalmologique était sans anomalies. Le diagnostic de Sarcoïdose pulmonaire, ganglionnaire et mammaire a été retenu et la patiente fut mise sous corticothérapie forte dose 1mg/kg/j avec supplémentation potassique avec une bonne évolution clinico radiologique.

Conclusion :

La sarcoïdose est une granulomatose d'étiologie encore inconnue avec une physiopathologie mieux comprise avec le progrès de l'immunologie, pouvant être localisée ou systémique dont l'atteinte la plus fréquente est celle de l'appareil respiratoire, mais peut également toucher les ganglions, la peau, les yeux, le système nerveux et plus exceptionnellement le sein. Dans un pays comme le notre où le cancer le plus fréquent est le cancer du sein, une tuberculose mammaire n'est pas une si mauvaise nouvelle.

P12- Etiologie rare d'aphtose buccale récidivante : Maladie de Von Gierke

I. Lassouli, D. Younes, K. Echchilali, M. Benzakour, L. Barakat, M. Moudatir, H. El Kabli
Service de Médecine Interne, CHU Ibn Rochd. Casablanca

INTRODUCTION :

Les glycoséoses sont des maladies héréditaires rares du métabolisme du glycogène. Différents types ont été décrits et identifiés selon le déficit enzymatique en cause.

Il existe 2 sous-types de glycoséose de type I (Maladie de Von Gierke): le type Ia lié à un déficit en glucose-6-phosphatase et le type Ib lié à un déficit en transporteur du glucose-6-phosphate (G6P translocase). Elle touche la dernière étape de la glycolyse et de la néoglucogénèse.

C'est la plus fréquente de toutes les glycoséoses (25% des cas, 1/100000 naissances).

Le diagnostic de la maladie de Von Gierke I est suspecté devant l'association de signes cliniques, échographiques et d'anomalies biologiques, et l'ensemble des examens nécessaires au diagnostic est facilement réalisable en routine. La confirmation biologique du diagnostic repose sur l'analyse moléculaire des gènes codant la glucose-6-phosphatase (type Ia – gène G6PC) et la glucose-6-phosphate translocase (type Ib - gène SLC37A4). La biopsie hépatique à visée diagnostique n'est plus pratiquée depuis de nombreuses années.

Nous rapportons le cas d'une patiente qui s'est présentée en consultation devant une aphtose buccale récidivante révélant la maladie de Von Gierke.

OBSERVATION :

Il s'agit d'une patiente âgée de 25 ans, issue d'un mariage consanguin 2^{ème} degré, ayant comme ATCD une lithiase rénale il y a 3 ans et 2 sœurs suivies pour hépatopathie d'étiologie indéterminée dont une est décédée à l'âge de 7 ans et qui consultait pour une aphtose buccale subintraite avec des lésions maculopapuleuses évoluant depuis l'âge de l'enfance associés à des douleurs abdominales paroxystiques siégeant surtout au niveau de l'hypochondre droit avec notion d'infections ORL et pulmonaires à répétition.

L'examen clinique retrouvait un retard staturopondéral de -4DS, une hépatomégalie molle à 8 travers de doigts et des lésions maculo-vésiculeuses au niveau des mains et des pieds et à l'examen ORL une gingivite et des cicatrices d'aphtose buccale au niveau de la lèvre inférieure.

Au bilan biologique, elle avait une neutropénie à 260 éléments/mm recontrôlée à 430, une hypoglycémie à 0,4g/l, une hyperuricémie à 78mg/l, une hypertriglycéridémie à 7,9 g/l, une hypercholestérolémie à 3,14g/l, la microalbuminurie sur les urines de 24 heures était élevée à 500mg par ailleurs l'exploration radiologique a objectivé une hépatomégalie modérée associée à 3 adénomes au niveau du segment III, V et VIII, et une lithiase rénale du côté droit sans néphromégalie et à l'ostéodensitométrie une ostéoporose avec un T-Score à -4. Sinon le reste du bilan hépatique, rénale, hydroélectrolytique étaient strictement normal ainsi que l'alphafoetoprotéine, le temps de saignement et la calprotectine fécale.

Le diagnostic de la maladie de Von Gierke a été retenu même si l'étude génétique n'a pas été faite par faute de moyens.

CONCLUSION :

Les glycoséoses de type I sont transmises sur le mode autosomique récessif. Un conseil génétique doit être systématiquement proposé aux parents d'un enfant atteint. En général, les parents sont chacun porteurs hétérozygote d'une des mutations retrouvées chez leur enfant. Le risque de récurrence est de 25 % à chaque grossesse. C'est une étiologie rare d'aphtose buccale subintraite.

P13- La Sarcoïdose, un diagnostic qui peut être retenu à tort !

H. Omali, D. Younes, M. Moudatir, L. Barakat, K. Echchilali, H. El Kabli
Service de Médecine Interne, CHU Ibn Rochd. Casablanca

Introduction :

La sarcoïdose est une granulomatose multi systémique, d'étiologie inconnue.

Le lymphome de Hodgkin est une hémopathie maligne caractérisée par la présence de cellules de Reed-Sternberg, dont l'origine lymphoïde est démontrée, mais dont la cause reste inconnue.

La sarcoïdose et le lymphome de Hodgkin partagent une présentation clinique et parfois histologique similaire. Nous rapportons le cas clinique d'un patient admis au service de médecine interne et chez qui le diagnostic d'un lymphome de Hodgkin a été retenu.

La particularité de notre travail est présentée par la difficulté du diagnostic de lymphome qui a mimé le tableau d'une sarcoïdose.

Cas clinique :

Il s'agit d'un patient âgé de 34 ans, suivi depuis 2 ans au service de gastro entérologie pour bilan étiologique d'une hépatomégalie granulomateuse. Le diagnostic d'une sarcoïdose a été retenu à tort devant une ponction biopsie hépatique objectivant un granulome sans nécrose caséuse, puis le malade fut référé au service de médecine interne pour complément de prise en charge. L'examen clinique objectivait une ascite de grande abondance, une hépato splénomégalie, la présence d'une adénopathie cervicale droite non douloureuse, mobile, mesurant 2 cm ainsi que des adénopathies inguinales bilatérales centimétriques et un syndrome d'hypertension portale, le tout évoluant dans un contexte d'altération de l'état général fait d'asthénie et d'amaigrissement non chiffré. Sur le plan radiologique, un scanner abdomino-pelvien a été fait, objectivant une hépatosplénomégalie homogène avec un aspect grêle de la veine sus-hépatique, une dilatation de la veine porte avec une splénomégalie, la présence d'une ascite de grande abondance, des adénopathies lombo-aortiques ovalaires bien limitées. Au bilan biologique, la numération formule sanguine montrait une bi-cytopénie faite d'une anémie normochrome normocytaire à 8.8 g/dl et d'une thrombopénie à 135000 el/mm³. Par ailleurs le bilan d'hémolyse est revenu normal (LDH :210 U /L, kaliémie à 4.5 el/mm³, acide urique à 32 mg/l). Une biopsie ostéo médullaire était réalisée revenue normale, une électrophorèse des protéines a montré une hypo-gammaglobulinémie à 4 g/l. Nous avons complété par un dosage pondéral des immunoglobulines montrant une diminution des IgM à 0.24 g/l. Un examen ORL avec une nasofibroscopie était réalisé qui a objectivé un bombement de la paroi latérale du cavum. La biopsie du cavum a été indiquée, mais l'histologie était non concluante. Une adénoïdectomie cervicale droite a objectivé une prolifération lymphomateuse nodulaire à fond granuleux, l'immunohistochimie a objectivé un lymphome de Hodgkin. Le diagnostic d'un déficit immunitaire secondaire à un lymphome de Hodgkin a été retenu devant : le syndrome tumoral, la présence d'une prolifération lymphomateuse nodulaire à la pièce de l'adénoïdectomie, la présence à l'immunohistochimie un lymphome Hodgkinien classique, et la présence d'une hypogammaglobuline à 4g/l.

Discussion /Conclusion :

Le diagnostic de sarcoïdose reste un diagnostic d'exclusion d'où la nécessité d'éliminer un lymphome devant toute granulomatose. La multiplication des sites de biopsie est toujours nécessaire pour retenir le diagnostic d'un lymphome même devant la présence de plusieurs biopsies non concluantes.

P14- Défis infectieux dans le syndrome de Wiskott-Aldrich : A propos de deux cas

C. Sollah, M. Moudatir, M. Benzakour, K. Echchilali, L. Barakay, H. El Kabli

Service de Médecine Interne, CHU Ibn Rochd. Casablanca

Introduction :

Le syndrome de Wiskott-Aldrich (WAS) est un déficit immunitaire primitif rare, caractérisé par une microthrombocytopenie, un eczéma, des infections et un risque accru de manifestations auto-immunes et/ou oncohématologiques. C'est une pathologie monogénique récessive liée à l'X dû à des mutations hémizygotiques du gène WAS (Xp11.4-p11.21) codant pour la protéine du syndrome de Wiskott-Aldrich (WASp). L'expression nulle ou réduite de cette protéine reste le test génétique qui confirme le diagnostic. Le pronostic dépend du traitement curatif qui repose sur la greffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH).

Nous rapportons les observations de deux patients admis au service de médecine interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca pour un Wiskott Aldrich syndrome :

Observation1 :

Patient âgé de 38ans ayant un antécédent de tuberculose ostéo-articulaire à l'âge de 15ans, et suivi depuis l'enfance pour un déficit immunitaire type wiskott aldrich syndrome retenu devant: La notion de consanguinité, le sexe masculin, l'atteinte cutanée faite d'un eczéma cutané sec, les infections respiratoires à répétition compliquées d'une DDB, la thrombopénie, l'hyper IgA avec des igG normales, et la mise en évidence de la mutation du gène du WASP à l'étude génétique, sur le plan thérapeutique, le malade a été mis sous antibioprofylaxie au long cours. L'évolution a été marquée par le décès à l'âge de 38ans par un tableau de méningoencéphalite très probablement d'origine tuberculeuse révélée par une dégradation neurologique brutale et compliquée d'une hydrocéphalie tétraventriculaire associée à des adénopathies cervicales avec une inflammation granulomateuse et foyer de nécrose sans caséum à l'adénectomie malgré deux mois de traitement par antibacillaires, s'agit-il d'une résistance au traitement ?

Observation2 :

Patient âgé de 44ans ayant un antécédent de consanguinité de 1^{er} degré, des infections ORL à répétitions depuis l'enfance, suivi en dermatologie pour un eczéma, et en hématologie pour une thrombopénie depuis 1 an avec au myélogramme une moelle très riche avec des micromégacaryocytes, suivi pour un syndrome de sjögren depuis 4mois retenu selon les critères ACR/EULAR 2016 sous CTC 5mg et Imurel 150mg (pour la thrombopénie, arrêté devant l'épisode infectieux). Ce tableau clinique fait évoquer fortement un syndrome de Wiskott Aldrich quoique la mutation génétique de WASP n'a pas été faite à cause du décès du malade par une méningite compliquée d'une hydrocéphalie ayant engagé le pronostic vital malgré les antibacillaires et la dérivation ventriculo-péritonéale.

Discussion/conclusion :

En raison d'une déficience profonde de la fonction lymphocytaire T et B, les infections sont courantes chez les patients atteints du WAS. La particularité de ces observations c'est que les deux malades ont présenté un tableau de méningite sévère évoluant rapidement vers le décès malgré que cette complication est moins fréquente au cours du WAS, d'où l'intérêt de la substitution par les immunoglobulines et les antibiotiques oraux quotidiens en absence de traitement curatif pour prévenir les infections.

P15- Biothérapie et risque infectieux : Analyse de 50 cas clinique

O. El Bahhari, D. Kabil, A. Nait Lho, L. Zizi, W. Antar, R. Aniq Filali, A. Allaoui

Hôpital Universitaire Cheikh Khalifa, Service de Médecine Interne. Casablanca

Introduction :

Les biothérapies, utilisant des molécules complexes issues d'organismes vivants, ont révolutionné le traitement des maladies systémiques ces deux dernières décennies. Leur tolérance varie selon la molécule et les comorbidités des patients, comme l'âge, le diabète, et l'immunodépression. Les infections, une complication majeure, peuvent être réduites grâce au dépistage et à la vaccination. Notre objectif est d'examiner en détail le profil des infections chez les patients sous biothérapie.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique sur une période de 2 ans entre fin 2021 et début 2024, en utilisant le registre des biothérapies, toutes indications confondues, suivis au sein du service de Médecine interne, à l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca et l'Hôpital Universitaire Mohammed 6 de Bouskoura.

Résultats :

Notre série comporte 50 patients, avec une prédominance féminine : sexe-ratio H/F= 0,47; L'âge moyen du diagnostic était de 47 ans (17-78), et l'âge moyen de début de la biothérapie était d'une moyenne de 37,5 ans (18 à 69 ans). Les biothérapies ont été administrées devant 8 pathologies différentes. Les plus importantes étaient la SPA, la polyarthrite rhumatoïde, la vascularite à ANCA, rhumatisme psoriasique, maladie de Behcet et Takayasu. 92,3% de nos patients ont présenté un échec thérapeutique par traitement conventionnel, 5,6% ont développé une intolérance et 4,2% étaient corticodépendants. Tous nos patients ont bénéficié d'un bilan pré-thérapeutique et 20% ont été vaccinés. Nous avons identifié 10 patients ayant rapporté des effets secondaires, dans 4 incidents infectieux : 2 cas de primo infection tuberculeuse chez des patients sous Anti-TNF alpha, un cas de rougeole sous Rituximab, un cas de choc septique à porte d'entrée urinaire entravant un décès sous Anti-TNF alpha. Suites à ses infections un arrêt temporaire des biothérapies a été indiqué dans l'attente de la guérison des patients.

Conclusion :

Il est en effet crucial de surveiller de près les infections chez les patients recevant une biothérapie, étant donné leur immunodépression potentielle. Cela permet non seulement de détecter les incidents infectieux précocement, mais aussi d'améliorer les chances de succès du traitement.

P16- Maladie à Igg4 : Décryptage clinique à travers 4 cas

O. El Bahhari, D. Kabil, A. Nait Lho, L. Zizi, W. Antar, R. Aniq Filali, A. Allaoui

Hôpital Universitaire Cheikh Khalifa, Service de Médecine Interne. Casablanca

Introduction :

La maladie à IgG4, également connue sous le nom de polyexocrinopathie auto-immune à IgG4, est une affection rare touchant divers organes, souvent chez les hommes de plus de 50 ans. Elle est caractérisée par un infiltrat lymphoplasmocytaire dense avec une élévation des IgG4. Le diagnostic repose sur des critères histologiques précis et la maladie répond bien à la corticothérapie, bien qu'il y ait un risque de rechute nécessitant des immunomodulateurs. Cette étude vise à présenter 4 cas de cette maladie en se basant sur des critères cliniques, biologiques et anatomopathologiques.

Patients et Méthodes :

Notre étude s'articule autour d'une étude rétrospective, à la fois descriptive et analytique, couvrant une période de deux ans, s'étalant de 2022 à juin 2024. Cette étude englobe l'analyse de quatre patients qui ont été suivis au sein des services de Médecine interne à l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca ainsi que l'hôpital universitaire Mohammed 6 de Bouskoura.

Résultats :

Les résultats de notre étude montrent que l'âge moyen au moment du diagnostic de la maladie à IgG4 est de 54 ans, avec des cas allant de 38 ans à 71 ans. Il s'agissait de 3 hommes et 1 femme avec un sex-ratio H/F=3. Les manifestations cliniques étaient dominées par l'atteinte biliaire dans 75 % des cas, avec une dilatation des voies biliaires principales à la bili-IRM, une cytolyse et une cholestase hépatique au bilan hépatique dans 75 % des cas. Un seul cas a été révélé par un ptosis pseudo-tumoral inflammatoire de l'œil droit, et un seul cas de fièvre chronique avec comme antécédent une pancréatite aiguë chez un patient. Une sérologie à IgG4 est revenue positive dans 75 % des cas, et un examen anatomopathologique a confirmé une maladie à IgG4 dans 25 % des cas. Sur le plan thérapeutique, tous les patients étaient sous corticothérapie et immunosuppresseur, un seul patient a bénéficié d'un traitement par Rituximab. L'évolution était favorable dans 100 % des cas, avec une infection par la rougeole chez un patient.

Conclusion :

La maladie à IgG4 se caractérise par une atteinte multiorganique avec un infiltrat lymphoplasmocytaire dense positif pour les IgG4. Le diagnostic est confirmé par des biopsies révélant des caractéristiques histopathologiques spécifiques. L'interniste s'intéresse particulièrement à la maladie à IgG4 en raison de son caractère multisystémique et de ses diverses manifestations cliniques, qui peuvent poser des défis diagnostiques parmi plusieurs diagnostics différentiels, tels que la fièvre prolongée et les pseudo-tumeurs inflammatoires, souvent pris en charge par l'interniste.

P17- Les aspects de Sarcoïdose cardiaque à l'IRM : A propos de 3 cas

D. Kabil, A. El Ouarradi *, A. Nait Lho, O. El Barrahi, A. Allaoui

Hôpital Universitaire Cheikh Khalifa, Service de Médecine Interne. Casablanca

* Hôpital Universitaire Cheikh Khalifa, Service de Cardiologie. Casablanca

Introduction :

La sarcoïdose est une granulomatose systémique de cause inconnue qui peut toucher plusieurs organes. L'atteinte cardiaque représente la deuxième cause de mortalité. Son diagnostic précoce reste difficile en raison de symptômes aspécifiques et de sensibilité/spécificité limitées des techniques d'imagerie de première intention. L'IRM cardiaque a permis d'améliorer la détection de la sarcoïdose cardiaque SC. L'objectif de cette étude est de montrer l'évolution spectaculaire de la sensibilité de l'IRM cardiaque dans le diagnostic précoce de la sarcoïdose cardiaque.

Matériel et méthode :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique sur une période de huit ans (2016-2023), incluant trois patients suivis au sein du service de Médecine interne et de service de cardiologie, à l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca et l'Hôpital Universitaire Mohammed VI de Bouskoura ; en se focalisant sur les différentes séquences IRM ainsi que leur signification en terme diagnostique et pronostique.

Résultats :

L'âge moyen au diagnostic était de 62 ans (45 à 72 ans), avec un sex-ratio H/F=1/2.

L'atteinte pulmonaire, présente chez 100 % des patients, était révélée par une dyspnée objectivant des nodules pulmonaires.

L'atteinte cardiaque ayant été révélée par des palpitations, douleur thoracique, tous les patients présentaient des troubles à l'ECG se manifestant par BAV, BBG, extrasystoles ventriculaires, un seul patient a présenté des anomalies à l'échographie cardiaque.

L'IRM cardiaque a objectivé un foyer de rehaussement tardif intra-myocardique sans dilatation ventriculaire ni œdème intramyocardique pouvant être en rapport avec une localisation myocardique de la sarcoïdose ; un rehaussement tardif sous-épicaire de la paroi basale antérieure et moyenne septale ; un rehaussement tardif de la paroi apicale inférieure sous-endocardique à mi myocardique, après injection de gadolinium.

Sur le plan thérapeutique, l'administration de corticothérapie à raison de 0.5 à 1 mg / kg/j comme traitement de première ligne chez les 3 patients. Deux patients soit 66,6% des cas ont bien répondu avec une amélioration des anomalies de la conduction cardiaque. Cependant, un seul cas, ayant nécessité le recours au traitement par immunosuppresseur notamment Cyclophosphamide.

Conclusion :

Le diagnostic précoce de la (SC) reste un défi clinique en raison de symptômes aspécifiques et de sensibilité/spécificité limitées des techniques d'imagerie de première intention. L'utilisation combinée de l'IRM cardiaque et de la TEP/ TDM au 18F-FDG a permis d'améliorer considérablement la détection de la SC, l'évaluation de l'étendue de la maladie ainsi que le suivi de la réponse au traitement. L'évolution et le pronostic de la SC sont étroitement liés à l'instauration d'un traitement immunosuppresseur précoce et adapté.

P18- L'atteinte digestive au cours de la Sclérodémie systémique

L. Lerhrib, I. Khoussar, H. Masrour, M. Bouzayd, A. Oudghiri, N. Al Sadik, L. Abarkan, S. Bouchnafati, R. Hanini, Y. Chakorri, F. Tohir, W. Oudbib, K. Azzabi, S. Baaki, W. Rhandour, N. Oubelkacem, N. Alami Drideb, Z. Khammar, R. Berrady
Service du Médecine Interne, CHU Hassan II. Fès

INTRODUCTION :

La sclérodémie systémique est une maladie auto-immune, caractérisée par un polymorphisme clinique. L'objectif de notre travail est de décrire et d'analyser la prévalence de l'atteinte digestive au cours de la sclérodémie chez les patients suivis en médecine interne.

MATERIEL ET METHODES :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique incluant 62 patients atteints de sclérodémie systémique et suivis au Service de Médecine Interne du Centre Hospitalier Hassan II de FES entre Janvier 2012 et décembre 2022.

RESULTATS :

Dans notre étude, 34 patients soit 50 % avaient une atteinte digestive, avec un âge moyen de 45,18 +/- 13,53 [22-76 ans]. Il s'agissait de 31 femmes et 3 hommes avec un sexe ratio F/H de 10,33. L'atteinte œsophagienne était la plus fréquente et présente dans 82% des cas (n=28), Les symptômes les plus fréquents étaient le reflux gastro-œsophagien (n = 14 cas ; 87.5%), la dysphagie (n = 20 cas ; 71 %), et le pyrosis (n = 7 cas ; 25 %). L'atteinte gastrique dans 50 % des cas (n=17) : épigastralgies dans 58.8 % (n = 10), vomissement dans 41 %, (n=7). L'atteinte intestinale dans 29% des cas (n=10) : diarrhée dans 30 % (n = 3), douleur abdominale dans 70 % (n = 7).

La fibroscopie digestive haute avait montré une hernie hiatale dans 5 cas, gastrite dans 18 cas, œsophagite dans 7 cas, endobrachyoœsophage dans 1 cas, duodénite dans 1 cas

La manométrie avait montré une hypotonie œsophagienne dans 5 cas, une atonie œsophagienne dans 6 cas, le reste des patients avaient une manométrie normale.

Le traitement était basé sur les mesures hygiéno-diététiques, les inhibiteurs de la pompe à protons et les prokinétiques et un traitement symptomatique dans tous les cas. L'évolution de l'atteinte digestive était favorable dans tous les cas et l'aggravation de la maladie était liée aux autres atteintes notamment pulmonaires.

L'analyse statistique a montré une corrélation significative de l'atteinte digestive avec l'atteinte rénale (p=0.72), ainsi qu'avec l'atteinte pulmonaire (p=0.64).

CONCLUSION

L'atteinte digestive est fréquente au cours de la sclérodermie systémique, dominé par L'atteinte œsophagienne, elle est rarement révélatrice de la maladie. Raison pour la quelle elle doit être dépistée systématiquement afin d'améliorer la qualité de vie des patients.

P19- L'atteinte cutanée au cours de la Sclérodermie

H. Masrour, I. Khoussar, L. Leghrib, N. Sadiq, A. Oudrhiri, L. Abarkan, M. Bouzayd, S. Bouchnafati, R. Hanini, Y. Chekkori, F. Tohir, S. Baaki, O. Oudbib, K. Azzabi, W. Rhandour, N. Alami Drideb, N. Oubelkacem, Z. Khammar, R. Berrady
Service du Médecine Interne, CHU Hassan II. Fès

Introduction : La sclérodermie systémique est une pathologie auto-immune, appartenant au groupe de connectivite, elle est secondaire à une atteinte microvasculaire entraînant une fibrose des organes cibles. L'atteinte cutanée est la principale manifestation de cette pathologie, elle est caractérisée par une peau infiltrée, tendue, luisante et sclérosée. C'est une atteinte affichante et handicapante.

Patients et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 67 patients atteints de sclérodermie systémique (ScS) et suivis dans un service de médecine interne durant une période de 10 ans allant de Janvier 2012 à Décembre 2022. Le diagnostic de ScS a été retenu selon les critères de l'ACR-EULAR 2013.

Résultats :

Parmi nos 67 patients, 66 patients (98.5 %) présentaient une atteinte cutanée. Un seul cas a été retenu comme sclérodermie sine scleroderma. Il s'agissait de 60 femmes et 6 hommes, avec un âge moyen au diagnostic de 44,98 ans \pm 13.26 [21-76]. La manifestation cutanée vient en premier chez nos patients, suivie des atteintes articulaire (65.67% des cas), hématologique (52.23% des cas), pulmonaire (51.51% des cas), digestive (50.74% des cas) et cardiaque (25.37% des cas).

L'atteinte cutanée a été limitée chez 59.09% de nos patients et diffuse chez 40.9%. Il s'agissait d'une : sclérodactylie chez 80.30%, ulcérations digitales chez 46.96%, arrivant à un stade de nécrose digitale chez 13.63% des patients. Une atteinte du visage a été observée chez 74.24% de nos patients avec une limitation de l'ouverture de la bouche chez 63.63% des patients, des rides frontaux effacés chez 62.12%, et un nez effilé chez 51.5% des patients. Des troubles de pigmentation ont été observés chez 29.23% des malades. Le score de Rodnan moyen est de 9.39 chez nos patients [2-39].

Trente-six malades ont été mis sous colchicine, et 24 mis sous anti-paludéens de synthèse. Une corticothérapie PO à dose maximale de 15mg/jr a été mise chez 21 patients avec comme indication cutanée exclusive chez une patiente. L'iloprost a été administré chez 7 patients pour des manifestations cutanées invalidantes.

En analyse univariée, l'atteinte cutanée était significativement associée à la positivité des anticorps anti-nucléaires ($p=0.016$), et à la positivité des anti-centromères ($p=0.034$), et ne présentait pas d'association avec d'autres atteintes systémiques. L'atteinte cutanée diffuse a été significativement associée à l'atteinte pulmonaire ($p=0.007$) et à l'atteinte hématologique ($p=0.015$).

Discussion et conclusion : L'atteinte cutanée est la plus fréquente des manifestations de la sclérodermie, elle est polymorphe, affichante, et handicapante. Les caractéristiques cliniques et immunologiques diffèrent selon la forme cutanée ou diffuse.

P20- Les manifestations cutanées des vascularites à ANCA

H. Masrour, I. Khoussar, L. Leghrib, N. Sadiq, A. Oudrhiri, L. Abarkan, M. Bouzayd, S. Bouchnafati, R. Hanini, Y. Chekkori, F. Tohir, S. Baaki, O. Oudbib, K. Azzabi, W. Rhandour, N. Alami Drideb, N. Oubelkacem, Z. Khammar, R. Berrady
Service du Médecine Interne, CHU Hassan II. Fès

Introduction : Les vascularites à petits vaisseaux associées aux ANCA sont des maladies auto-immunes où l'atteinte cutanée est fréquente, et peut révéler la maladie. Notre étude a pour objectif de décrire le profil clinique et la valeur pronostic de l'atteinte cutanée chez ces patients.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, portant sur les patients atteints de vascularite à ANCA avec une atteinte cutanée, suivis dans un service de Médecine interne, entre Janvier 2012 et Janvier 2022.

Résultats :

L'atteinte cutanée a été objectivée chez 17 patients parmi nos 31 patients atteints d'une vascularite à ANCA (54.83%). Il s'agit de 11 hommes et 6 femmes avec un sex ratio H/F de 1.83. L'âge moyen de diagnostic de la vascularite est de 45.05 ans \pm 17.54 [22-83]. L'atteinte cutanée était révélatrice de la maladie chez 14 patients (82.35%). Les manifestations cutanées ont été dominées par le purpura vasculaire chez 9 patients. Un érythème prurigineux a été observé chez 3 patients, des ulcérations cutanées chez 5 patients, des papules chez 2 patients, et un seul patient avait présenté des lésions nodulaires. Une biopsie cutanée a été réalisée chez 4 patients objectivant une vascularite leucocytoclasique.

Il s'agit d'une granulomatose avec polyangéite chez 9 patients, une granulomatose éosinophilique avec polyangéite chez 5 patients et une micro-polyangéite chez 3 patients.

L'atteinte hématologique a été observée chez 70.58% des cas, pulmonaire chez 64.7% des cas, puis neurologique chez 52.94% des cas, puis rénale chez 47.05% des cas, puis ORL et articulaire chez 41% des cas, et cardiaque chez 29.41% des cas. Treize patients avaient un syndrome inflammatoire biologique, et les ANCA étaient positifs chez huit patients, de spécificité C-ANCA chez cinq patients.

L'analyse statistique objectivait une association significative entre l'atteinte cutanée et l'anémie ($p=0.024$). Aucune corrélation n'a été objectivée entre la présence d'une atteinte cutanée et le type de la vascularite à ANCA, ni avec les autres manifestations systémiques. Il n'y avait pas d'association significative également entre l'atteinte cutanée et les paramètres du score FFS, ni avec le décès ($p=0.220$).

Discussion et conclusion :

L'atteinte cutanée est fréquente chez les patients avec vascularite à ANCA, surtout avec GPA dans notre série. Elle est variable mais dominée par le purpura vasculaire. Elle est souvent révélatrice de la maladie, mais ne joue pas un rôle pronostic majeur.

P21- Quand la maladie à IgG4 s'attaque à la peau et au Larynx : Rapport d'un cas clinique

S. Saoudi, G. Baulier, L. Legrand *

Service de Médecine Interne et Immuno-Hématologie, Centre Hospitalier de Périgueux. France

* Service Anatomopathologie, Centre Hospitalier de Périgueux. France

Introduction :

La maladie à IgG4 (MAG4) est une maladie systémique rare caractérisée par une infiltration tissulaire de plasmocytes IgG4+, une fibrose et souvent une élévation sérique des IgG4. Elle présente un large éventail de manifestations cliniques, incluant des atteintes pseudo-tumorales d'organes divers, accompagnées de lésions histologiques caractéristiques. Les atteintes cutanées sont rares et concernent généralement la tête et le cou soit dans le cadre de forme localisée cutanée soit dans des formes systémiques.

Observation :

Un homme de 57 ans a été pris en charge en urgence pour dysphonie et dyspnée. Une première laryngoscopie sous anesthésie générale avait retrouvé un aspect pseudo-tumoral du larynx avec une très nette diminution de la mobilité des deux cordes vocales. En raison de l'intubation difficile et des prélèvements initiaux non concluants, une trachéotomie a été nécessaire avant une seconde endoscopie, qui a permis une meilleure évaluation et biopsie des lésions. L'examen histologique notait une lésion inflammatoire réactionnelle de type bourgeon charnu riche en plasmocytes IgG4 sans caractère tumoral ou lymphomateux avec la mise en évidence de plus de 50 éléments IgG4+/HPF à l'immunohistochimie. Le taux sérique d'IgG4 était augmenté à 2,11 g/l. Le scanner thoracoabdominopelvien était sans particularité. Le patient a été traité avec succès par corticostéroïdes entraînant une quasi-normalisation de la tumeur laryngée permettant ainsi le retrait de la trachéotomie temporaire.

Un an plus tard, réapparition d'une inflammation avec un épaissement de la corde vocale localisée à gauche avec une corticodépendance à 20 mg ayant nécessité l'introduction d'un traitement par azathioprine substitué par du Rituximab devant la toxicité hépatique. L'évolution a été marquée par une rémission de deux ans avec un arrêt de la corticothérapie.

Deux ans plus tard, suite à l'apparition d'une lésion nodulaire croûteuse inflammatoire de 15 mm au niveau de l'aile du nez, une rechute cutanée de sa maladie à IgG4 est confirmée après biopsie. Devant un taux sérique d'IgG4 en augmentation, le surpoids et le syndrome métabolique du patient, un traitement par Rituximab paraissait plus licite à envisager aboutissant à une disparition complète des lésions avec une normalisation du taux sérique d'IgG4. A deux ans du suivi, le patient est toujours en rémission clinique et biologique.

Conclusion :

Ce cas illustre la gravité potentielle des atteintes laryngées ainsi que la possibilité de développer à distance une atteinte cutanée de la maladie à IgG4. Le rituximab est une option très efficace qui doit s'envisager chez les patients rechuteurs.

P22- Atteinte cutanée dans le lupus systémique

F. Tohir, H. Masrour, S. Bouchnafati, Y. Chekkori, M. Bouzayd, N. Al Saddiq, O. Oudbib, S. Baaki, K. Azzabi, W. Rhandour, I. Khoussar, N. Oubelkacem, N. Alami, Z. Khammar, R. Berrady

Service du Médecine Interne, CHU Hassan II. Fès

Introduction :

Le lupus érythémateux systémique est une maladie auto-immune systémique, avec prédominance féminine. Les manifestations cutanées se voient dans 80% des cas, qui sont souvent récurrentes et susceptibles de s'aggraver en cas d'exposition au soleil.

L'objectif de ce travail est de caractériser l'importance majeure de l'atteinte cutanée chez les patients lupiques.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, portant sur 280 patients atteints du lupus érythémateux dont le diagnostic est retenu selon les classifications internationales : SLICC et ACR, et qui ont présenté une atteinte cutanée, suivis au service de médecine interne et d'oncohématologie du CHU Hassan II de Fès, entre 2012 et 2022.

Résultats :

L'âge moyen est de 36,67 (extrêmes de 15 à 70) avec un écart type de 12,59 dont 259 femmes soit 92,5% et 21 hommes soit 7,5%, sexe ratio F/H à 12,33. L'atteinte cutanée était présente chez 208 patients (74%) : une photosensibilité était présente chez 90 patients (32%). 132 patients (47,14%) ont présenté un érythème en aile de papillon, 9 patients (3,2%) avec une papule, 46 patients ont présenté des ulcères, le phénomène de Raynaud était présente chez 28 patients (10%) 22 patients soit 7 chez qui une hyperpigmentation était présente et 62 patients soit 22,14% ont présenté une alopecie.

36 patients (12%) ont présenté des polyarthralgies, la fièvre était présente dans 63 patients (22,5%).

Les anticorps antinucléaires dans 265 patients (94%) dont 130 de type homogène (46%) et 79 de type mixte (28,2%). L'anti-ADN natif a été positif dans 192 patients (68%).

Le plaquenil est reçu par les patients en totalité, 204 patients soit 72% ont été mis sous corticothérapie dont 37 patients (13,21%) par 1mg/kg avec 15 patients (5%) qui ont eu recours au cyclophosphamide (3 vascularite cérébrale, 4 neuro-lupus, 5 patients pour néphropathie,) et 27 patients soit 9,6% ont eu recours au méthotrexate pour l'atteinte cutanée.

54 patients soit 19% ont eu recours à l'azathioprine (33 patients de néphropathie, 15 patients de vascularite cérébrale, 1 cas d'atteinte articulaire et 1 cas sur l'atteinte pulmonaire).

Conclusion :

L'atteinte cutanée chez les patients lupiques est une manifestation clinique très fréquente. Dans notre étude l'atteinte cutanée était dans 74%, par laquelle ont tous reçus une corticothérapie et seulement 9,6% ont eu recours au méthotrexate.

P23- Severe isolated cutaneous manifestations revealing Crohn's disease: Diagnosis delay of 20 years

S. Alami Idrissi, F.Z. Bensalek, J. Yousfi, L. Benjilali, M. Zahlane, L. Essaadouni
Internal Medicine Department, University Hospital Mohammed VI, Marrakech

Introduction:

Cutaneous Crohn's disease is a very rare condition. It can occur without gastrointestinal tract manifestations or may even precede them. We report a case where the skin manifestations revealed Crohn's disease with an important diagnosis delay.

Case report:

A 40-year-old female patient with a three years history of Charcot's disease, presented with chronic aseptic abscess with ulcerative nodules on both legs evolving since year 2004. Histopathological findings of skin biopsy carried out on several occasions showed dermohypodermal inflammation with foci of necrosis. Antibiotic treatments, corticosteroids, hydroxychloroquine, (and immunosuppressants Azathioprine, Méthotrexate) were prescribed without improvement with corticosteroid dependence on 10 mg of prednisone. the patient had no digestive symptoms. An exhaustive evaluation to eliminate differential diagnoses was conducted, including antinuclear antibodies by indirect immunofluorescence, serologies for syphilis, HIV, hepatitis B and C, tuberculosis screening, sarcoidosis assessment, HbA1c, and lymphoma investigation, all of which were negative. MR enterography revealed multiple terminal ileal stenosis

Colonoscopy with staged biopsies revealed transmural granulomatous ulcerative ileitis. The diagnosis of Crohn's disease with cutaneous involvement was established, and the patient was started on oral steroids at a dose of 1 mg/kg/day of prednisone equivalent for one month, followed by a gradual taper, in addition to Infliximab therapy. The patient exhibited a favorable response with regression of the skin lesions.

Conclusion:

This case underscores the importance of considering Crohn's disease in the differential diagnosis of chronic aseptic abscess with ulcerative nodules and highlights the need for thorough evaluation to exclude gastrointestinal involvement. Effective management of isolated cutaneous Crohn's disease often requires systemic immunosuppressive therapy and regular follow-up.

P24- Syndrome de Schnitzler et Waldenstrom, un couple peu commun ?

K. Ikemakhen, B. Gildas

Service de Médecine Interne et d'Infectiologie, Centre Hospitalier de Périgueux. France

Introduction :

Le syndrome de Schnitzler est une maladie rare caractérisée par un urticaire chronique, une gammopathie monoclonale à IgM et au moins deux des signes suivants : fièvre intermittente inexplicée, arthralgies ou arthrites, douleurs osseuses, adénopathies, hépatomégalie ou splénomégalie, augmentation de la vitesse de sédimentation (VS) globulaire, hyperleucocytose et/ou lésions radiographiques ostéocondensantes. Si dans la plupart des cas, le syndrome de Schnitzler a une évolution bénigne, un syndrome lymphoprolifératif se développe à long terme chez 15 % des patients.

Nous rapportons ici l'observation d'un patient atteint d'un syndrome de Schnitzler chez qui un traitement par anakinra, forme recombinante de l'antagoniste du récepteur de l'interleukine-1 (IL-1ra), a entraîné une amélioration spectaculaire.

Description du cas clinique :

Un homme âgé de 82 ans, suivi pour une maladie de Paget depuis plusieurs années sous biphosphonates, qui présente une urticaire chronique évoluant depuis 2014 avec un bilan étiologique négatif, non prurigineux, permanent avec en plus des poussées avec une inefficacité des antihistaminiques sur l'éruption. L'éruption cutanée prédominant sur le tronc était associée à des arthralgies des épaules révélant une tendinopathie des coiffes des rotateurs avec des calcifications sur l'échographie de l'épaule et des douleurs des chevilles assez invalidantes de rythme inflammatoire non calmés par la corticothérapie, ainsi qu'à des épisodes fébriles.

L'examen physique révélant des adénopathies axillaires infracentimétriques sans hépatomégalie ou splénomégalie avec des lésions urticariformes fixes.

Les examens biologiques sanguins montrent une légère monocytose à 1003 avec un syndrome inflammatoire dont une VS accéléré à 120mm/h avec une CRP élevée à 60mg/L. Les sérologies virales sont négatives. L'électrophorèse des protides sériques met en évidence **un pic monoclonale dosé à 17.9g/L** dont l'immunofixation montre **une immunoglobuline monoclonale d'isotype IgM kappa**. La ponction médullaire a mis en évidence un lymphome lymphoplasmocytaire en faveur d'une maladie de Waldenstrom avec la présence d'une mutation MYD88 à l'étude génétique.

Le scanner TAP n'a pas mis en évidence un syndrome tumoral profond.

Au vu de l'association d'un urticaire généralisée, d'arthralgies, d'une fièvre récurrente et d'une IgM monoclonale, le diagnostic de syndrome de Schnitzler a été porté.

Un traitement par anakinra (100 mg/j en SC) débuté en avril 2023 devant l'importance du syndrome inflammatoire chronique avec une excellente amélioration clinique ; disparition du rash urticarien, fièvre et les arthralgies, biologiquement la Vs, la CRP s'étaient normalisées. L'Anakinra était bien toléré sans réaction allergique.

Le patient reste en rémission complète après un an de traitement par anakinra avec une injection tous les deux jours. A ce jour il n'a toujours aucun critère de traitement pour la maladie de Waldenstrom associée sous jacente.

Conclusion :

Le syndrome de Schnitzler est une maladie rare et probablement sous diagnostiquée. Il faut savoir y penser devant une gammopathie monoclonale surtout devant des manifestations urticariennes, et rechercher et surveiller l'apparition d'une lymphoprolifération.

Nous mettons à la lumière du cas clinique, l'efficacité de l'anakinra dans le syndrome de Schnitzler avec des résultats spectaculaires sur le plan clinique que sur la qualité de vie des patients qui reste un vrai challenge.

P25- Hughes-Stovin syndrome: About 2 cases

D. Ismail, J. Yousfi, L. Benjilali, M. Zahlane, L. Essaadouni

Internal Medicine Department, University Hospital Mohammed VI. Marrakech

Introduction

Hughes-Stovin syndrome is a rare condition, generally presenting in young people. It is defined by the association of deep vein thrombosis and single or multiple pulmonary arterial aneurysms. We report 2 cases of this syndrome.

Patients and Methods :

This is a descriptive study of 2 cases of Hughes-Stovin syndrome among 399 patients with Behçet's disease in the internal medicine department of the university hospital MOHAMMED VI of Marrakech, seen between January 2010 and December 2023.

Results

A 48-year-old patient presented with episodes of hemoptysis and dyspnea, along with recurrent bipolar aphthosis. Imaging revealed multiple pulmonary aneurysms in the superior lobar and lingular arteries, as well as total thrombosis of the superior vena cava and jugular veins. He was successfully treated with methylprednisolone pulse therapy followed by oral steroids and cyclophosphamide, resulting in symptoms improvement.

The second patient was a 30-year-old man diagnosed with Behçet's disease due to mucocutaneous involvement and right intraventricular thrombosis. He was treated with steroids and cyclophosphamide. During follow-up, the patient had episodes of hemoptysis. Imaging revealed a partially thrombosed saccular aneurysm of the right inferior lobar artery. A lobectomy was performed, resulting in a good post-surgical outcome with no further episodes of hemoptysis. Medical treatment included colchicine, steroids and azathioprine.

Conclusion

These two cases highlight the importance of early diagnosis of Hughes-Stovin syndrome in patients presenting with venous thrombosis, to prevent sudden hemoptysis caused by aneurysmal rupture. We insist in avoiding anticoagulation in such cases.

P26- LEG pain revealing Sarcoidosis

S. Oumlil, J. Yousfi, L. Benjilali, M. Zahlane, L. Essaadouni

Internal Medicine Department, University Hospital Mohammed VI. Marrakech

Introduction

Small fiber neuropathy (SFN) is one of the most common complications of sarcoidosis that remains significantly understudied. The development of SFN is considered to be the result of cytokine-mediated inflammation, which is typical for various autoimmune diseases, including sarcoidosis. We report a case of sarcoidosis revealed by chronic leg pain.

Case report

A 31-year-old patient with no significant past medical history, presented with a 2 months history of leg pain described as burning and electric shock.

Upon examination, the patient mentioned xerostomia and xerophthalmia. Eye examination showed bilateral superficial punctate keratitis, with 10/10 vision.

The patient underwent electromyography, X-ray, and venous doppler both lower limb. The results were normal.

The laboratory findings showed an inflammatory biological syndrome: C-reactive protein was at 70 mg/l, the erythrocyte sedimentation at 108 mm, and hyperferritinemia at 300 µg/l.

The creatine phosphokinase (CPK) was normal (54 u/l). The patient tested negative for antinuclear antibodies, anti-SSA, anti-SSB, and antineutrophil cytoplasmic antibodies.

Urea was at 0,4 mg/dl and creatinine was at 13,9 mg/l, while blood and urinary electrolytes were normal. Ultrasound showed normal renal length. A kidney biopsy was thus performed, and showed chronic tubulointerstitial nephritis, with no amyloid deposits and no granuloma.

The CT scan demonstrated nonspecific pulmonary nodules, with bilateral inguinal and axillary lymphadenopathy (9mm).

The salivary gland biopsy showed epithelioid cell granuloma without caseous necrosis. The Angiotensin-converting enzyme was high at 130 u/l , while tuberculosis assessment was normal.

The diagnosis of sarcoidosis was made based on the presence of pulmonary nodules, lymphadenopathy, ocular and renal involvement. Lower limb pain has been attributed to small fiber neuropathy.

The patient was treated with oral corticosteroids 1 mg /kg/day for 6 weeks, followed by a gradual taper.

The one-year follow-up showed limb pain relief, and normalization of the kidney function and inflammatory parameters.

Conclusion

SFN presents with peripheral pain and symptoms of autonomic dysfunction. Clinicians should maintain a high index of suspicion for SFN in patients with sarcoidosis, since it impacts significantly patient's quality of life.

P28- Le plus ancien signe clinique de la médecine est toujours énigmatique “l’hippocratisme digital à travers 02 observations”

L. Lerhrib, M. El Aissat, Y. Ennaboulsi, O. Mauryle, S. El Khader, A. Zinebi, MK. Moudden
Service de Medecine Interne, Hopital Militaire Moulay Ismail. Meknès

Introduction

Décrit pour la première fois par Hippocrate, l’hippocratisme digital ou clubbing est une déformation des doigts et des ongles, est souvent révélateur de maladies respiratoires chroniques, hépatiques, inflammatoires du tube digestif ou de cardiopathies cyanogènes. Nous rapportons le cas de deux patients avec dont la recherche étiologique est revenue négative.

Cas clinique

Deux hommes de 38 et 44 ans sont admis pour exploration d’hippocratisme digital chronique des mains et des pieds, l’interrogatoire et l’examen clinique ne montraient pas de dyspnée ou des troubles cardio-circulatoires, pas de troubles de transit ou organomégalies et absence de signes ostéo-articulaires. La biologie est strictement normale (hémogrammes, bilans hépatiques et marqueurs de L’inflammation).

Les scanners, les échographies transthoraciques et bilans endoscopiques sans particularités avec absence de pneumopathies de cardiopathies, de néoplasies ou maladies inflammatoires chroniques de l’intestin. Les deux patients sont mis sous surveillance clinique et biologique de plus en plus espacées, sans Apparition d’autres symptômes.

Conclusion

Malgré que c’est un signe clinique orientateur mais parfois l’étiologie peut rester inconnue comme le cas des deux malades, raison pour laquelle il faut plus d’investigations approfondies avec une surveillance en attendant l’apparition d’autre symptômes.

P29- La Sarcoïdose en médecine interne : A propos de 10 cas

L. Lerhrib, M. El Aissat, Y. Ennaboulsi, O. Mauryle, S. El Khader, A. Zinebi, MK. Moudden

Service de Medecine Interne, Hopital Militaire Moulay Ismail. Meknès

Introduction

La sarcoïdose est une granulomatose systémique pouvant affecter la quasi-totalité des organes, les atteintes médiastinales et parenchymateuses pulmonaires sont les plus fréquentes et les mieux connus mais les autres localisations ne sont pas exceptionnelles.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans le service de médecine interne de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès portant sur les patients suivis pour sarcoïdose sur une période de 7 ans.

Résultats

L'étude a inclus 10 patients, dont 80% de femmes et 20% d'hommes, l'âge moyen était de de 53 ans avec des extrêmes allant de 42 à 70 ans, les formes médiastino-pulmonaires ont été retrouvées dans 50% des cas manifestées par une dyspnée chez tous les patients, les formes oculaires dans 70 % des cas, l'uvéite était présente chez 5 patients, sous forme d'uvéite antérieure dans 3cas et d'uvéite totale dans 2cas, une kérato-conjonctivite a été noté dans 2 cas, et un cas d'épisclérite, les formes articulaires sont retrouvées dans 60 % des cas sous forme de poly arthralgies inflammatoires siégeant au niveau des grosses articulations surtout celle du membre inferieur, l'atteinte neurologique était mise en évidence dans 30% des cas sous forme de paresthésies des membres inférieurs, les formes ganglionnaires type adénopathies périphériques palpables à l'examen clinique de siège cervical dans 2 cas, et axillaire dans 1 cas, l'atteintes hépatique a été notée chez 2 malades manifestant cliniquement par une hépatomégalie avec un bilan hépatique perturbé et une biopsie hépatique confirmant l'hépatite granulomateuse d'origine sarcoïdique, les atteintes cutanées, osseuses et parotidiennes ont été noté dans 10% des cas chacune.

Les examens radiologiques étaient contributifs au diagnostic, 30% des patients avaient un stade 2 à la radiographie thoracique standard et un stade 1 chez 40 % des malades, l'atteinte médiastinale et parenchymateuse sur la TDM thoracique a été notée chez 60 % des cas, l'exploration fonctionnelle respiratoire pratiqué chez tous les malades était normale dans 5 cas, et a révélé un syndrome restrictif chez 2 patients.

L'examen histologique est pratiqué chez tous les patients, avec des biopsies faites sur les glandes salivaires accessoires dans 6 cas, bronchique dans 4 cas, objectivant dans la majorité des cas un granulome non caséeux.

L'abstention thérapeutique était préconisée dans 30 % des cas, la corticothérapie était instaurée chez 50% des cas, et le recours aux traitements immunosuppresseurs a été nécessaire chez 10% des cas Avec une évolution favorable à long terme chez tous les patients.

Conclusion :

La sarcoïdose est une maladie du système inflammatoire d'étiologie indéterminée, d'après notre Diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques, radiologiques et histologiques, les atteintes pulmonaires et oculaires sont les plus fréquentes et la corticothérapie reste la pierre angulaire du traitement des sarcoïdoses systémiques.

P30- Une localisation exceptionnelle de la Sarcoïdose : Le cavum

M. Ouavene¹, M. El-Aissate¹, Y. Ennaboulsi¹, L. Lerhrib¹, S. El Khader¹, Z. Ali¹, K. Nadour²,
M. Sinaa³, MK. Moudden¹

1 Service de Medecine Interne, Hopital Militaire Moulay Ismail. Meknès

2 Service d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale, Hôpital Militaire Moulay Ismail. Meknès

3 Service d'Anatomie Pathologique, Hôpital Militaire Moulay Ismail. Meknès

Introduction

La sarcoïdose est une maladie inflammatoire caractérisée par une infiltration d'un ou plusieurs organes et tissus par des granulomes épithéloïdes sans nécrose caséuse, l'étiologie reste méconnue. Tous les organes sont susceptibles d'être atteints déterminant des expressions phénotypiques multiples. Les organes de prédilection sont les poumons, le système lymphatique, la peau et les yeux. La sphère ORL est une localisation rare de la maladie et l'atteinte du cavum dans sa forme pseudo-tumorale est exceptionnelle, rendant l'approche diagnostique difficile. Nous rapportons dans cette observation un cas de cavum pseudo-tumoral révélant la sarcoïdose.

Mots clés : sarcoïdose, cavum, diagnostic.

Observation

Il s'agit d'une patiente marocaine, de 40 ans, mariée, sans antécédents pathologiques connus, hospitalisée au service de Médecine interne de l'Hôpital Militaire Moulay Ismail Meknès pour bilan étiologique d'adénopathies cervicales, dont l'interrogatoire approfondi révèle en plus une symptomatologie ORL à type d'obstruction nasale chronique et rhinorrhée. La tomodensitométrie à l'étage naso-sinusal et du cavum montre la présence d'un bombement de la paroi postérieure du cavum sans signes de malignité associé à des polyadénopathies

cervicales, et à l'étage thoracique des adénopathies sus claviculaires et médiastinales. L'exploration endoscopique nasopharyngée objective une pseudotumeur du cavum. L'examen histologique des fragments de biopsie d'adénopathie cervicale et du cavum retrouve un processus granulomateux épithéloïde géantocellulaire sans nécrose caséuse centrale. L'intradermoréaction à la tuberculine et la recherche de BK dans les crachats sont négatives, l'enzyme de conversion de l'angiotensine est augmentée à 115,5 U/l. La numération montre une leucopénie à 4000 leucocytes/mm³, la C réactive protéine est augmentée à 14 mg/l, la calcémie et la phosphatémie sont dans les valeurs de la normale, le bilan immunologique à la recherche d'anticorps anti-nucléaires, anti-DNA natifs, anti-antigènes nucléaires solubles, anti-cytoplasme des polynucléaires est revenu négatif. La confrontation des données cliniques, radiologiques, histologiques et biologiques, a permis de retenir le diagnostic de sarcoïdose. La corticothérapie systémique par la prednisone à raison de 1mg/kg/jour était indiquée avec une bonne évolution.

Discussion

Les données de la littérature décrivant les manifestations ORL de la sarcoïdose sont peu nombreuses. La majorité des cas rapportés sont retrouvés dans le cadre de localisation thoracique ou extra thoracique fréquente [1]. La symptomatologie décrite concerne pour l'essentiel les fosses nasales, les glandes parotides, les ganglions lymphatiques, les cavités sinusiennes, les voies et la fonction auditive [2]. L'hypertrophie du cavum était rarement retrouvée. Des cas sporadiques de pseudotumeur sont publiés par certains auteurs [3,4]. Devant ces cas, la recherche de la pathologie tumorale maligne et les autres causes de la maladie granulomateuse était systématique. Le diagnostic de sarcoïdose était retenu après concordance d'un faisceau d'arguments cliniques, biologiques, endoscopiques, radiologiques et histologiques [1-4]. Le traitement de première intention devant les formes ORL était basé sur

la corticothérapie systémique et locale avec évolution satisfaisante [1-5]. Les données de notre étude sont conformes aux données de la littérature.

Conclusion

La sarcoïdose est une granulomatose multi-systémique pouvant affecter plusieurs organes. Cette observation rappelle que la localisation ORL est rare et sa symptomatologie non caractéristique pouvant faire errer le diagnostic. La gêne fonctionnelle occasionner justifie sa recherche systématique.

Références

1. **W. Jalloul, H. Benjelloun, N. Zaghba, N.Yassine.** Atteinte ORL au cours de la sarcoïdose thoracique. **Rev Mal Respir actualités 2021 ; 13(1):198.**
2. **M. Khedher , F. Said , A. Hamzaoui , M. Khanfir , M.H. Houman.** L'atteinte ORL au cours de la sarcoïdose. **Rev med interne 2018 ; 39(1):A196.**
3. **A. El Bousaadani, L. Eljahd, M. Benbakh, M. Mahtar.** Masse tissulaire du cavum comblant les choanes révélant une sarcoïdose. **Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis 2015 ;132(5) :309-310.**
4. **H. Benhima, M. Zahlane, A. Raji, L. Essaadouni.** Un cavum pseudotumoral révélant une sarcoïdose. **Anafrimed 2013 ;6(3).**
5. **M. Zoghliami, A. Ben Mansour, S. Ben Saad et al.** Corticothérapie dans la sarcoïdose médiastinopulmonaire : indications et efficacité. **Rev Mal Respir actualités 2020 ;12(1):155.**

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

P31- Syndrome de Stevens-Johnson induit par le méthotrexate : A propos de 2 cas

N. Abarkane, I. Sadki, Z. Aqodad, S. Barkhoukh, H. Bachir, S. Hamaz, H. Alaoui Bennasser, K. Serraj Andaloussi

Service de Médecine Interne, CHU Mohammed IV. Oujda

Introduction : Le méthotrexate (acide 4-amino-10-méthylfolique) est un antagoniste de l'acide folique qui inhibe sa réduction et la prolifération des cellules tissulaires. Il est largement utilisé dans la pathologie rhumatismale et auto-immune. En oncologie, représente l'un des agents antinéoplasiques important principalement dans le traitement de la leucémie aigüe lymphoïde et des syndromes lymphoprolifératifs. A de forte dose, le méthotrexate est provoqueur d'une toxicité élevée expliquant ses nombreux effets secondaires, parfois mortels, tel que le syndrome de Stevens Johnson. Nous rapportons 2 cas de syndrome de Stevens Johnson induits par méthotrexate à haute dose.

Cas cliniques N°1 : patient âgé de 34 ans, sans antécédents pathologiques notables, suivi pour leucémie aigüe lymphoïde T, mise sous chimiothérapie selon protocole GRALL-2014. À J3 post bloc 2 de consolidation ; dont la molécule principale était le méthotrexate haute dose 2000 mg/m², le patient a présenté une insuffisance rénale aigüe avec un érythème maculo-papuleux généralisé rapidement progressif associé à un décollement cutané en rapport avec un syndrome de Stevens Johnson. Le patient a été mis sous hyperhydratation alcaline, acide folinique et corticothérapie par solumédrol injectable, transféré en unité de soins intensifs pour suite de prise en charge avec un état clinique stationnaire.

Cas clinique N°2 : patient âgé de 71 ans, diabétique sous insuline, nouvellement diagnostiqué lymphome B diffus à grande cellule cérébrale isolé, mis sous protocole R-MPV. 2 jours après fin d'administration de méthotrexate haute dose, le patient a présenté une altération de sa conscience avec une mucite stade II, un érythème maculo-papuleux généralisé avec décollement cutané diffus en rapport avec un syndrome de Stevens Johnson, associés à des cytopénies profondes, insuffisance rénale aigüe, cytolysse et cholestase hépatiques, rapidement évolutives et le patient est décédé 2 jours plus tard.

Discussion : Le syndrome de Steven-Johnson est une réaction cutanéomuqueuse rare et potentiellement mortelle, survenant généralement dans un contexte d'hypersensibilité. Plusieurs cas ont été rapporté en rapport avec une incidence en augmentation ; 2 cas traité par méthotrexate pour un psoriasis ,2 enfants pour ostéosarcome et 1 cas de LAL, et dans notre 2 cas ; l'un traité pour LAL T et l'autre pour lymphome cérébral. La pathogenèse pourrait être expliquée par la toxicité cutanée entraînant une altération de reproduction cellulaire de la couche basale, et par conséquence la nécrose épidermique secondaire à l'apoptose des kératinocytes, expliquant le tableau clinique chez nos patients. La prise en charge repose essentiellement sur la détection précoce de ce syndrome et la place indiscutable de l'hyperhydratation alcaline et des corticoïdes avec traitement parallèle des autres défaillances par toxicité.

Conclusion : Le syndrome de Stevens Johnson est une affection rare et mortelle, généralement en rapport avec une toxicité médicamenteuse, dans notre contexte le méthotrexate, qui reste une pierre angulaire thérapeutique de la LAL et autres hémopathies malgré ces incidents grave.

P32- Syndrome de Münchhausen mimant une maladie auto-immune

O. Ezzarouki, H. Alaoui Bennasser, H. Bachir, Z. Aqodad, I. Sadqi, S. Hamaz, K. Serraj Andaloussi

Service de Médecine Interne et Laboratoire d'Immunohématologie et de Thérapie Cellulaire, CHU Mohammed IV. Oujda

Introduction :

Le syndrome de Münchhausen est un trouble factice, classé parmi les troubles délirants qui se caractérise par la production de manière répétée des symptômes mimant une maladie et jouer le rôle du malade afin d'attirer l'attention de l'entourage et des médecins et se faire hospitaliser. Son pronostic est très péjoratif à long terme. C'est la forme la plus grave des troubles factices.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une jeune fille âgée de 25 ans ayant comme antécédents un traumatisme oculaire en 2018, ainsi qu'une sœur suivie pour une maladie cœliaque et un père infirmier.

L'histoire de sa maladie remonte à 2019 avec l'apparition d'hématémèses et de diarrhées glairo-sanglantes. Une fibroscopie œsogastroduodénale et une coloscopie avec biopsies ont été réalisées en urgence, montrant une colite inflammatoire non spécifique. La coproparasitologie des selles n'a pas révélé de parasites. La patiente a été hospitalisée en gastroentérologie. Pendant son séjour, elle a présenté un œil rouge et douloureux. L'examen ophtalmologique a mis en évidence une kératite superficielle associée à une sclérite. Une IRM cérébro-orbitaire a montré une hypertrophie de la glande lacrymale, dont la biopsie a révélé une inflammation non spécifique. La patiente a été traitée par antibiotiques associés à une corticothérapie orale et locale. En raison de l'absence d'amélioration, un traitement antibacillaire puis immunosuppresseur local a été initié. Le diagnostic d'une orbitopathie inflammatoire non spécifique associée à une sclérite a été posé. La patiente a été ensuite référée au service de médecine interne pour un bilan étiologique, qui s'est révélé négatif.

La patiente a été hospitalisée à plusieurs reprises en gastroentérologie. Une recto-sigmoïdoscopie avait montré une muqueuse congestive avec des ulcérations linéaires superficielles, semblant d'origine traumatique. La manométrie anorectale avait montré une hypocompliance rectale associée à des troubles de commande et à une hypotonie du sphincter anal interne. En raison du pronostic visuel engagé, la patiente a été mise sous immunosuppresseurs et biothérapie.

Compte tenu de la discordance entre les symptômes cliniques et les résultats biologiques, des consultations fréquentes à l'hôpital et en privé, ainsi que des tableaux cliniques inventés ultérieurement par la patiente (comme l'introduction d'une aiguille au niveau de son genou), l'absence de réponse au traitement, et des plaintes contre le personnel médical, un syndrome de Münchhausen a été suspecté et pris en charge conjointement avec la psychiatrie

Discussion :

Le syndrome de Münchhausen constitue un trouble psychologique où les sujets simulent ou provoquent volontairement des symptômes physiques ou psychiques sur eux-mêmes. Leur objectif est généralement d'attirer l'attention des médecins et souvent de subir des opérations inutilement. Ces « faux malades » rapportent des signes imaginaires pour persuader le corps médical d'une affection. Les causes de ce syndrome sont peu être liées à la négligence ou à la

maltraitance dans leurs enfances, ou des troubles de la personnalité. Son diagnostic est un processus complexe et délicat. Les personnels de la santé devraient être attentifs aux signes de tromperie sans avoir passer à côté d'une urgence. Aucun traitement clairement efficace.

Conclusion :

Le syndrome de Münchhausen est un diagnostic d'élimination, son pronostic est péjoratif, d'où l'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire pour la gestion et le traitement.

P33- Etude descriptive du Sarcoïdose au sein de service de Médecine Interne du CHU Mohammed VI d'Oujda

E. Laghmari, I. Sadki, Z. Aqodad, H. Bachir, S. Hamaz, H. Alaoui Bennasser, K. Serraj Andaloussi

Service de Médecine Interne, CHU Mohammed IV. Oujda

Introduction : La sarcoïdose est une maladie granulomateuse multisystémique caractérisée par des granulomes non nécrosants infiltrant divers organes et posant des problèmes de diagnostic en raison de son mimétisme avec la tuberculose. Les patients atteints de sarcoïdose présentent souvent une atteinte médiastino-pulmonaire, des symptômes oculaires et cutanés et plus rarement une atteinte cardiaque, rénale et hépatique. Son évolution est difficile à prévoir : de la résolution spontanée en l'absence de traitement à la destruction progressive d'organes malgré plusieurs lignes thérapeutiques.

Objectifs : Le but de notre étude est de décrire le profil diagnostique, thérapeutique et évolutif de la sarcoïdose suivie dans le service de médecine interne du CHU Mohammed VI Oujda.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, portant sur les cas de sarcoïdose suivis dans notre service entre janvier 2019 et janvier 2024.

Résultats : Nous avons collecté 8 patients. L'âge moyen était de 60 ans (50-91), avec une nette prédominance féminine (100%). L'atteinte médiastino-pulmonaire a été retrouvée dans 6 cas soit 75% des cas avec prédominance de type II dans 83 % des cas. L'atteinte oculaire a été retrouvée dans 2 cas représenté par une panuvéïte dans un cas et par une sclérite dans l'autre cas. L'atteinte cutanée a été observée chez 2 patientes. L'atteinte rénale a été retrouvée dans 1 cas dont l'hypercalcémie a été le mode de révélation dans ce cas. L'atteinte cardiaque, neurologique, parotidienne et hépatique ont été observées dans 1 cas chacune. La confirmation histologique a été obtenue par médiastinoscopie dans 4 cas soit 50 % des cas, par BGSA dans 2 cas, par biopsie cutanée dans 2 et par biopsie hépatique et parotidienne dans un cas chacune. Tous les patients ont nécessité un traitement par corticothérapie orale dès le début, seulement chez une patiente on a eu recours à traitement de deuxième ligne représenté par l'azathioprine. L'évolution a été marquée par l'obtention de rémission complète de la maladie.

Discussion/résumé : A travers de notre étude nous avons constaté que: l'atteinte médiastino pulmonaire est l'atteinte la plus fréquente suivie des atteinte cutanée et oculaire avec rareté des autres atteinte à savoir neurologique , cardiaque ,rénale ;parotidienne et hépatique. Le profil des atteintes systémique de sarcoïdose dans notre service rejoint celui de la littérature

P34- Manifestations extra digestives (uvéïte, thrombose cérébrale) révélant la maladie cœliaque avec une excellente réponse au régime sans gluten : A propos d'un cas

E. Laghmari, I. Sadki, Z. Aqodad, H. Bachir, S. Hamaz, H. Alaoui Bennasser, K. Serraj Andaloussi

Service de Médecine Interne, CHU Mohammed IV. Oujda

Introduction :

La maladie cœliaque est une entéropathie chronique auto-immune multifactorielle due à une réponse immunitaire inappropriée contre les antigènes présents dans le gluten. Elle présente un large polymorphisme clinique allant d'une présentation clinique digestive classique due au syndrome de malabsorption à des symptômes extra-intestinaux. Parmi ces dernières on trouve les troubles neurologiques, les complications thrombo-emboliques et les uvéïtes.

Nous rapportant le cas d'un patient qui a présenté une panuvéïte bilatérale associée à thrombose cérébrale révélant la maladie coeliaque

Observation :

Il s'agit d'un jeune patient de 43 ans sans antécédents notable ; admis à notre formation pour une uvéïte récidivante sous corticothérapie depuis 1ans, l'interrogatoire révèle une amnésie rétrograde et la notion d'aphtose buccale, l'examen clinique objective une baisse de l'acuité visuelle bilatérale avec rougeur oculaire, alopecie non cicatriciel et rachialgies

Au cours d'hospitalisation le patient a présenté une crise convulsive

Les investigations étiologiques devant la panuvéïte bilatérale s'est révélé négatif a part un syndrome inflammatoire :

- sérologie : syphilis, CMV, EBV, VIH, HBV, HCV, toxoplasmose revenant négatives
- Quantiféron négatif
- HLA b27, b51 : négatif
- AAN : négatif
- ECA : négatif ; BGSA : -Sialadénite chronique de grade II selon la classification de Chilsholm et Masson. Absence de granulomes épithélioïdes et gigantocellulaires.
- IRM cérébrale : absence de lymphome oculo cérébrale
- TDM CTAP : absence de lésion en faveur de SPA ou atteinte vasculaire en rapport avec behçet , absence de lésion suspecte de malignité, Fractures tassements étagés des plateaux supérieurs des corps vertébraux aux étages dorsolombaires en rapport avec la dégénérescence vertébrale confirmé par un IRM médullaire.

Devant la crise convulsive : Ionogramme était correct, étude cyto bactério et biochimique du liquide pleurale sans anomalie, angio IRM était en faveur thrombophlébite cérébrale d'allure chronique et EMG montrait une épilepsie focalisée secondairement généralisée devant la thrombophlébite le bilan étiologique revenant sans anomalie à part le dosage d'homocystéine était limite : 15,89 micromol/l (normal : 5,46-16):

TDM CTAP: Absence de lésion suspecte de malignité , AAN :négatif, APL : négatif ,PU de 24 h: négatif , EPP : normal, Mutation JAK2 : négative ,absence de mutation facteur II ;facteur V, Protéine S, Protéine C et antithrombine :sont normaux .

Devant ce tableau aphtose, signes radiologiques en rapport avec ostéoporose et thrombophlébite on a opté au dosage des Ac anti transglutaminase revenant positif et FOGD revenant en faveur une muqueuse bulbo-duodénale hérissée de villosités atrophiques. Ces villosités sont le siège d'une lymphocytose épithéliale augmentée estimée à 35%. Le chorion est parsemé d'éléments inflammatoires lymphoplasmocytaires et quelques éosinophiles.

Pour le bilan de malabsorption on a trouvé légère anémie normochrome normocytaire arégénérative Hb à 11g/dl , ferritine 22.84 ng/ml, vitamine B12 à 259 pg/ml, acide folique à 5.80 ng/ml , Vitamine D à 15,5 ng/ml.

Sur le plan thérapeutique le patient mis sous régime sans gluten ; Supplémentation en vitamine D, supplémentation en fer, anticonvulsivant, anticoagulation curative avec meilleur évolution clinique biologique après un mois de traitement : absence d'activité de l'uvéite, disparition de dorsalgies, correction d'anémie

Discussion :

Bien que la MC affecte principalement le tractus gastro-intestinal, elle peut également se manifester par divers symptômes extra-intestinaux, y compris des manifestations auto-immunes comme l'uvéite, soulignant la nature systémique de la maladie et son impact potentiel sur différents systèmes organiques.

Notre patient présentant une uvéite clinique comme manifestation de la MC est ceci à la fois importante et pertinente, dans la mesure où une telle présentation n'a été décrite précédemment que dans très rare cas dans la littérature.

Dans la littérature, un risque de thrombose veineuse par maladie cœliaque est suggéré par certains auteurs, mais il semble exceptionnel. Cette association de thrombose veineuse et maladie cœliaque a été rapportée surtout chez les patients d'origine maghrébine, il s'agit essentiellement de thrombose veineuse abdominale (et plus rarement au niveau des membres inférieurs. Il faut noter que la pathogénie de cette association n'est pas bien définie et semble obscure. Les causes des cas rapportés sont la thrombocytose, le déficit en protéine C et le déficit en ATIII.

Dans notre observation, la cause de cette thrombose veineuse est probablement était homocystéine qui était à la limite haute mais aussi avec hypovitaminose D .Des études ont montré que des taux élevés d'homocystéine sont liés à un risque accru de TVC, soulignant l'importance de surveiller les taux d'homocystéine, de folate et de vitamine B12 chez les patients présentant des événements thrombotiques . De plus, l'implication potentielle de l'hypovitaminose D dans les complications thromboemboliques, y compris la TVC, a incité à rechercher les fonctions immunomodulatrices et anti-inflammatoires de la vitamine D pour prévenir et gérer les complications de la thrombose.

Conclusion :

La présente des cas rares des uvéites et de thrombose veineuse cérébrale comme symptôme révélateur de la maladie cœliaque comme le cas de notre patient souligne l'importance de considérer la maladie cœliaque comme une cause sous-jacente potentielle chez les patients présentant des événements thrombotiques inhabituels, même en l'absence de symptômes gastro-intestinaux typiques.

P35- Plasmocytomes extra médullaires : A propos de sept cas

H. Mbarki, I. Sadki, Z. Aqodad, H. Bachir, S. Hamaz, H. Alaoui Bennasser, K. Serraj Andaloussi

Service de Médecine Interne, CHU Mohammed VI Oujda

Introduction : Le plasmocytome est une tumeur maligne rare appartenant à la famille des proliférations plasmocytaires. Le plasmocytome est une prolifération monoclonale de plasmocytes malins pouvant se développer de façon isolée, correspondant alors au plasmocytome solitaire (de localisation médullaire ou extra médullaire) ou entrer dans le cadre d'un myélome multiple. Notre travail consistait à étudier les aspects diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs du plasmocytome extra médullaire. Patients et Méthodes : Une série de 7 cas de patients admis pour PEC d'un plasmocytome au service de médecine interne de CHU Mohammed VI Oujda, sur une période allant de 2021 au 2024, nous résumons les cas de notre étude sur ce tableau : Résultats Patient Sexe Age Symptomatologie Localisation Taux de plasmocytome médullaire Protocole thérapeutique 1 F 51 ans Céphalée, épistaxis avec strabisme unilatéral Nodule sternal Paroi latérale du cavum, Masse tissulaire sternale 16% Radiothérapie + protocole VCD 2 H 82 ans Epistaxis à répétition, Adénopathie cervicale palpable Masse Nasale Avec adénopathie cervicale 01 % Radiothérapie + protocole CTD 3 H 30 ans Nodule frontal Masse tissulaire frontale cutanée 03% Biopsie avec protocole VCD 4 F 61 ans Douleur thoracique Nodule costale thoracique 40%. Protocole VCD 5 F 68 ANS Douleur de la hanche droite avec impotence fonctionnelle du membre inférieur droit Masse tissulaire au niveau de la région fessière droite 92 % Protocole CTD puis VAD 6 F 55 ans Céphalée, BAV, douleur abdominal Initialement localisation orbitaire puis ovarien et nodule du genou 02% Protocole CTD puis VRD puis KRD 7 H 27 ans Lésions cutanées au niveau de face interne de la jambe Nodule cutané au niveau de la jambe, du tronc et du cuir chevelu 12% Protocole VCD puis DRD Evolution : Deux patients étaient en rémission complète ; un en VGPR, deux patients sont perdus de vue, deux patientes sont décédées et un patient actuellement en progression sous Daratumumab avec apparition de nouveaux plasmocytomes Discussions : On peut observer dans notre série une fréquence élevée d'atteintes multifocales (5/7 cas) et une localisation peu souvent décrite. La survenue des plasmocytomes extra-médullaires au moment du diagnostic, témoigne d'une maladie très agressive. Les options de traitement peuvent inclure la chimiothérapie, ainsi que la chirurgie et la radiothérapie dans les formes solitaires. Le pronostic est sombre et la survie très variable. Conclusion : Le plasmocytome extra osseux est une affection rare qui peut concerner toutes les régions du corps. La complication la plus redoutable est l'apparition de nouvelles localisations. Bibliographie : Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys., Vol. 64, No. 1, pp. 210–217, 2006, Outcomes and patterns of failure in solitary plasmacytoma : a multicenter Rare Cancer Network study of 258 patients López A, Méndez F, Puras-Báez A. Extramedullary plasmacytoma invading the bladder: case report and review of the literature. Urol Oncol 2003;21:419–23. I. Ghorbel, C. Nasr, L. Kochbati, Plasmocytomes extramédullaires : à propos de cinq cas ; Posters / Cancer/Radiothérapie 12 (2008) 713–753

P36- Rapport de cas : Première survenue d'une infection à Listeria après traitement par Teclistamab dans le Myélome Multiple

M. Salah, S. Tahri, A. Aphodome, H. Mechelia, R. Dragan, J. Chapiro

Service d'Hématologie, Hopitaux Civils de Colmar. France

Introduction

Le myélome multiple est une hémopathie maligne due à la prolifération clonale de plasmocytes dans la moelle osseuse. Le Teclistamab, un engageur bivalent ciblant BCMA sur les cellules myélomateuses et CD3 sur les cellules T, montre des résultats prometteurs pour les myélomes multiples réfractaires et en rechute, mais il peut augmenter le risque d'infections. Ce rapport documente la première survenue d'une infection à *Listeria monocytogenes* après traitement par Teclistamab.

Observation

Un homme de 75 ans, initialement diagnostiqué avec une MGUS à chaînes légères kappa en 2000, a évolué vers un myélome multiple en juin 2017. Il a reçu plusieurs traitements successifs :

- **Premier traitement (juin - septembre 2017)** : VTD (Velcade, Thalidomide, Dexaméthasone).
- **Deuxième traitement (septembre 2017 - 2019)** : Rev-Dex (Lenalidomide, Dexaméthasone).
- **Troisième traitement** : Venetoclax en monothérapie.
- **Quatrième traitement** : Pom-Dex (Pomalidomide, Dexaméthasone).
- **Cinquième traitement (mai 2020)** : DVD (Daratumumab, Velcade, Dexaméthasone), avec intervention neurochirurgicale en juin 2020.
- **Sixième traitement (janvier 2023)** : Teclistamab, entraînant un syndrome de relargage cytokinique (CRS) de grade 2.

En février 2023, il a développé une bactériémie à *Escherichia coli*, traitée par Tazo-Cipro-Amiklin. En mars 2023, il a développé une bactériémie à *Listeria monocytogenes*, traitée par amoxicilline. Malgré ces infections, le myélome a montré une rémission cytologique notable.

Discussion

Le traitement du myélome multiple à chaînes légères kappa est complexe, nécessitant des stratégies multiples. Teclistamab, un anticorps bispécifique, a montré une efficacité prometteuse mais augmente le risque d'infections opportunistes comme *Listeria monocytogenes*, une bactérie intracellulaire dangereuse pour les immunodéprimés. Ce cas est le premier à documenter une bactériémie à *Listeria* après traitement par Teclistamab, suggérant que les effets immunomodulateurs de Teclistamab, exacerbés par le CRS, augmentent la susceptibilité aux infections.

Conclusion

Ce cas souligne l'importance d'une approche thérapeutique multidisciplinaire et personnalisée dans le myélome multiple à chaînes légères kappa. Le suivi régulier, l'ajustement des traitements et la gestion proactive des complications sont essentiels pour optimiser les résultats cliniques. La survenue documentée d'une infection à *Listeria monocytogenes* après traitement par Teclistamab met en évidence la nécessité d'une vigilance accrue face aux infections chez les patients sous thérapies immunomodulatrices.

P37- Toxidermie médicamenteuse au service de Médecine Interne de CHU Mohammed VI Oujda : Série de cas entre 2022 et 2024

A. Seghiri, N. Abarkane, S. Barkhoukh, I. Sadki, Z. Aqodad, H. Bachir, S. Hamaz, H. Alaoui Bennasser, K. Serraj Andaloussi

Service de Médecine Interne, CHU Mohammed IV. Oujda

Introduction

Les toxidermies (TD) sont les effets indésirables à expression cutanée des médicaments administrés par voie systémique. Elles représentent 20 % des effets secondaires des médicaments. Les toxidermies se caractérisant par leur polymorphisme clinique. Le but de notre étude est de décrire les caractéristiques cliniques et évolutives de ces réactions médicamenteuses et d'en déterminer le profil étiologique. Patients et méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les patients ayant présenté une toxidermie sur une période de 02 ans allant de 2022 à 2024 hospitalisé au service de Médecine interne de CHU Mohammed VI Oujda. Le diagnostic repose sur une démarche d'imputabilité prenant en compte la présentation clinique, la chronologie des événements et des prises médicamenteuses et l'élimination des diagnostics différentiels. Cette démarche diagnostique, complétée par une recherche bibliographique et dans certains cas par une étude anatomopathologique, permet dans la majeure partie des cas d'établir un lien de causalité entre le(s) médicament(s) et l'éruption cutanée. Résultats : Douze dossiers ont été colligés (5 femmes et 07 hommes) soit un sexe ratio (H/F) de 1,4. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 40,5 ans. Les manifestations cliniques étaient à type de rash maculo-papuleux dans 03 cas, d'érythème pigmenté fixe (EPF) dans 02 cas, Les manifestations suivantes ont été notées chacune, dans un cas : l'urticaire généralisé sans angioedème et l'acné induite. L'atteinte cutanée était grave dans 5 cas (41.6 %) : deux cas de pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG), deux cas de syndrome de stevens-johnson et un cas de DRESS syndrome. Les médicaments les plus fréquemment incriminés étaient la bendamustine dans 4 cas, le méthotrexate dans 2 cas, le cyclophosphamide, le Déférasirox, l'acide Zolédronique l'acide tout-trans rétinoïque (ATRA), le cytarabine et l'imipénème chacun dans 01 cas. Sept patients (58,3 %) ont été traités par des dermocorticoïdes seuls avec une évolution favorable, et 5 patients ont nécessité le recours à une corticothérapie par voie générale. Pour tous les patients, le médicament incriminé a été arrêté. L'évolution était favorable dans 10 cas, avec 2 cas de décès. Discussion : Notre étude souligne le polymorphisme clinique des TD. Ces réactions sont pour la plupart bénignes. Néanmoins, des formes graves pouvant engager le pronostic vital ont été recensées, notamment le DRESS syndrome, la PEAG ou encore le syndrome de stevens-johnson. Conclusion : Le diagnostic de toxidermie doit amener à l'arrêt rapide du traitement suspect. Tous ces cas doivent être notifiés aux instances de pharmacovigilance afin d'authentifier l'imputabilité du médicament en question et d'interdire formellement et définitivement sa réintroduction. Mots clés : Toxidermie, médicaments.

P38- Infection fatale au virus de la grippe chez un patient sous Teclistamab

S. Tahri, M. Salah, A. Afodome, R. Dragan, B. Achour, M. Maison, H. Mechelia, K. Serraj Andaloussi *, J. Chapiro

* Service de Médecine Interne, CHU Mohammed IV. Oujda

Introduction :

Un patient atteint de myélome multiple est immunodéprimé par sa maladie d'une part et par les traitements anti myelomateux d'une autre. Les anticorps bispécifiques constituent une avancée thérapeutique majeure dans le traitement du myélome multiple en rechute ou réfractaire précédemment exposé aux trois classes thérapeutiques : immunomodulateurs, inhibiteurs de protéasome et anticorps anti-CD38.

Présentation du cas :

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 57ans qui présente un myélome multiple en rechute après trois lignes thérapeutiques mis sous teclistamab, qui a présenté une toux fébrile avec dyspnée à J5 de l'escalade de dose. Un bilan étiologique est réalisé devant cette symptomatologie fait d'une imagerie thoracique qui montre un syndrome alvéolo-interstitiel bilatéral. Un lavage bronchoalvéolaire a mis en évidence une PCR grippe A positive le reste du panel était négatif ainsi que les PCR bactériennes recherchées notamment les atypiques. Les hémocultures, la recherche d'aspergillose et de pneumocystose sont négatives. Le patient est mis sous oseltamivir et l'évolution est marquée par une aggravation clinique et biologique après quelques jours avec installation d'une détresse respiratoire et une défaillance multiviscérale. Le patient a été transféré en réanimation où il a été intubé, ventilé sédaté et mis sous drogues vasoactives. Une nouvelle recherche étiologique est menée mettant en évidence toujours une infection à la grippe A mais qui est porteuse d'une mutation H275Y responsable d'une résistance à l'oseltamivir et peramivir. Le séjour en réanimation a duré 6 semaines et le patient a gardé comme séquelle une neuropathie de réanimation.

Discussion :

Le teclistamab est un anticorps bispécifique de type IgG4-PAA complet, qui cible le récepteur CD3 des lymphocytes T et l'antigène de maturation des lymphocytes B (BCMA), qui est exprimé à la surface des cellules du myélome. Les infections au cours du teclistamab sont probablement expliquées par le mécanisme d'action de ce dernier qui couple les lymphocytes CD4 et CD8 aux cellules du myélome BCMA- positives, en conséquence, se produit une exhaustion des lymphocytes qui ne sont plus présents dans la circulation veineuse, ce qui se traduit biologiquement par une lymphopénie profonde et brutale. Les infections présentent une complication grave voire mortelle chez les patients sous anticorps bispécifiques en général et les anticorps anti-BCMA spécialement. Les infections les plus fréquentes sont celles des voies respiratoires et les septicémies. Les infections virales représentent 36% de l'ensemble des infections sous teclistamab. La mutation de résistance du virus influenzae est relativement rare mais qui augmente de plus en plus dans le monde.

Conclusion :

Le pronostic du myélome a changé avec l'avènement des nouveaux traitements. Ces derniers s'accompagnent d'un risque infectieux plus important et grave comparé aux autres thérapeutiques et qui peut être fatal.

P39- Evaluation de l'insulinorésistance par le score métabolique de l'indice de résistance à l'insuline (METS-IR) et par l'indice des triglycérides et du glucose (TyG) chez les patients suivis en Médecine interne libérale

S. El Kettani

Interniste libéral. Settat

Introduction

Les maladies cardiovasculaires constituent un problème majeur de santé publique du fait de leur morbi mortalité. Elles sont en grande partie en rapport avec l'athérosclérose, l'insulino-résistance et les anomalies lipidiques.

Pour assurer un dépistage et une prévention efficace de ces maladies l'utilisation de méthodes prédictives du risque est nécessaire.

La résistance à l'insuline est classiquement mesurée par l'indice HOMA, qui peut être substitué plus facilement par l'indice des Triglycérides-Glycémie (TyG) et par le score métabolique de l'indice de résistance à l'insuline (METS-IR). Ces indices ont une plus grande corrélation, que les simples paramètres lipidiques. Ils reflètent mieux les interactions cliniques et métaboliques des fractions lipidiques.

Objectif

Le but de cette étude était de déterminer le profil lipidique et d'évaluer l'insulino-résistance par l'indice TyG et le score METS-IR chez les patients suivis au cabinet de Médecine Interne à Settat.

Patients et méthodes

Il s'agissait d'une étude monocentrique prospective descriptive menée au cabinet de médecine interne, Settat, Maroc, de juin 2009 à décembre 2023. Tous les patients avaient bénéficié d'un examen clinique avec mesure des paramètres anthropométriques, prise de la pression artérielle et d'un bilan lipidique. Une obésité centrale a été retenue lorsque le tour de taille (TT) ≥ 102 cm chez les hommes et ≥ 88 cm chez les femmes. La dyslipidémie a été retenue sur les directives de l'Adult Treatment Panel III, du programme d'éducation nationale du cholestérol. L'estimation de l'insulino-résistance a été basée sur l'indice des TyG et le score METS-IR. Les 2 indices ont été calculés en utilisant les formules suivantes :

$$TyG = \ln \left[\frac{TG(mg/dL) \times FBG(mg/dL)}{2} \right]$$
$$METS - IR = \frac{\ln \left[2 \times FPG \left(\frac{mg}{dL} \right) + TG(mg/dL) \right] \times BMI(kg/m^2)}{\ln[HDL(mg/dL)]}$$

Pour comparer les fréquences des variables qualitatives nous avons utilisé le test du χ^2 de Pearson. Les moyennes ont été comparées avec le test ANOVA. La comparaison des deux indices a été réalisée avec la corrélation de Pearson. Le seuil de signification statistique a été fixé à 5%. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS, version 20.

Résultats

Il s'agissait de 3203 patients, âgés de $55,1 \pm 11,6$ ans (extrêmes de 30 à 110 ans) et dont 65,8% étaient des femmes. 83% avaient un excès pondéral ou une obésité, 68,4% avaient une obésité centrale, 27,2% étaient connus hypertendus et 34,0% étaient diabétiques.

Les femmes étaient plus âgées ($p = 0,000$), plus obèses (62,2% versus 21,8% ; $p = 0,000$), avaient plus d'obésité centrale ($p < 0,000$), étaient plus hypertendues (28,4 % versus 24,8% ($p = 0,000$) et étaient moins diabétiques (29,7% vs 44,8% ; $p = 0,000$).

L'hyper cholestérolémie (44,8%) était la dyslipidémie la plus fréquente suivie de l'hypo HDLémie (42,2%), l'hyper LDLémie (38,8%) puis l'hyper triglycéridémie (30,7%).

L'hyper triglycémie était significativement plus élevée chez les hommes ($p = 0,000$), alors que les 3 autres dyslipidémies étaient significativement plus élevées chez les femmes ($p = 0,000$).

Les moyennes de l'indice TyG et du METS-IR étaient respectivement $4,23 \pm 0,50$ et $37,12 \pm 7,73$.

L'accord entre les deux indices était important (corrélation de Pearson $p < 0,000$).

L'indice TyG était significativement plus élevé chez les hommes ($p = 0,000$), alors que le score METS-IR était significativement plus élevé chez les femmes ($p = 0,000$).

L'indice TyG était significativement plus élevé chez les patients âgés de 60 ans et plus ($p = 0,000$), alors que le score METS-IR était significativement plus élevé chez les patients âgés de moins de 60 ans ($p = 0,000$).

L'indice TyG et le score METS-IR avaient augmenté significativement avec l'évolution de l'état trophique ($p = 0,018$ et $p = 0,000$).

L'indice TyG n'était pas significativement influencé par l'obésité centrale ($p = 0,383$), alors que le score METS-IR était significativement plus élevé chez les patients présentant une obésité centrale ($p = 0,000$).

Les patients présentant une hypertension artérielle avaient des moyennes du TyG et du score METS-IR significativement plus élevées ($p = 0,000$).

Alors que les patients présentant un diabète ou un syndrome métabolique avaient des moyennes du TyG significativement plus élevées ($p = 0,000$), mais des moyennes du score METS-IR significativement plus basses ($p = 0,000$).

Les moyennes de l'indice TyG et du score METS-IR étaient significativement plus élevées chez les patients qui présentaient une dyslipidémie ($p = 0,000$).

Conclusion

Dans cette étude, les dyslipidémies étaient très fréquentes (entre 30,7% et 44,8 %) et significativement plus chez les femmes. En dehors de l'hypertriglycémie qui était significativement plus fréquente chez les hommes les 3 autres dyslipidémies l'étaient chez les femmes.

Les moyennes de l'indice TyG et du METS-IR étaient respectivement $4,23 \pm 0,50$ et $37,12 \pm 7,73$. La concordance entre les indices était significative.

L'indice TyG était significativement plus élevé chez les hommes ($p = 0,000$), chez les patients âgés de 60 ans et plus ($p = 0,000$), chez les obèses ($p = 0,018$), les patients présentant une hypertension artérielle ($p = 0,000$) et les patients présentant un diabète ou un syndrome métabolique ($p = 0,000$). Il n'était pas significativement influencé par l'obésité centrale ($p = 0,383$).

Le score METS-IR était significativement plus élevé chez les femmes ($p = 0,000$), chez les patients âgés de moins de 60 ans ($p = 0,000$), les obèses ($p = 0,000$), les patients présentant une obésité centrale ($p = 0,000$), les patients présentant une hypertension artérielle ($p = 0,000$). Alors que les patients présentant un diabète ou un syndrome métabolique avaient des moyennes du score METS-IR significativement plus basses ($p = 0,000$).

Pour quoi ces 2 indices ont été influencés de manière non concordante par le sexe, l'âge, l'obésité centrale, le diabète et le syndrome métabolique, alors que la concordance globale entre les 2 indices était significative ?

Mots clés : Diabète, dyslipidémie, insulino-résistance, obésité, profil lipidique, Settat, Maroc

P40- Evaluation de la variabilité de la fréquence cardiaque à travers l'analyse spectrale chez 186 patients suivis en Médecine Interne libérale

S. El Kettani

Interniste libéral. Settat

Introduction

Le système nerveux autonome (SNA) joue un rôle très important dans l'homéostasie globale. Son exploration se base classiquement sur les tests dynamiques d'Ewing qui évaluent le degré des réponses vagale et sympathique périphérique ou centrale après stimulation orthostatique, respiratoire, musculaire ou émotionnelle.

Son exploration au repos n'est pas routinière elle peut se faire à travers l'évaluation de la variabilité de la fréquence cardiaque (VFC). Cette exploration évalue la balance sympathovagale et donc recherche la présence de dysautonomies.

Plusieurs études ont prouvé que la VFC était perturbée dans plusieurs situations notamment le diabète, l'obésité, le syndrome métabolique et était liée aux morts subites d'origine cardiaque.

Objectif

Cette étude visait à évaluer l'activité du SNA cardiaque au repos, à travers les modifications de la VFC étudiée par l'analyse spectrale de la VFC pour rechercher un éventuel déséquilibre autonome.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude monocentrique prospective descriptive menée au cabinet de médecine interne, Settat, Maroc. Elle a concerné 186 patients âgés de $53,56 \pm 15,77$ ans. Tous les patients avaient bénéficié d'un examen clinique avec mesure des paramètres anthropométriques et de la mesure de la pression artérielle.

Après un repos minimum de 15 minutes, les intervalles R-R ont été collectés, pendant 5 minutes, à partir du cardiofréquencemètre Polar V10 et traités à l'aide du logiciel Elite HRV. Puis la VFC a été étudiée à l'aide du logiciel Kubios.

Les données numériques des valeurs absolues de basse fréquence (LF) (0,04-0,15 Hz) et de haute fréquence (HF) (0,15-0,40 Hz) (en ms^2), des unités normalisées de LF et d'HF (en nu) et le rapport LF/HF ont été exprimées en moyenne et écart-type.

Une LF élevée est en faveur d'une hyperactivité sympathique, une valeur élevée d'HF est en faveur d'une hyperactivité parasympathique et une valeur élevée du ratio LF/HF est en faveur d'une hyperactivité sympathique.

Pour comparer les fréquences des variables qualitatives nous avons utilisé le test χ^2 de Pearson. Les variables quantitatives ont été comparées avec le test ANOVA. Le seuil de signification statistique a été fixé à 5%. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS, version 20.

Résultats

Données démographiques et pathologiques

Il s'agit de 186 patients âgés de $53,56 \pm 15,77$ ans (extrêmes de 30 à 88 ans), dont 65,7% sont des femmes. 39,2% sont diabétiques, 27,4% sont hypertendus, 17,7% sont obèses et 28,0% présentent un syndrome métabolique

Les diabétiques ($p = 0,000$), les hypertendus ($p = 0,000$) et les patients présentant un syndrome métabolique ($p = 0,025$) sont significativement plus âgés, par contre ni le sexe ($p = 0,696$) ni l'obésité ($p = 0,777$) ne sont influencés par l'âge.

Données spectrales

La moyenne globale de la basse fréquence, LF (nu) est de $54,04 \pm 17,78$. Elle diminue de manière significative ($p = 0,005$) avec les tranches d'âge. Par contre elle est plus élevée chez hommes et chez les obèses mais de manière non significative ($p = 0,851$ et $p = 0,215$). Elle est plus basse chez les diabétiques, les hypertendus et ceux présentant un syndrome métabolique ($p = 0,144$, $p = 0,278$ et $p = 0,121$).

Donc l'activité sympathique est significativement plus élevée chez les patients de moins de 60 ans. Elle n'est influencée significativement ni par le sexe, ni par le diabète, ni par l'HTA, ni par l'obésité, ni par le syndrome métabolique.

La moyenne globale de la haute fréquence, HF (nu) est de $45,82 \pm 17,66$. Elle augmente de manière significative ($p = 0,005$) avec les tranches d'âge. Par contre elle est plus élevée mais de manière non significative chez les femmes, les hypertendus et les patients présentant un syndrome métabolique ($p = 0,611$, $p = 0,347$ et $p = 0,121$). Elle est plus basse mais de manière non significative chez les diabétiques et les obèses ($p = 0,135$ et $p = 0,250$).

Donc l'activité parasympathique est significativement plus élevée chez les patients âgés de 60 ans et plus. Elle n'est influencée significativement ni par le sexe, ni par le diabète, ni par l'HTA, ni par l'obésité, ni par le syndrome métabolique.

La moyenne globale du ratio LF/HF est de $1,67 \pm 1,56$, elle diminue de manière significative ($p = 0,003$) avec les tranches d'âge. Elle augmente significativement chez les patients obèses ($p = 0,010$). Par contre elle est plus élevée mais de manière non significative chez les hommes ($p = 0,586$), et plus basse mais de manière non significative chez les diabétiques, les hypertendus et les patients présentant un syndrome métabolique ($p = 0,293$, $p = 0,557$ et $p = 0,443$).

Donc l'hyper activité sympathique est significativement plus élevée chez les patients de moins de 60 ans et chez les obèses. Elle n'est influencée significativement ni par le sexe, ni par le diabète, ni par l'HTA, ni par le syndrome métabolique.

Conclusion

Dans cette étude, qui a concerné 186 patients âgés de $53,56 \pm 15,77$ ans, l'activité parasympathique (HF) est significativement plus élevée chez les patients âgés de 60 ans et plus. Elle n'est influencée significativement ni par le sexe, ni par le diabète, ni par l'HTA, ni par l'obésité, ni par le syndrome métabolique.

L'activité sympathique (LF et ratio LF/HF) est significativement plus élevée chez les patients âgés de moins de 60 ans. Elle n'est influencée significativement ni par le sexe, ni par le diabète, ni par l'HTA, ni par le syndrome métabolique. Par contre l'obésité influence différemment ces 2 paramètres. Le ratio LF/HF a été significativement plus élevé chez les obèses alors que les basses fréquences (LF) n'ont pas été influencées significativement.

Un effectif plus large permettra de jeter plus de lumière sur l'apport de l'analyse spectrale de la VFC. L'analyse des mesures du domaine temporel (SDNN, RMSSD, NN50 et NN50 %) permettra aussi, peut-être, de mieux caractériser l'activité du SNA au repos. Il serait également judicieux de prendre en considération le niveau de l'activité physique, de la sédentarité, du stress et de la prise de bêtabloquants ou de l'Amlodipne.

Mots clés : Variabilité, fréquence cardiaque, analyse spectrale

P41- Prévalence des phénotypes morphologiques chez 3031 patientes âgées entre 30 et 60 ans suivies en Médecine Interne libérale, Settat. Maroc

S. El Kettani

Interniste libéral. Settat

Introduction.

L'obésité est liée à une accumulation excessive de la graisse dans l'organisme. Elle constitue un problème majeur de santé publique du fait de sa morbi mortalité et notamment ses risques cardiovasculaires et métaboliques. L'apparition de ses risques n'est pas liée à la sévérité de l'obésité (classification par IMC) mais à l'excès de masse grasse et spécifiquement au niveau abdominal qui peut être estimée notamment par la mesure du tour de taille.

Objectifs

L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence des phénotypes morphologiques de l'état trophique.

Patients et méthodes

Il s'agissait d'une étude monocentrique prospective descriptive menée au cabinet de médecine interne à Settat. Elle a concerné 3031 patientes âgées de 30 à 59 ans et suivies au cabinet de Médecine Interne à Settat, de juin 2009 à décembre 2023

Toutes les patientes avaient bénéficié d'un examen clinique avec mesure des paramètres anthropométriques classiques poids, taille, indice de masse corporelle (IMC), tour de taille (TT), tour de poignet (TP), rapport TT sur taille (RTTT) et avec mesure de la matière grasse par impédancemétrie. Un excès pondéral a été retenu lorsque l'IMC était compris entre 25 et 29,9 kg/m² et une obésité lorsque l'IMC était ≥ 30 kg/m². Une obésité centrale a été retenue lorsque le tour de taille (TT) était ≥ 88 cm.

Pour le phénotype morphologique nous avons classé les patientes en 4 groupes : obésité générale et abdominale (OGetOA), obésité générale mais non abdominale (OGnOA), obésité abdominale avec poids normal (OAetPN), obésité abdominale avec excès pondéral (OAetEx) et poids normal sans obésité abdominale ou poids normal vrai (PNV).

Pour comparer les fréquences des variables qualitatives nous avons utilisé le test du χ^2 de Pearson. Les moyennes ont été comparées avec le test ANOVA. La comparaison des paramètres anthropométriques a été réalisée avec la corrélation de Pearson.

Résultats

Il s'agissait de 3031 femmes, âgées de $45,57 \pm 8,21$ ans. 23,3 % avaient un IMC normal, 44,7 % avaient un excès pondéral et 32,0 % avaient une obésité. La prévalence de l'obésité abdominale (78,78 %) était beaucoup plus élevée que celle de l'obésité générale.

Le phénotype PNV représentait 16 %, le phénotype OGetOA représentait 32 %, le phénotype OAetPN représentait 7,3% et le phénotype OAetEx représentait 39,5%.

Les phénotypes PNV et OGetOA ne posent pas de problèmes d'interprétation des risques qui sont évidents ! Tous les paramètres étaient significativement plus élevés chez les OGetOA sauf la taille qui était similaire entre les 2 groupes. Le diabète était très prévalant chez les OGetOA comparativement aux PNV (14,8 % vs 8.7%).

Les patientes présentant une OGetOA, peuvent être étiquetées « obèses pathologiques, ou non saines ». Ces patientes étaient significativement plus âgées ($p = 0,000$). Elles avaient significativement un IMC plus élevé ($p = 0,000$), avaient significativement un TP plus élevé ($p = 0,000$), un TT plus élevé ($p = 0,000$), un pourcentage de graisse plus élevé ($p = 0,000$) et avaient une quantité de graisse corporelle plus élevée ($p = 0,000$).

Les patientes qui avaient un phénotype OAetPN (7.3%) ou un phénotype OAetEx (39,5%), peuvent être étiquetées « obésité masquée ». Les patientes qui avaient une OAnOG devraient être mieux caractérisées !

Ainsi, parmi les 706 patientes à poids normal, 31,3% avaient une obésité abdominale. Elles se caractérisaient par un âge et des paramètres anthropométriques significativement plus élevés et une prévalence du diabète plus élevée (11,3% vs 8,7%).

Parmi les 1354 patientes en excès pondéral 88,3 % avaient une obésité abdominale. Elles se caractérisaient par un âge et des paramètres anthropométriques significativement plus élevés et une prévalence du diabète plus élevée (13,3% vs 8,9%).

On pourrait considérer que les patientes qui présentent une « obésité masquée » reflètent une faiblesse, une insuffisante ou une limite de l'IMC. Chez ces patientes l'utilisation d'autres paramètres déterminant de l'obésité doivent corriger l'insuffisance de l'IMC.

Conclusion

Dans cette étude 16 % des patientes avaient un PNV, 32 % avaient une OGetOA, alors que 46,8% avaient une obésité « masquée », car l'IMC était $< 30 \text{ kg/m}^2$ et le TT indiquait une obésité centrale. Ces patientes avaient des paramètres anthropométriques élevés et une prévalence du diabète plus élevée.

L'IMC sous-estime l'obésité chez 88 % des femmes qui ont un excès pondéral et chez 31,3% des femmes à poids normal ! L'IMC seul est insuffisant pour caractériser le risque cardiovasculaire et de survenue du diabète. Il doit toujours être associé à la mesure TT. L'utilisation du TP plus facile que celle du TT pourrait être utile une fois que les cut-off de normalité soient proposés.

Mots clés : Diabète, Excès pondéral, Obésité, Phénotypage

P42- Manifestations neurologiques au cours du syndrome de Sjogren

W. Chawad 1, I. Raaidi 1, S. El Bachiri 1, A. Taouch 2, S. Firdaous

2, F. Ibourk 2, R. Smaili 1, N. El Ouardi 1, N. Dalhi 1, Z. Mrika 1, R. Ait Amran 1, K. Daoudi 1, A. Al Asfar 1, H. Stitou 1, M. Bourkia 1, H. Harmouche 2

1 Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique, CHU Mohammed VI. Tanger

2 Service de Médecine Interne, CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

Le syndrome de sjogren (SGS) est une maladie auto-immune systémique chronique caractérisée par une infiltration inflammatoire lymphoïde des glandes exocrines entraînant leur destruction tissulaire.

Le SGS peut se compliquer de manifestations systémiques extra glandulaires parmi lesquelles figurent les complications neurologiques, survenant dans 8,5 à 70 % des cas selon les études. Les données de la littérature concernant le système nerveux périphérique sont nombreuses et assez concordantes. En revanche les données concernant les manifestations centrales sont beaucoup plus rares et discordantes.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les dossiers des patients ayant présentés des manifestations neurologiques périphériques ou centrales au cours d'un syndrome de sjogren primitif.

Résultats

Il s'agissait de 21 femmes et un homme. L'âge moyen était de 54 ans avec des extrêmes allant de 28 à 76 ans. Les manifestations neurologiques étaient révélatrices du syndrome de Sjogren dans 10 cas soit dans 45% des cas, a type de paresthésies (n = 6), de déficit moteur (n = 3), et de troubles de comportements (n = 1). La symptomatologie neurologique était caractérisée par une atteinte du système nerveux central dans 6 cas a type de : vascularite du SNC dans 2 cas, atteinte de type SEP (n = 1), AVC (n = 1), hypophysite (n = 1) et myélite dans 1 cas. L'atteinte neurogène périphérique consistait en : une polyneuropathie sensitive (n = 7), une polyneuropathie sensitivo-motrice (n = 3), une polyradiculonévrite (n = 2), une mononeuropathie multiple, mononevrite et neuronopathie dans 1 cas chacun. Les manifestations extra glandulaires associées à l'atteinte neurologique étaient représentées par l'atteinte digestive (n = 6), hématologique (n = 6), pulmonaire (n = 3), digestive (n = 2), cardiaque (n = 2), et rénale (n = 1), Une corticothérapie était administrée dans 68% des cas. Un traitement de fond y été associé dans 81% des cas a type de : cyclophosphamide (n = 7), azathioprine (n = 8), méthotrexate (n = 1), mycophenolate mofetil (n = 1), et rituximab dans 1 cas. Les immunoglobulines étaient administrées pour l'atteinte neurologique périphérique dans 22% des cas. L'évolution a été marquée par une rémission partielle dans 36 % cas, complète dans 32% des cas et une stabilité lésionnelle dans 14% des cas.

Discussion :

La prévalence des manifestations neurologiques périphériques est estimée entre 15 et 20% et concerne majoritairement les grosses fibres nerveuses. Celles-ci précèdent le diagnostic de la maladie dans 70% des cas. La présence d'une douleur neuropathique avec un électromyogramme normal devra faire évoquer une neuropathie des petites fibres L'atteinte neurologique centrale est plus rare, retrouvée dans moins de 10%des cas. D'évaluation difficile, elle peut consister en une atteinte centrale des nerfs crâniens, une névrite optique, une atteinte de la substance blanche mimant une sclérose en plaque, des lésions de vascularite cérébrale, une myélite ou une méningite lymphocytaire

Conclusion :

Si le pronostic des patients avec un SGS reste bon avec la survenue rare d'atteintes viscérales graves, les manifestations extra glandulaires, et en particulier les neuropathies douloureuses altèrent la qualité de vie des patients. Il faut savoir rechercher systématiquement un SGS devant un tableau de myélopathie, neuropathie à prédominance sensitive, atteintes du V ou VIII ou tableau de type SEP débutant après 50 ans.

Références bibliographiques :

1. S. Delalande, J. De Seze, D. Ferriby, P. Vermersch .Les manifestations neurologiques du syndrome de Gougerot-Sjögren Neurological manifestations in Sjögren syndrome. La Revue de médecine interne 31S (2010) S8-S15

P44- Syndrome de Gougerot Sjogren primitif à propos d'une série de 50 cas

W. Chawad 1, I. Raaidi 1, S. El Bachiri 1, A. Taouch 2, S. Firdaous 2, F. Ibourk 2, R. Smaili 1, N. El Ouardi 1, N. Dalhi 1, Z. Mrika 1, R. Ait Amran 1, K. Daoudi 1, A. Al Asfar 1, H. Stitou 1, M. Bourkia 1, H. Harmouche 2

1 Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique, CHU Mohammed VI. Tanger

2 Service de Médecine Interne, CHU Ibn Sina. Rabat

Introduction :

Le syndrome de sjogren est une maladie auto-immune systémique caractérisée par une infiltration inflammatoire lymphoïde des glandes exocrines conduisant à une sécheresse oculaire et buccale. Il s'agit du deuxième collagénose la plus fréquente après la polyarthrite rhumatoïde. Si l'évolution est généralement bénigne avec un retentissement essentiellement sur la qualité de vie secondairement au syndrome sec et à l'asthénie, d'autres manifestations extra-glandulaires et viscérales auront un impact pronostic plus lourd tel que la survenue : d'un lymphome, d'une vascularite, une insuffisance rénale ou une pneumopathie interstitielle.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective bicentrique réalisée au sein des services de médecine interne des CHU de Rabat et de Tanger, sur une période de 10 ans s'étendant de Janvier 2015 à Janvier 2024. Nous avons colligé les observations de patients atteints d'un syndrome de Sjogren primitif suivis en consultation externe ou en hospitalier. L'objectif primaire de notre étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des patients atteints d'un syndrome de Sjörgen primitif

Résultats :

Cinquante patients ayant un syndrome de sjogren primitifs ont été inclus. L'âge moyen était de 52 ans avec des extrêmes allant de 28 à 76 ans. Le sexe ratio était de 9. Les principales circonstances de découverte étaient : la sécheresse oculaire et/ou buccale (82%), les arthralgies (52%), la dyspnée (12%) et les paresthésies (12%). Les signes généraux étaient présents dans 44% des cas. La xérophtalmie était rapportée chez 84% des cas avec un test de shierner altéré dans 74%. La xérostomie présente chez 78% des patients. Les manifestations extra glandulaires étaient représentées par : l'atteinte ostéoarticulaire (64%), L'atteinte neurologique dans 44% (32% périphériques et 12% centrales), L'atteinte hématologique (44%), cutanée (30%), pulmonaire (26%), musculaire, digestive et psychiatrique dans 18% des cas chacune et rénales dans 10%. Au bilan immunologique, les anticorps antinucléaires étaient positifs d'aspect mouchetés chez 78%. Les anti SSA positifs dans 68%. Les anti SSB étaient présents dans 14% des cas. La biopsie des glandes salivaires accessoires objectivait une sialadénite lymphocytaire avec un focus score \geq à 1 dans 88% des cas. L'électrophorèse des protéines objectivait une hypergammaglobulinémie polyclonale dans 57% avec une valeur moyenne de 22g /l. Le traitement était basé sur l'hydroxychloroquine dans 75%, la corticothérapie dans 65%. 24 patients ont eu recours aux immunosuppresseurs (cyclophosphamide dans 9 cas, mycophénolate mofétil dans 3 cas, méthotrexate dans 2 cas. 18% des patients étaient sous antalgiques classiques et sous traitement antidépresseur. 2 patients ont présenté au cours de

l'évolution de la maladie un lymphome de bas grade, 2 patients des complications infectieuses et 4 une maculopathie aux antipaludéens de synthèse. La rémission complète n'était achevée que chez 34% des cas.

Conclusion :

Le Syndrome de Sjogren est une connectivite fréquente, de diagnostic souvent difficile par le caractère insidieux de ses manifestations et sa lente évolutivité. Ses complications sont parfois redoutables, mais le pronostic vital est rarement mis en jeu. Le rôle du soignant est d'abord de tenter de soulager les symptômes invalidants que sont : l'asthénie, la fatigue et les douleurs source de dépression et d'altération de la qualité de vie des patients et de repérer les formes évolutives, pour guetter l'apparition d'éventuelles complications.

Références bibliographiques :

- 1- E. Ledoult, S. Sanges, V. Sobanski, D. Launay, E. Hachulla et P.-Y. Hatron. Syndrome de Gougerot Sjogren Traité de médecine AKOS, 2022-08-01, Volume 25, Numéro 3, Pages 1-8, Copyright © 2022 Elsevier Masson SAS
- 2-E. Doare, D. Cornec, S. Jousse-Joulin, J.-O. Pers, V. Devauchelle-Pensec , A. Saraux. Le syndrome de gougerot Sjögren primitif : bibliothèque numérique d'Elsevier Masson © 2020 Elsevier Masson SAS.

P45- Lésions génitales révélant une histiocytose langheransienne chez l'adulte

W. Chawad, A. Lasfar, Z. Mrika, R. Ait Imrane, S. El Bachiri, R. Smaili, I. Raadi, N. El Ouardi, N. Dalhi, K. Daoudi, H. Stitou, M. Bourkia

Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique, CHU Mohammed VI. Tanger

Introduction :

L'histiocytose langheransienne (HL) est une néoplasie myéloïde clonale caractérisée par une prolifération dans les tissus de cellules ayant les caractéristiques phénotypiques de la cellule de Langherans et une mutation de BRAF V600E dans 50% des cas. Cette maladie rare touche plus fréquemment les enfants mais peut être également être rencontrée à l'âge adulte. Les manifestations cliniques varient de formes monotissulaires à des formes disséminées létales avec une prédilection pour l'os et la peau. Les histiocytoses à révélation cutanée chez l'adulte sont rares. Une atteinte systémique, notamment osseuse pulmonaire ou hématologique à type de syndrome myéloprolifératif y est associée dans 16-18% des cas et doit être recherchée systématiquement. Nous rapportons un cas d'histiocytose langheransienne de l'adulte révélée par une atteinte cutanée.

Observation :

Il s'agit d'une patiente de 41 ans qui présente des papules érythémateuses prurigineuses sous mammaires et du cuir chevelu associées à des ulcérations buccales, périanales et vaginales évoluant par poussée rémission, traités initialement comme dermatite séborrhéique sans amélioration. Six années plus tard, la patiente développe un diabète insipide avec syndrome polyuro-polydipsique. L'IRM hypophysaire révèle un processus lésionnel centré sur l'hypothalamus, se prolongeant à la partie supérieure de la tige pituitaire et accompagné d'une anomalie de signal des bandelettes optiques. Le bilan d'extension objective une lésion kystique du poumon et une infiltration périrénale droite prenant un aspect chevelu. La biopsie cutanée avec étude immunohistochimique confirme le diagnostic d'une HL en montrant une prolifération histiocytaire exprimant le PS100 et le CD1a. Sur le plan thérapeutique, la patiente est mise sous vinblastine à dose de 6mg/m² par semaine pendant 6 semaines puis tous les 21 jours, associés à de la prednisone et de la desmopressine par voie nasale. La patiente n'a pas présenté à ce jour de complications hématologiques.

Discussion :

Les manifestations cutanées de l'HL sont polymorphes : papule, nodule, tumeur ± ulcérée solitaires, ou papules brun-pourpres multiples ou généralisées avec une localisation préférentielle au niveau des plis et de la région ano-génitale. Edelbroek et al. ont rapporté 18 patients atteints d'HL se présentant initialement avec des lésions cutanées et 74 cas supplémentaires provenant d'une recherche bibliographique couvrant la période 1976-2011. Les auteurs démontrent dans cette étude que les patients atteints d'HL révélée par une atteinte cutanée ont un risque accru de développer hémopathie maligne notamment myélomonocytaire pouvant s'expliquer par un précurseur cellulaire commun au niveau de la moelle osseuse, et suggèrent la réalisation d'un bilan d'extension exhaustif comprenant une biopsie médullaire systématique.

Conclusion :

L'HL chez les adultes à révélation cutanée est très rare. Contrairement à l'HL de l'enfant, il n'existe pas de lignes directrices spécifiques pour la stadification, le traitement et le suivi. Les cliniciens doivent être conscients du risque d'apparition d'une hémopathie maligne qui peut survenir même des années après la rémission de toutes les lésions cutanées. La surveillance

régulière des patients avec HL cutanée isolée est nécessaire, elle permet la recherche d'une extension systémique d'une part et d'autre part le dépistage d'une complication hématologique qui viendrait greffer le pronostic initialement bon de ces patients.

Références bibliographiques :

- 1- J.R. Edelbroek, M.H. Vermeer, P.M. Jansen, T.J. Stoof, M.M.D. van der Linden, B. Horváth, J. van Baarlen and R. Willemze. Langerhans cell histiocytosis first presenting in the skin in adults: frequent association with a second haematological malignancy. *BJD* 2012 British Association of Dermatologists 2012 167, pp1287–1294
- 2- Lisa F. Fronck , Hailey Grubbs , David W. Dorton , Richard Mille .Isolated Cutaneous Langerhans Cell Histiocytosis Presenting in an Adult Male. *Cureus* 12(8): e9861. DOI 10.7759/cureus.9861

P46- L'atteinte cutanée du Lupus systémique au service de Médecine Interne du CHU Tanger

N. Dalhi, R. Smaili, I. Raaidi, N. El Ouadi, A. Elasar, Z. Mrika, R. Ait Amran, K. Daoudi, H. Stitou, I. Doukkali, A. Aalam, M. Bourkia

Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique, CHU Mohammed VI. Tanger

Introduction :

L'atteinte cutanée du lupus érythémateux systémique (LES) est fréquente puisqu'environ 75 à 80 % des patients développent une atteinte cutanée spécifique, ce qui représente la deuxième atteinte la plus fréquente après l'atteinte articulaire (80 %). Par ailleurs, l'atteinte cutanée représente le symptôme initial du LES dans 20 % des cas environ. La reconnaissance d'une atteinte cutanée évocatrice d'un lupus est donc essentielle.

Le but de ce travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des patients présentant un LES avec atteinte cutanée.

Matériels et méthodes :

Étude transversale et descriptive portant sur des patients suivis au service de médecine interne CHU Mohamed VI de Tanger pour LES entre 2019 et 2024.

Résultats :

Cent (100) patients présentant un LES étaient colligés, Parmi ces patients l'atteinte cutanée était présente dans 78 % des cas. Cette atteinte cutanée était inaugurale chez 52,5 % des patients. L'âge médian de ces patients était de 33,5 ans. Il s'agissait de 7 hommes et de 71 femmes.

La photosensibilité était rapportée chez 61,5 % des patients. Les présentations cliniques étaient les suivantes : lupus aigue et subaigu classique (91%), lupus discoïde (5%), lupus bulleux (1 cas), lupus engelure (1cas). les lésions cutanées non spécifiques étaient présentes : alopecie (17%),ulcérations des muqueuses (6,4%) ,livedo (5%),Raynaud (4%),calcinose (1cas).une biopsie cutanée est faite que chez 4 cas. Les AAN étaient positifs chez tous les cas, les anti-DNA dans 67 %.les anti SM dans 21%, les anti SSA dans 16%, les anti histones 5%, 12 cas (15%) avaient des anticorps anti-phospholipides positifs.

Associé à l'atteinte cutanée, les patients présentaient une atteinte articulaire dans 87 % des cas, un épanchement pleural dans 15 % des cas, une péricardite dans 25 % des cas, une atteinte rénale dans 32% des cas, Une atteinte neurologique était notée dans 14% des cas. Sur le plan biologique, un syndrome inflammatoire était retrouvé dans 56 % des cas.

En comparaison avec les patients qui ont pas d'atteinte cutanée, on a remarqué qu'il y a une corrélation significative avec atteinte articulaire (IC a 95%), sinon pas de corrélation avec atteinte rénale ou neurologique.

La grande majorité des patients a eu un traitement par hydroxychloroquine (87 %). 78 % des patients ont eu besoin d'une corticothérapie systémique pour son atteinte systémique, Le recours à la Dapsone était indiqué dans 1 cas et le méthotrexate chez 4 cas pour atteinte cutanée isolée extensive réfractaire aux antipaludéens de synthèse et dermocorticoïdes.

Conclusion :

Le lupus cutané peut se diviser en 3 groupes : aigue, subaiguë et chronique Néanmoins, l'éventail des signes cutanés pouvant se voir au cours de cette pathologie est plus large comme noté dans notre série et peut être associé a d'autres atteintes systémiques.

P47- Hémorragie intra Alvéolaire au service de Médecine Interne : profil épidémiologique et étiologique

N. Dalhi, Z. Mrika, N. Elouardi, I. Raaidi, S. Elbachiri, W. Chawad, M. Bourkia
Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique, CHU Mohammed VI. Tanger

Introduction :

L'hémorragie alvéolaire, ou intra-alvéolaire (HIA), traduit la présence d'un saignement en provenance de la microcirculation pulmonaire, au niveau de l'acinus pulmonaire. Le diagnostic est évoqué devant l'association d'une hémoptysie, d'une anémie d'un infiltrat pulmonaire. Le lavage broncho-alvéolaire ramène un liquide macroscopiquement hémorragique et/ou riche en sidérophages. Les étiologies des HIA sont très nombreuses. La mise en évidence d'un syndrome pneumorénale est fortement évocatrice d'une hémorragie alvéolaire d'origine immune. Elle constitue une urgence diagnostic et thérapeutique.

Le but de notre travail est de déterminer le profil épidémiologique, clinique, étiologique, thérapeutique et évolutif de l'HIA au cours des maladies systémiques.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective de 08 cas d'HIA au cours des maladies systémiques, menée au service de médecine interne du CHU MOHAMMED VI de Tanger, sur une période de 5 ans de 2019 à 2024.

Résultats :

Il s'agissait de 5 hommes et 3 femmes, âgés en moyenne de 41,87 ans (extrêmes : 23–66 ans). Le diagnostic d'HIA a révélé la maladie systémique dans 4 cas, il la succédait dans 4 cas (2 ans, 5 ans et 17 ans, respectivement). Les symptômes respiratoires associaient une hémoptysie (8 cas), une dyspnée d'effort (6 cas), une toux (3 cas). La radiographie thoracique a montré un syndrome alvéolo-interstitiel dans 6 cas et elle était normale dans 2 cas. Un scanner thoracique a été fait chez tous les patients et a montré un aspect évoquant une hémorragie alvéolaire. Un seul patient a bénéficié un lavage broncho-alvéolaire, il a montré du sang et des sidérophages. Une anémie était présente dans 7 cas (87,5 %). Le bilan immunologique a révélé des ANCA positifs chez 2 patients, AAN (+) chez 3 patients et un complément bas chez 3 patients. Des manifestations systémiques associées étaient quasi constantes orientant vers l'origine auto-immune de l'HIA : atteinte rénale (6 cas), atteinte articulaire (4), atteinte cardiaque (3 cas), atteinte cutanée (2cas) et neurologique (1 cas) et hématologique (1 cas). L'HIA était secondaire à une vascularite systémique chez 3 patients (62,5 %) : granulomateuse avec polyangéite (2 cas), une vascularite à ANCA négative (1 cas), maladie de Behçet (2 cas). Elle était dans le cadre d'un lupus érythémateux systémique (3cas). En plus du traitement symptomatique, un traitement étiologique était instauré chez tous les patients. Il a comporté d'une corticothérapie par voie générale dans tous les cas, associée au cyclophosphamide dans 4 cas (50%). Le recours aux échanges plasmatiques était indiqué dans 1 cas. L'évolution était favorable dans 5 cas (62,5 %). Le décès est survenu chez 3 patients, 1 cas suite a un choc hémorragique et 2 cas par choc septique.

Conclusion :

L'HIA est une complication insolite au cours des maladies auto-immunes. C'est une urgence respiratoire grave aux causes multiples dominées par les maladies systémiques. Un bilan

étiologique doit être réalisé dès les premières heures de prise en charge afin d'instaurer un traitement précoce et améliorer le pronostic de cette complication.

P48- Atteinte neurologique de la maladie Behçet au CHU Mohammed VI Tanger

S. El Bachiri, J. Boucht *, R. Smaili, W. Chawad, N. Dalhi, N. El Ouardi, I. Raaidi, Z. Mrika, R. Ait Amran, A. El Asfar, K. Daoudi, H. Stitou, R. Belfkih*, M. Bourkia

Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique, CHU Mohammed VI. Tanger

* Service de Neurologie, CHU Mohammed VI. Tanger

Introduction :

L'atteinte neurologique de la maladie de Behçet est une complication rare de cette vascularite systémique qui se manifeste généralement par des atteintes cutanéomuqueuses, oculaires ou vasculaires. C'est une atteinte grave qui peut engager le pronostic vital et fonctionnel et la difficulté réside dans le retard diagnostic suite à la présence de plusieurs diagnostics différentiels. Notre objectif était de décrire le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique de l'atteinte neurologique de la maladie de Behçet au cours de la création du registre régional de la maladie de Behçet au CHU MOUHAMED VI TANGER.

Matériels et méthodes :

Durant la création du registre régional de la maladie de Behçet au CHU MOUHAMED VI Tanger faite par le service de médecine interne en collaboration avec l'équipe du service de neurologie sur une période de 05 ans s'étalant d'avril 2019 à Avril 2024 : tous les patients qui remplissent les critères diagnostiques de la maladie de Behçet selon les critères internationaux revus en 2013 par Davatchi et al et qui ont présentés des manifestations neurologiques étaient inclus.

Résultats :

Parmi les 108 patients inclus dans le registre régional de la maladie de Behçet du CHU MOUHAMED VI Tanger, **22** patients avaient une atteinte neurologique avec une prévalance de 20,37%. On note une prédominance masculine (15 hommes, 06 femmes) et l'âge moyen était de 33,3 ans (min 17 ans et max 52 ans). L'atteinte neurologique était révélée dans 95% par des céphalées, 68% par un déficit neurologique, et 13,6% par un syndrome d'hypertension intracrânienne. Les manifestations retrouvées sont : un syndrome pyramidal chez 59%, une atteinte de paires crâniennes chez 45% et les plus touchés étaient VII, VI, III. Une méningite lymphocytaire était présente chez 40,9%, un syndrome cérébelleux chez 22,7% et une encéphalite chez 13,6%.

Tous les patients étaient sous colchicine 1 mg/j et ils ont reçu des bolus de méthylprédnisolone 1g/j pendant 03 jours puis un relai oral par Prednisone 1 mg/kg/j avec dégression progressive. Associés à un immunosuppresseur par 06 cures de Cyclophosphamide en phase d'attaque relayé

par l'Azathioprine 150 mg/j en phase d'entretien. L'évolution clinique était favorable chez la majorité des cas avec un nettoyage radiologique chez 36% des cas, une atrophie radiologique chez 31% des cas et des images séquellaires chez 33% des cas.

Conclusion :

La forme neurologique de la maladie de Behçet est souvent une manifestation potentiellement grave avec un taux de rechute élevé et un risque des séquelles très important qui nécessite une prise en charge thérapeutique adéquate et rapide pour prévenir les complications handicapantes.

P49- Profil de l'atteinte ophtalmologique de la maladie Behçet au CHU Mohammed VI Tanger

S. El Bachiri, O. Boukougk *, R. Smaili, W. Chawad, N. Dalhi, N. El Ouardi, I. Raaidi, Z. Mrika, R. Ait Amran, A. El Asfar, K. Daoudi, H. Stitou, M. Bahloul *, M. Bourkia

Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique, CHU Mohammed VI. Tanger

* Service d'Ophtalmologie, CHU Mohammed VI. Tanger

Introduction :

La maladie de Behçet est une vascularite systémique qui touche des vaisseaux de tout calibre et évolue selon un mode de poussée rémission. L'atteinte oculaire est fréquente et potentiellement grave puisqu'elle peut se compliquer par une cécité, elle se présente généralement par une uvéite qui peut être antérieure, intermédiaire, postérieure ou pan uvéite. Notre objectif était de décrire le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique de l'atteinte oculaire de la maladie de Behçet au CHU MOUHAMED VI TANGER.

Matériels et méthodes :

En recueillant les données pour la création du registre régional de la maladie de Behçet au CHU MOUHAMED VI Tanger, nous avons inclus l'ensemble des patients adultes suivis pour une maladie de Behçet avec une atteinte oculaire au service de médecine interne et au service d'ophtalmologie sur une période de 05 ans s'étalant d'avril 2019 à Avril 2024.

Résultats :

108 patients ont été inscrits au registre dont 57 patients avaient une atteinte oculaire de la maladie de Bechet avec une prévalence de 52,7%. La moyenne d'âge était de 37,1 ans avec une prédominance masculine le sexe ratio H/F était à 3,07. Les principaux signes cliniques rapportés par les patients étaient une baisse de l'acuité visuelle chez 72% des cas, un œil rouge chez 15% et un larmoiement chez 7%. L'uvéite était bilatérale chez 71,9% (n=41), la forme la plus fréquente était une panuvéite chez 82,4% (n=47), suivie d'une uvéite postérieure chez 14% (n=8) et 1 seul cas d'uvéite antérieure et 1 cas d'uvéite intermédiaire. Plusieurs lésions étaient associées comme : la vascularite rétinienne (38%), l'œdème papillaire (28%) et la maculopathie (21%). Pour les atteintes extra oculaires, l'aphte buccale était présent chez 78,9% des cas, l'aphte génitale chez 40,35%, l'atteinte vasculaire était présente chez 17,5% des cas représentées par : 08 cas de thrombose veineuses des membres inférieures, 02 cas d'anévrisme pulmonaire, 01 cas de thrombose cave supérieure et 01 cas de thrombose veineuse cérébrale. Sur le plan thérapeutique, tous les patients étaient sous colchicine 1 mg/j et ont reçu une corticothérapie au long cours avec dégression progressive, 57%,8 ont reçu des cures de

cyclophosphamide, 71% était sous azathioprine, 8,7% ont reçu une biothérapie par infliximab et 03 patients ont reçu du Méthotrexate. La complication par une cécité était présente chez 13 patients, 9 unilatérale et 4 bilatérale, tandis que pour les autres patients l'évolution était partielle chez 35,08%, des rechutes sous traitement chez 33,30% et 24,5% ont gardé des séquelles chroniques.

Conclusion :

L'atteinte oculaire de la maladie de Behçet non seulement fait partie des critères diagnostiques mais elle met en jeu le pronostic visuel en menant vers une cécité ce qui implique une bonne prise en charge thérapeutique efficace et rapide pour prévenir les séquelles et améliorer la qualité de vie des patients surtout actuellement à l'air des biothérapies ciblées qui ont changé le pronostic du Behçet oculaire.

P50- Profil étiologique des nécroses digitales au Service de Médecine Interne du CHU Mohammed VI Tanger

Z. Mrika, K. Daoudi, I. Raaidi, R. Smaili, N. El Ouardi, W. Chawad, A. Al Asfar, R. Ait Amran, N. Dalhi, A. Aallam, H. Stitou, S. El Bachiri, M. Bourkia

Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique, CHU Mohammed VI. Tanger

Introduction :

La nécrose digitale reflète en général la présence d'une ischémie focale liée à une microangiopathie, les étiologies sont dominées par les connectivites chez la femme et les artériopathies chez l'homme. Le but de ce travail est d'étudier le profil étiologique des nécroses digitales au service de médecine interne du CHU MVI de Tanger.

Patients et méthodes :

Nous rapportons une série de 9 cas de nécroses digitales de 8 femmes et un jeune homme l'âge moyenne au moment du diagnostic était de 46 (extrêmes 19-70 ans), les facteurs de risque cardiovasculaires ont été observés chez 8 cas (88%) à type d'obésité chez 5 cas (55%), HTA chez 2 cas (22%) et 1 cas de dyslipidémie (11%).un syndrome de Raynaud a été noté chez 5 cas (55%) et 3 de nos patients pratiquaient des loisirs à risque de microtraumatismes répétés. Le diagnostic étiologique a été retenu chez 8 patients à type de sclérodermie systémique dans 4 cas, associée à un lupus érythémateux systémique et syndrome des antiphospholipides chez un cas, et à une myosite dans un cas. La macroglobulinémie de Waldenström sur cytoglobulinémie chez un cas, une vascularite de Takayasu dans un cas et 2 cas ont été admis dans un tableau d'insuffisance rénale aiguë sur rhabdomyolyse avec nécrose digitale d'évolution rapidement progressive et notion de prise de toxique. Le traitement proposé était symptomatique basé sur les vasodilatateurs et étiologique. Le traitement chirurgical était nécessaire dans 4 cas, 2 cas de décès ont été notés dans notre série sans aucune récurrence.

Conclusion

Les causes de la nécrose digitale sont si diverses qu'elle doit être considérée comme une urgence diagnostique et thérapeutique. L'origine paranéoplasique des nécroses digitales est rarement rapportée mais y penser devant l'absence de cause iatrogène, professionnelle, toxique, d'athérome, de cardiopathie emboligène ou de signe d'une maladie systémique, car elles peuvent révéler une hémopathie ou un cancer. Le pronostic est surtout fonctionnel.

Mots clés :

Nécrose digitale, connectivites, hémopathie maligne, thrombose, amputation.

Références

[Profil étiologique de la nécrose digitale des membres supérieurs : analyse de 25 cas].

La gangrène sèche digitale comme principale manifestation du lupus érythémateux disséminé.

Nécroses des orteils révélant un cancer bronchique : cas clinique et revue de la littérature

JMV-Journal de Médecine Vasculaire, Volume 44, Issue 3, 2019, pp. 209-212

Une cause rare d'ischémie digitale

La Revue de Médecine Interne, Volume 38, Issue 4, 2017, pp. 282-283

P51- Leucoencéphalopathie multifocale progressive dans un contexte d'une vascularite de Behçet

I. Raaidi, R. Taouil*, A. Ouardani*, M. Jilla*, R. Belfkih*, M. Bourkia

Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique, CHU Mohammed VI. Tanger

* Service de Neurologie, CHU Mohammed VI. Tanger

Introduction :

La leuco encéphalopathie multifocale progressive (LEMP) est une affection démyélinisante subaiguë rare du système nerveux central (SNC) liée à une infection opportuniste secondaire à une réactivation du virus JC ; survenant principalement dans un contexte d'immunodépression, le plus souvent chez les patients atteints du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), plus rarement au cours des hémopathies malignes ou après un traitement immunosuppresseur.

Matériels et Méthodes :

Nous rapportons le cas d'une LEMP chez une patiente suivie pour vascularite de Behçet.

Résultats :

Il s'agit d'une patiente de 58 ans suivie pour Maladie de Behçet depuis 35 ans, retenu devant une aphtose bipolaire récidivante, une uvéite compliquée d'une cécité de l'œil droit et associées à un érythème noueux. Elle a été traitée initialement par corticothérapie, colchicine et mycophénolate mofetil puis switché à une chimiothérapie à base de Chlorambucil. La patiente a été admise pour des troubles mnésiques antérogrades d'installation rapidement progressive associées à des hallucinations visuelles et trouble de comportement évoluant depuis 03 semaines. A l'examen clinique, elle avait une roue dentée bilatérale avec une bradykinésie plus marquée à gauche, une désorientation modérée avec trouble attentionnel et mnésique. L'IRM cérébrale avait objectivé la présence d'hyper signaux confluents sus tentoriels avec atteinte du pont sans rehaussement des lésions. L'étude du LCR a retrouvé une hyperprotéinorachie à 0,76 g/l sans réaction cellulaire et la recherche du génome viral JC par PCR dans le LCR s'est révélée positive. Les sérologies hépatitiques, HIV, CMV, EBV, syphilitique, et toxoplasmique étaient négatives. L'hémogramme montrait une leucopénie à 2 700 globules blancs/mm³ avec une lymphopénie à 140 éléments/mm³. L'ionogramme sanguin, les fonctions rénale et hépatique, le bilan de l'hémostase, le bilan lipidique et le bilan thyroïdien étaient normaux. Le diagnostic de LEMP a été définitivement retenu et le traitement immunosuppresseur a été arrêté. L'immunoélectrophorèse des protéines sériques a objectivé une hypogammaglobulinémie et le dosage pondéral des IGG trouve un taux d'IgM à 0,2 g/L. L'Immunophénotypage et la clonalité T étaient normaux et les AAN étaient négatives. La prise en charge consistait en l'administration des immunoglobulines intraveineuses associées à une immunothérapie à base d'inhibiteur de check points : pembrolizumab en perfusion. L'évolution a été marquée par l'aggravation de l'état neurologique de la patiente 15 jours après la première cure, et l'évolution était fatale

Discussion et conclusion :

Nous avons évoqué le diagnostic de LEMP sur l'aspect des lésions à l'IRM cérébrale associé au contexte clinique, et la découverte du virus JC dans le liquide céphalorachidien a permis de confirmer le diagnostic.

Il est crucial de considérer le diagnostic de LEMP en présence de tout signe neurologique chez un patient sous immunosuppresseur, cependant il reste un défi diagnostique tant sur le plan diagnostique que thérapeutique.

Les difficultés pour identifier un traitement sont en grande partie liées à l'hétérogénéité des pathologies prédisposant, celles-ci ayant une forte influence sur le pronostic vital et fonctionnel. A ce jour, la seule stratégie efficace contre la LEMP reste la reconstitution des réponses immunitaires antivirales, bien qu'au prix d'un potentiel syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire. Les stratégies thérapeutiques émergentes visant à favoriser cette

guérison font l'objet d'une attention croissante, notamment l'utilisation de cytokines telles que l'interleukine-7 (IL-7), le transfert de cellules T spécifiques des anti-polyomavirus³ et les inhibiteurs de points de contrôle immunitaires. Cependant ils sont associés à un faible niveau de preuve et à un index thérapeutique étroit, et ne sont pas le « gold standard » pour tous les patients d'où la nécessité d'études prospectives.

P52- Une cérébellite aiguë au cours du Lupus systémique

H. Stitou, W. Chawad, R. Smaili, I. Raaidi, D. Kaoutar, S. Bachiri, N. Dalhi, Z. Mrika, R. Ait Amran, A. Al Asfar, A. Aalam, M. Bourkia
Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique, CHU Mohammed VI. Tanger

Introduction :

La cérébellite aiguë est une maladie rare, la majorité des cas sont décrits chez l'enfant. Chez l'adulte, il s'agit d'une entité exceptionnelle. La prévalence et les caractéristiques des manifestations neurologiques survenant au cours du lupus érythémateux disséminé sont extrêmement hétérogènes, intéressant le système nerveux central ainsi que le périphérique. À notre connaissance, et jusqu'à ce jour, aucun cas de cérébellite aiguë survenant chez un patient atteint de lupus n'a été rapporté dans la littérature.

Matériel et méthodes :

Nous rapportons le cas clinique d'un jeune de 19 ans, suivi depuis 2021 pour un lupus érythémateux disséminé avec tropisme néphrologique, qui a présenté une cérébellite aiguë.

Résultats:

Il s'agit d'un patient âgé de 19 ans, suivi pour une néphropathie lupique depuis 2021 mis sous 2g de Mycophénolate Mofétil, 400 mg d'hydroxychloroquine et 5 mg de prednisone. Il est admis au service de médecine interne pour des céphalées aiguës en casque remontant à une semaine avant son admission, associée à une fièvre non chiffrée, et deux épisodes de vomissements alimentaires sans notion de photophobie. Le tout évolue dans un contexte de conservation de l'état général. Sur le plan clinique, le patient est apyrétique, l'examen neurologique retrouve une nuque souple avec un signe de Kernig et Brudzinski négatifs, sans signe d'ataxie cérébelleuse avec un score MMSE à 29/30. Une ponction lombaire faite montre un liquide clair avec une pression d'ouverture à 117 cm/ H₂O, et objective une méningite lymphocytaire aseptique avec un taux de leucocytes à 33 éléments/ml (21% de polynucléaire neutrophile et 79% de lymphocytes), ainsi qu'une normo glycorachie à 0,57g/L et une hyperprotéinorachie à 0,95 g/l. Une PCR à la recherche du Mycobacterium Tuberculosis ainsi qu'une PCR multiplex dans le LCR sont revenues négatives. L'angio-IRM montre un aspect compatible avec une cérébellite aiguë, sans anomalies parenchymateuses ou signes de thrombose veineuse. La recherche des anticorps-anti neuronaux dans le LCR est négative, les fractions C3 et C4 du complément sont non consommées et l'anticorps anti-DNA natif est positif à 376,9 U/ml. La recherche d'anticorps anti phospholipide est négative. Sur le plan thérapeutique, le patient est mis sous antibiothérapie probabiliste de ceftriaxone pendant 14 jours, et reçoit un bolus de méthylprednisolone à raison d'1 g/jour pendant 3 jours avec relais par voie orale par 1 mg/kg/jour avec traitement adjuvant et une dose préventive d'Enoxaparine de 4000 UI/ jr. Devant l'amélioration franche sous bolus de corticoïde, le diagnostic d'une cérébellite lupique est retenu. Le patient ne présente actuellement aucune symptomatologie neurologique.

Discussion:

La cérébellite aiguë est un syndrome inflammatoire rare. Il constitue une entité exceptionnelle chez l'adulte dont l'étiologie, la présentation clinique et l'évolution sont très variables. Elle se traduit cliniquement par des céphalées, des vomissements et des troubles de conscience allant de la somnolence au coma. Les causes principales sont : infectieuses, post-infectieuses, paranéoplasiques, carencielles ou médicamenteuses. Un mécanisme d'ordre immunologique pourrait être évoqué, mais reste un diagnostic d'élimination. Notre patient présente une poussée neurologique faite de cérébellite aiguë. Cette association n'a jamais été rapportée.

Conclusion:

Nous rapportons un cas exceptionnel de cérébellite aiguë compliquant un lupus systémique, ce qui souligne l'hétérogénéité des manifestations neurologiques au cours du lupus. Une cérébellite lupique est à évoquer en l'absence d'arguments pour une cause infectieuse, post-infectieuse, notamment virale, ou paranéoplasique.

Références :

- (1) Van Samkar et al. BMC Res Notes (2017) 10 :610.
- (2) Sawaishi, Y., & Takada, G. (2002). Acute cerebellitis. *The Cerebellum*, 1(3), 223–228.
- (3) Dalmau, J., & Rosenfeld, M. R. (2008). Paraneoplastic syndromes of the CNS. *The Lancet Neurology*, 7(4), 327–340.

P54- Une rencontre avec le virus du Nil occidental : Présentation d'un cas clinique

Y. Aouni, M. Vieira, Y. Sefsafi, Y. Aadi, F. El Amraoui, Y. Elbnaissi, Z. Kasmy, A. Reggad, M. El Qatni, K. Ennibi

Centre de Virologie, Maladies Infectieuses et Tropicales. Hôpital Militaire d'instruction Mohammed V. Rabat

Introduction :

Le virus du Nil occidental (West Nile Virus, WNV) est un flavivirus transmis principalement par les moustiques du genre Culex. Depuis sa découverte en Ouganda en 1937, le WNV a émergé comme une cause significative de maladies virales dans de nombreuses régions du monde, incluant l'Europe, l'Amérique du Nord, l'Asie et le Moyen-Orient. Les oiseaux servent de réservoirs naturels pour le virus, tandis que les moustiques jouent un rôle crucial dans la transmission aux humains et aux autres mammifères.

Les infections humaines par le WNV sont majoritairement asymptomatiques ou bénignes, se manifestant souvent sous forme de fièvre du Nil occidental. Cependant, environ 1% des cas peuvent évoluer vers des formes graves, telles que la méningite, l'encéphalite ou la paralysie flasque aiguë, surtout chez les personnes âgées ou immunodéprimées.

Objectifs :

L'objectif de ce poster est de présenter un cas clinique spécifique d'infection par le virus du Nil occidental, en mettant en lumière les manifestations cliniques, les méthodes diagnostiques utilisées, et les stratégies de gestion thérapeutique.

Matériels et méthodes :

Etablir le diagnostic étiologique d'un épisode fébrile associé ou non à une autre symptomatologie chez un patient de retour d'une zone de circulation virale pendant la période d'activité des vecteurs.

Nous rapportons ici un cas d'une infection au west nile virus pris en charge au centre de virologie et des maladies infectieuses à l'hôpital militaire Mohamed V de RABAT.

Résultats et discussion :

Mr. Aboubacar, âgé de 30 ans, célibataire, originaire et habitant au Niger, a été hospitalisé pour un syndrome fébrile. Antécédents : séjour dans une zone endémique entre janvier 2020 et novembre 2023. Il a été diagnostiqué prédiabétique il y a un an et traité par empagliflozine, arrêté il y a trois semaines. Il est hypertendu depuis un an et est sous bithérapie (ARA II + amlodipine). Il souffre de dyslipidémie depuis un an, traitée par statine, arrêtée il y a trois semaines. Il n'a pas d'antécédents chirurgicaux, pas d'habitudes toxiques, et pas d'antécédents familiaux particuliers. La symptomatologie a débuté une semaine avant l'hospitalisation avec un syndrome fébrile, des fièvres nocturnes, des frissons et des froideurs des extrémités. Il y a eu une amélioration relative après automédication par six prises de Lumate Forte 40 mg/240 mg (artéméther + luméfantine). La fièvre est réapparue 48 heures après l'arrêt du traitement antipaludéen, accompagnée de diarrhées liquidiennes sans glaire ni sang. Aucun autre signe d'appel infectieux (urinaire, respiratoire, neurologique ou cutané) n'a été noté. L'évolution a eu lieu dans un contexte de fièvre avec conservation de l'état général.

Examen Clinique à l'Admission : Le patient était dans un assez bon état général avec une fièvre à 38°C. Sur le plan hémodynamique, sa tension artérielle était de 110/70 mmHg avec une tachycardie à 105 bpm. Sur le plan respiratoire, il avait une fréquence respiratoire de 18 cycles par minute et une saturation en oxygène de 98% à l'air ambiant. L'examen Neurologique était normal avec une marche, une force musculaire, des réflexes ostéotendineux normaux et une absence de raideur de la nuque. Aucun déficit sensitivomoteur ni atteinte des nerfs crâniens n'a été observé. Les réflexes ostéotendineux étaient présents et symétriques, et les fonctions supérieures étaient conservées.

Le reste de l'examen physique est sans particularités.

Les résultats biologiques montrent une CRP élevée à 90 mg/l, avec une procalcitonine à 0,61. La numération sanguine révèle une leucocytose à 9700/mm³, principalement des polynucléaires neutrophiles (6400/mm³) et des lymphocytes (2200/mm³), avec des monocytes dans les valeurs normales. L'hémogramme indique une hémoglobine à 15 g/dl et des plaquettes à 236 000/mm³. Le bilan hépatique montre des transaminases élevées (ASAT à 80, ALAT à 124), ainsi qu'une GGT à 232, une PAL à 105, et une bilirubine totale à 5. Du côté du bilan rénal, la créatinine est à 10 mg/l et l'urée à 0,19 g/l. L'ionogramme sanguin présente un sodium (Na⁺) à 134 mmol/l et un potassium (K⁺) à 3,9 mmol/l. La glycémie est normale à 1,08 g/l, tout comme la calcémie à 94. À la TDM TAP C, aucune particularité n'est observée.

Les hypothèses diagnostiques envisagées incluent diverses conditions telles que le paludisme, la fièvre typhoïde, les infections aux arboviroses, les parasitoses intestinales, ainsi que des infections gastro-intestinales bactériennes ou virales comme la salmonellose, la shigellose, ou le norovirus. La réactivation d'une maladie chronique comme une hépatite virale ou une maladie auto-immune, ainsi que des complications métaboliques telles qu'une hyperglycémie ou des troubles électrolytiques, sont également à considérer. Une réaction médicamenteuse ou un syndrome de sevrage médicamenteux ne sont pas exclus.

Pour établir le diagnostic, plusieurs examens complémentaires ont été réalisés : hémocultures aérobie et anaérobies avec identification de bacilles à Gram négatif en cours, goutte épaisse et frottis sanguin négatifs, PCR multiplex sur prélèvement nasopharyngé négative, sérologies virales (VHB, VHC, VHA, VIH) négatives, EBV/CMV IgG positives et IgM négatives, sérologie des arboviroses (dengue, chikungunya, zika, West Nile, fièvre jaune) montrant des IgM positifs pour le West Nile, recherche de BK dans les crachats négative, ECBU avec leucocytes à 4000/ml et culture en cours, examens parasitologiques des selles, coprocultures et PCR multiplex sur les selles est revenues négatives.

Parmi les arboviroses, le diagnostic de l'infection par le virus du Nil occidental a été posé sur la base de la sérologie positive pour les IgM spécifiques du WNV. Une PCR réalisée est revenue négative.

Le diagnostic d'une arbovirose repose sur la mise en évidence du génome viral dans les échantillons biologiques prélevés avant J7 du début des signes cliniques et/ou d'IgM spécifiques dès J5, d'une séroconversion et/ou d'une augmentation significative du titre des IgG (x 4) détectées par l'analyse de deux sérums distants de 10 à 15 jours.

Le traitement empirique initial a été adapté en fonction de l'évolution clinique, le patient a été mis sous Rocephine 2g/j depuis le 15/12/23, accompagné d'un traitement antalgique par Perfalgan 1g/8h. L'évolution est marquée par une bonne amélioration clinique et biologique avec disparition de la diarrhée.

Conclusion

Le cas de M. Aboubacar illustre la complexité diagnostique des infections fébriles dans les régions endémiques, particulièrement avec la présence d'une arbovirose comme le virus du Nil occidental (WNV). Le diagnostic précoce des arboviroses repose sur la détection du génome viral ou des marqueurs sérologiques spécifiques dans les premiers jours suivant l'apparition des symptômes. La gestion clinique a été guidée par ces résultats, malgré les défis posés par la symptomatologie évocatrice d'une co-infection ou d'une réaction médicamenteuse.

P55- Syndrome coronarien aigu révélant un poumon éosinophilique

Y. Aouni, Y. Sefsafi, Y. Aadi, M. Vieira, Y. Elbnaissi, S. Tounkara, Z. Kasmy, A. Reggad, M. El Qatni, K. Ennibi

Centre de Virologie, Maladies Infectieuses et Tropicales. Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

Le poumon éosinophilique, une entité clinique relativement rare mais d'une grande importance diagnostique et thérapeutique, est caractérisé par l'infiltration éosinophilique des tissus pulmonaires. Cette condition suscite de plus en plus d'intérêt en raison de ses diverses manifestations, notamment pulmonaires et extrapulmonaires. Parmi les aspects moins fréquemment évoqués, figurent les manifestations cardiaques qui peuvent accompagner cette affection. Ces manifestations sont consécutives à une cardiomyopathie toxique due aux enzymes contenues dans ces polynucléaires éosinophiles.

Ce poster a pour objectif de fournir un aperçu des manifestations cardiaques du poumon éosinophilique, en mettant en évidence les mécanismes pathophysiologiques sous-jacents, les méthodes de diagnostic, et les implications pour la gestion clinique. Comprendre ces liens est essentiel pour améliorer la prise en charge globale des patients atteints de poumon éosinophilique.

Nous rapportons le cas d'une patiente de 48 ans diabétique sous insulinothérapie, admise pour syndrome coronarien aigu. L'examen cardiovasculaire trouve une tachycardie à 96 battements /minute sans souffle ni bruit surajouté ni galop ni frottement. Il n'y avait pas de signes d'insuffisance cardiaque. L'auscultation pulmonaire trouvait des râles sibilants en fin d'expiration. L'électrocardiogramme a montré une tachycardie sinusale avec abrasion de l'onde R en antéro-septal et un sous décalage ST. La radiographie thoracique montrait un syndrome alvéolo-interstitiel bilatéral avec cardiomégalie. L'angio-scanner thoracique objectivait une infiltration pulmonaire disséminée. Les troponines étaient normales. Le bilan biologique découvre une hyperéosinophilie sanguine à $18000/\text{mm}^3$ et une hyperleucocytose à $38800/\text{mm}^3$. La gazométrie artérielle montrait une hypoxémie à 47mmHg avec normocapnie. L'échocardiographie objectivait une hypertrophie du ventricule gauche qui est de cinétique normale et de fonction systolique conservée. L'oreillette gauche était dilatée. La patiente était mise sous oxygénothérapie, corticothérapie en bolus puis per os sous couverture antibiotique parallèlement à la prise en charge de sa cardiopathie et de son diabète. Les IgE totaux étaient élevés à 1250 UI/l. Les examens parasitologiques des selles sont restés négatifs. Les sérologies hépatite B et C et HIV étaient négatives. L'évolution était marquée par une amélioration clinique, une baisse progressive du taux sanguin des éosinophiles et un nettoyage radiologique spectaculaire sous corticoïdes.

En conclusion l'importance d'une reconnaissance précoce de ces manifestations ne peut être sous-estimée, car elles ont un impact significatif sur la prise en charge clinique et le pronostic des patients.

P56- Facteurs prédictif associés au COVID long : Etude de cohorte au sein du Centre

de Virologie, Maladies Infectieuses et Tropicales

Y. El Bnaïssi, A. Sehar, I. Roufik, Y. Aadi, F. El Amraoui, Y. Sefsafi, Y. Aouni, M. Vieira, S. Tounkara, Y. Doumbia, K. Tahani, Z. Kasmy, A. Reggad, M. El Bouaiti, M. El Qatni, K. Ennibi
Centre de Virologie, Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

Un nombre important de patients atteints de COVID-19 présentent des symptômes prolongés, connu sous le nom de COVID long. Peu d'études systématiques à l'échelle nationale ont été réalisés, en particulier en milieu ambulatoire. Par conséquent, on sait relativement peu de choses sur la composition et la gravité des symptômes, l'évolution cliniques et les facteurs prédictifs associés à cette entité.

L'objectif de Notre étude est de déterminer les facteurs prédictifs ainsi que la prévalence du COVID long durant la vague omicron du SarsCov-2.

Matériel et méthode :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique par méthode d'entretien téléphonique durant le mois d'avril 2024 des patients testés positifs pour le SARS-Cov-2 durant une période de 12 mois (du mois octobre 2022 au mois octobre 2023). Un délai minimal de 04 semaines définissait le COVID long.

Résultat

Au total, 287 patients participaient à l'étude. Il s'agit de 182 (63.4%) hommes et 105 (36.6%) femmes. L'Age moyen était de 47.6 ans avec un écart-type de 15 ans. 51 (23.9%) de nos patients ont été infectés à plusieurs reprises par COVID19 et 262 (94.9%) ont été vaccinés contre le SARSCOV2.

272 (97.5%) avaient présentés une forme bénigne de l'infection SARSCOV2 dont 57 (20.4%) étaient asymptomatiques.

La prévalence du COVID long était de 16 % (N=46).

Selon les manifestations cliniques, Les symptômes persistants les plus fréquemment rapportés étaient de l'asthénie, la toux chronique, l'oppression thoracique, dyspnée, diarrhée chronique, céphalées.

L'étude de régression multivarié a identifié des facteurs prédictifs statistiquement significatifs qui sont : la présence de symptômes à la phase aigüe de la maladie, le sexe féminin et la présence d'au moins d'une comorbidité. En particulier l'asthme était le principal facteur de risque indépendant de développer le COVID long.

Conclusion :

Le COVID long pose de plus en plus un problème de santé publique vu sa fréquence et sa gravité. Par conséquent, des consensus de suivi systémique des patients COVID-19 à long court s'avèrent alors nécessaires pour une meilleure évaluation diagnostique, pronostique et thérapeutique de cette nouvelle entité

P57- Intérêt de la chimioprophylaxie dans la prévention des formes grave du Paludisme : Etude de cohorte au CVMIT

Y. El Bnaissi, I. Roufik, F. El Amraoui Y. Sefsafi, Y. Aouni, M. Vieira, M. Ouaabbou, Z. Kasmy,

A. Reggad, M. El Qatni, M. Annaz, K. Ennibi

Centre de Virologie, Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Militaire d'instruction Mohammed V. Rabat

En raison des missions humanitaires et militaires en zone d'endémie palustre, le paludisme constitue une priorité sanitaire pour le voyageur et pour les armées marocaines.

Objectif :

L'objectif de ce travail est de décrire l'intérêt de la chimioprophylaxie dans la prévention des formes grave de la maladie dans une série cas colligés au centre de virologie et maladies infectieuses de l'hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, entre juillet 2016 et mars 2023.

Matériel et méthode :

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique portant sur les dossiers cliniques de tous les malades ayant contracté le paludisme, diagnostiqués au service des Urgences et suivis au Centre de Virologie des Maladies Infectieuses et Tropicales (CVMIT) de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V (HMIMV), tropicales durant la période comprise entre le 1er mars 2016 et le 30 mars 2023.

Résultats :

Au total, 268 patients ont été admis dans notre étude dont 95.5% était des hommes. L'âge moyen était de 33 ans avec un écart type de 8 ans, la population étrangère représentait 7.5% de nos patients.

Tous nos patients ont contracté le paludisme durant leurs séjours en zone subsaharienne, particulièrement en république centrafricaine (44.4%) et la république démocratique du Congo (29.5%), La durée moyenne du séjour était de 197 jours.

Sur le plan parasitologie, Le Plasmodium ovale était présent chez 51.9% (n : 139) des cas, suivi du Plasmodium falciparum chez 47.4% (n : 127).

Cliniquement, Les formes grave représentaient 9% des cas (n : 27) influencé par le pays du séjour ($p=0.033$), la durée du séjour ($p= 0.01$) et le non-respect de la chimioprophylaxie ($p=0.09$) Cette chimioprophylaxie consistait essentiellement sur l'association Atovaquone Proganil chez 31 cas, la doxycycline chez 64 cas et la méfloquine chez 143 cas.

Cependant, 175 de nos patients n'ont pas respecté la prise régulière de la chimioprophylaxie durant leurs séjours, augmentant ainsi le risque de développer une forme grave de la maladie après leurs retours.

Conclusion :

Au terme de cette étude, Nous avons constaté qu'un effort d'éducation sanitaire est nécessaire auprès des militaires marocains en mission de maintien de paix en Afrique subsaharienne. Chez qui L'utilisation inadéquate ou absente d'une chimioprophylaxie est encore trop fréquente.

P58- Le Nirmatrelvir-Ritonavir dans le traitement du COVID-19 durant la vague Omicron

Y. Elbnaissi, A. Sahar, I. Roufik Y. Aadi, F. El Amraoui, Y. Sefsafi, Y. Aouni, M. Vieira,

S. Tounkara, K. Tahani, Z. Kasmy, M. El Bouaiti, A. Reggad, M. El Qatni, K. Ennibi
Centre de Virologie, Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Militaire d'instruction
Mohammed V. Rabat

Le nirmatrelvir est un inhibiteur de protéase ayant une activité in vitro contre le SRAS-CoV-2 et renforcé par le ritonavir. Plusieurs études rapportent que le nirmatrelvir peut réduire le risque de progression vers une forme grave de la COVID-19 chez les personnes à haut risque infectées par la variante delta du SarsCOV-2. Cependant, on en sait moins sur son efficacité contre les variantes omicrons BA.2, BA.4, BA.5, BQ.1, XBB.1 et XBB.5.

Matériel et méthode :

Nous avons réalisé une étude rétrospective, descriptive et analytique, entre le 01 juin 2022 et le 01 octobre 2023, pour évaluer l'effet du traitement antiviral sur la durée des symptômes clinique et le risque d'hospitalisation parmi les patients traités en ambulatoires au cours de la vague omicron du SRAS-CoV-2.

Résultats :

Au total, 499 patients participaient à l'étude. Il s'agit de 305 (61.2%) hommes et 193 (38.8%) femmes. L'Age médian était de 49.3 ans avec un ecart-type de 16 ans.

La majorité des patients avaient présentés une forme benine de l'infection SARSCOV2 (97.2%) et 204 (46.5%) étaient à haut risque de développer une forme grave du COVID-19.

Parmi les 499 patients infectés par le SRAS-CoV-2, 349 (83.5%) patients ont reçu un traitement par nirmatrelvir-ritonavir dont 14 (4%) ont présenté des effets secondaires a type de dysgeusie, troubles digestifs, réactions allergiques et de syndrome vertigineux.

Au terme de notre étude, le traitement antiviral était associé à une réduction de 38 % (rapport de risque ajusté 0,24 [IC à 95 % 0,12, 0,36], $p < 0.01$) la durée moyenne des symptômes de la maladie par rapport aux personnes n'ayant pas reçu le médicament, avec un temps de négatation de la RT-PCR d'environ 5 jours. Seuls trois patients ont été hospitalisés pour une aggravation clinique dans les 10 jours suivant le traitement antivirale et 33 (9.5 %) ont développés un COVID long 4 semaines après l'infection.

Conclusions :

Le traitement par le nirmatrelvir-ritonavir a été associé à une réduction des symptômes cliniques et des hospitalisations chez les patients à haut risque atteints de COVID-19.

P59- Ostéomalacie associée à une toxicité hématologique au cours d'un traitement par Ténofovir : A propos d'un cas

Y. Elbnaissi, Y. Aadi, I. Roufik, F. El Amraoui, Y. Sefsafi, Y. Aouni, M. Vieira, Y. Doumbia,

S. Tounkara, Z. Kasmy, A. Reggad, M. El Qatni, K. Ennibi

Centre de Virologie, Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Militaire d'instruction Mohammed V. Rabat

Le fumarate de ténofovir disoproxil (TDF) est l'un des médicaments de la première intention dans le traitement antirétroviral pour des infections à VIH. Malgré son efficacité, la bonne tolérance et de faible incidence d'effets indésirables métaboliques, le TDF est lié à une toxicité osseuse, causée par les effets directs et indirects du médicament¹.

Nous rapportons l'observation d'une patiente de 59 ans, suivie dans notre formation pour une infection VIH au stade B2 depuis 10 ans sous trithérapie : efavirenz- emtricitabine- tenofovir. Admise dans un tableau d'une encéphalite à VIH avec une hyperesthésie généralisée et un syndrome anémique, le tout évoluant dans un contexte d'altération de l'état générale, Chez qui le bilan paraclinique a objectivé une ostéoporose sévère avec une pancytopénie dû probablement à une toxicité osseuse et hématologique du traitement antirétroviral (ténofovir). Cette toxicité était réversible après l'arrêt du traitement Avec une Amélioration sur le plan hématologique confirmant l'origine médicamenteuse de l'atteinte.

À la vue des rares cas rapportés d'une telle association. L'imputabilité au ténofovir devra être confirmée par d'autres observations. Et Il semblerait prudent pour les prescripteurs de ténofovir de contrôler régulièrement la phosphorémie et l'hémogramme pour détecter précocement une toxicité médicamenteuse.

P60- La séroprévalence de l'infection par le virus de l'hépatite (HVA) chez les patients infectés par le VIH au niveau du CVMIT

Y. Elbnaissi, S. Bazar, I. Roufik, F. El Amraoui, Y. Aadi, Y. Sefsafi, Y. Aouni, M. Vieira, K. Tahani, Z. Kasmy, A. Reggad, M. El Qatni, M. Annaz, K. Ennibi
Centre de Virologie, Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

L'infection par le virus de l'hépatite A est la principale cause des hépatites aiguës dans les pays en voie de développement où les conditions sanitaires et socio économiques sont pauvres. Transmis principalement par voie oro fécale, ils ont une présentation clinique variable allant de l'infection asymptomatique à l'hépatite fulminante.

Au sein de la population infectée par le VIH, Peu d'études de séroprévalence du VHA ont été effectuées.

L'objectif de ce travail est de déterminer La séroprévalence de l'infection contre le virus de l'hépatite A chez les personnes infectées par le VIH suivis en hôpital de jour du Centre de virologie, maladies infectieuses et tropicales

III. Matériel et méthode :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique par la réalisation d'une Sérologie du virus HVA (IgM, IgG totales par technique Elisa) chez tous les patients vus en consultation durant le mois de juin 2023.

IV. Résultats :

Au total, 113 personnes, âge moyen 47 Ans dont 80/113 (72.7%) étaient des hommes et 30/113 (27.3%) de femmes, tous sous traitement anti rétrovirale avec une mauvaise observance thérapeutique chez 11/113 (11.2%) des patients. 33/113 (42.9%) étaient au stade C de la maladie dont 13/65 (16.7%) ayant la tuberculose comme infection opportuniste.

Il a été postulé que la susceptibilité au VHA parmi les sujets infectés par le VIH devrait être similaire à celle de la population générale et que l'infection par le VIH en soi ne serait donc pas un facteur de risque. Ce constat a été renforcé par notre étude où 111/113 (98%) ont été positifs au test sérologique à l'HVA type IgG due à un contact antérieur avec le virus.

Sur ces 113 patients VIH, deux patients avaient une sérologie HVA type IgM positive sans manifestations cliniques suspectes lors de la consultation médicale.

Ces constats pouvant être expliqué par le faite que le Maroc fait partie des pays à endémicité intermédiaire avec une forte prévalence des anti-HVA (IgG).

Conclusions

Ces résultats remet en discussion l'intérêt d'effectuer une sérologie de l'hépatite A chez les patients infectés par le VIH et surtout d'évaluer la priorité du recours à la vaccination contre l'HVA dans la stratégie préventive contre les infections chez les sujets infectés par le HIV

P61- La séroprévalence de l'infection par le virus T-Lymphotrope humain (HTLV) chez les patients infectés par le VIH au niveau du CVMIT

Y. El Bnaissi, S. Bazar, I. Roufik, F. El Amraoui, Y. Sefsafi, Y. Aouni. M. Vieira, M. Ouaabbou,

Z. Kasmy, A. Reggad, M. El Qatni, M. Annaz, K. Ennibi

Centre de Virologie, Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

Le virus HTLV-1 (Human T-cell leukemia/lymphoma virus type I), premier oncorétrovirus humain, est l'agent étiologique de la leucémie/lymphome T de l'adulte (ATL) et d'une myélopathie chronique (TSP/HAM). La coinfection par le virus T lymphotrope de type 1 ou 2 (HTLV 1/2) chez les patients infectés par le virus de l'immunité humaine (VIH) peut entraîner une augmentation de la morbidité. Etant donné que le HTLV1-2 partage une voie de transmission similaire avec le VIH, l'infection par le HTLV1-2 peut être plus fréquente chez les personnes infectées par le VIH. Cependant, les taux de coinfection HTLV/VIH n'ont pas été étudiés au MAROC

L'objectif de cette étude est de déterminer la séroprévalence du virus HTLV chez les personnes infectées par le VIH suivies en hôpital de jour du Centre de virologie, maladies infectieuses et tropicales. Et de chercher d'éventuels facteurs intervenant dans l'évolution de la maladie au sein de cette population.

Patients et méthodes

Sérologie du virus HTLV-1 (Ig totales par technique Elisa) chez tous les patients vus en consultation durant le mois de juin 2023.

Résultats :

Au total, 113 personnes, âge moyen 47 Ans dont 80/113 (72.7%) étaient des hommes et 30/113 (27.3%) de femmes, tous sous traitement anti rétrovirale avec une mauvaise observance thérapeutique chez 11/113 (11.2%) des patients. 33/113 (42.9%) étaient au stade C de la maladie dont 13/65 (16.7%) ayant la tuberculose comme infection opportuniste.

Parmi ceux-ci, aucun n'a été positif au test sérologique à l' HTLV-1/2. Ce taux quasi nul rencontré dans notre étude est cohérent avec une étude similaire réalisée par Alexandra et al. Aux Etats-Unis qui ont objectivé un taux de prévalence de 2.4% sur une cohorte de 292 personnes. De même, les très rares études qui concernent principalement les donneurs de sang ou des patients multi-transfusés d'Egypte, du Maroc et de la Tunisie ont montré une séroprévalence HTLV-1 très faible voire négative.

Conclusion :

Bien que nos résultats soient limités par le nombre de patients, notre taux de coinfection VIH-HTLV ne permet pas le dépistage de la coinfection par le HTLV-1/2 chez les personnes infectées par le VIH au Maroc.

P62- Drusen Like de découverte fortuite au cours d'une néphropathie lupique

M. Zaizaa, N. Bahadi, O. Jamal, N. Sahel, Z. Bougrini, B. Talamoussa, F. Ahallat, A. Rkiouak, Y. Sekkach

Service de Médecine Interne A, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

INTRODUCTION :

Le lupus est une maladie auto immune qui peut affecter divers organes et tissus de l'organisme, y compris les yeux.

Les drusens oculaires sont des dépôts de matière lipidique qui se forment dans la rétine, en particulier dans la région maculaire, et qui peuvent entraîner une diminution de la vision. Nous illustrant l'observation de dépôts de drusen like au cours d'une néphropathie lupique.

OBSERVATION :

Patiente de 19 ans, qui présente un lupus systémique selon les critères ACR/EULAR 2019.

L'examen ophtalmologique réalisé dans un but pré thérapeutique objectivait une acuité visuelle conservée à 10/10 sans kérato conjonctivite ni signes d'uvéite.

L'examen du fond d'œil mettait en évidence de façon bilatérale des lésions blanchâtres et jaunâtres rondes de petite taille, confluentes par endroits et d'allure profonde de localisation temporale et papillaire ressemblant aux drusens.

Sur le plan général, l'examen trouvait un érythème malaire, des ulcérations buccales. La tension artérielle était normale. Le bilan rénal objectivait un syndrome néphrotique, la PBR est en faveur d'une néphropathie lupique proliférative stade IV globale avec score d'activité à 7. Le bilan immunologique révélait des taux AAN et DNA natif élevés. L'IRM cérébrale était normale.

DISCUSSION :

L'atteinte ophtalmologique au cours du lupus systémique est polymorphe dominée par la kérato conjonctivite sèche.

Les dépôts drusénoïdes ont été rarement décrits au cours du Lupus systémique. Il s'agit de lésions qui ressemblent aux drusens de la maculopathie liée à l'âge.

Chez les patients présentant une néphropathie lupique, ces dépôts seraient plus nombreux et de grande taille, mais peuvent survenir en dehors de toute atteinte rénale et seraient secondaires au dépôt de complément C3 et C4 au niveau de la choriocapillaire du fait des similitudes anatomiques entre le glomérule et le complexe choriocapillaire et la membrane de Bruch.

D'autres part, il a été proposé que le lien entre les deux entités pourraient être du à une inflammation systémique chronique associée au lupus, qui pourraient affecter la rétine, y compris la formation du drusen. Pour cette raison, les dépôts drusénoïdes pourraient servir de biomarqueur d'activité de la maladie.

CONCLUSION :

Le dépistage systémique avec des techniques d'imagerie non invasives et à haute résolution devrait être envisagé pour détecter les dépôts drusénoïdes chez les patients atteints du lupus. Leur présence peut être associée ou non à une glomérulonéphrite.

P 63- Maladie de Kienbock et Sclérodémie systémique : Quel lien ?

M. Zaizaa, I. El Kassimi, O. Jamal, N. Sahel, N. Bahadi, Z. El Bougrini, B. Talamoussa, F. Ahallat, A. Rkiouak, Y. Sekkach
Service de Médecine Interne A, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

INTRODUCTION :

La maladie de Kienbock ; également connue sous le nom de l'ostéonécrose du lunatum, est une maladie très rare, correspond à un processus pathologique par manque d'approvisionnement du sang.

Nous rapportons l'observation d'une patiente atteinte d'une ostéonécrose du lunatum bilatérale secondaire à la sclérodémie systémique.

OBSERVATION :

Patiente de 36 ans, suivie pour sclérodémie systémique depuis 10 ans avec atteinte cutanée diffuse, des accès de phénomène de Raynaud répétitifs et des troubles trophiques à type d'ulcérations déprimées des pulpes des doigts.

Au plan articulaire, la patiente rapporte des douleurs des deux poignets gauches depuis quelques mois, l'examen clinique à l'admission trouvait une douleur du poignet qui s'aggravait à la mobilisation de la main et à la palpation des os des carpes.

Une radiographie standard des deux mains mettait en évidence des changements mineurs dans la structure osseuse sans image de fracture correspondant à une ostéonécrose du lunatum bilatéral stade II de la classification Lichtman avec signes d'arthropathie faite d'acro ostéolyse. La prise en charge consistait à un traitement conservateur. A noter que la patiente n'a jamais été traitée par corticothérapie et n'avaient pas d'autres facteurs de risque d'ostéonécrose.

DISCUSSION :

Décrites la première fois en 1910 par un radiologue autrichien, Robert KIENBOCK, la maladie de Kienböck est caractérisée par une nécrose avasculaire du lunatum.

Sa prévalence au cours de la sclérodémie systémique est difficile à estimer en raison d'absence de symptomatologie spécifique. Matsumoto et al, à travers une étude portant sur 650 patients suivis pour sclérodémie, 03 cas de nécrose avasculaire ont été rapportés.

L'étiologie de la maladie de KIENBOCK reste encore mal élucidée, il a été suggéré que le phénomène de Raynaud sévère dans la sclérodémie systémique semble être un facteur de risque majeur .Tous les cas de la littérature y compris notre patiente présentaient des accès de phénomène de Raynaud répétitif sévère au moment du diagnostic.

Le diagnostic repose essentiellement sur l'imagerie, la radiographie standard et IRM qui est sensible pour le diagnostic précoce.

CONCLUSION :

L'ostéonécrose de Lunatum ou la maladie de Kienbock semble être secondaire à la vasculopathie liée à la sclérodémie systémique et peut représenter une cause méconnue de la douleur du poignet.

P64- Troubles de rythme : Une manifestation cardiaque rare au cours de la sclérodémie systémique

M. Zaizaa, F. Ahallat, I. El Kassimi, B. Talamoussa, N. Bahadi, O. Jamal, N. Sahel, Z. Bougrini, A. Rkiouak, Y. Sekkach

Service de Médecine Interne A, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

INTRODUCTION :

La sclérodémie systémique est une maladie auto-immune rare et chronique, d'expression clinique variable associant des atteintes vasculaires et fibrosantes. La survenue de troubles de rythme est rare et constitue un facteur péjoratif.

Nous présentons un cas de Sclérodémie systémique compliquée de troubles de rythme.

OBERVATION :

Patiente âgée de 57 ans, ayant une sclérodémie systémique répondant aux critères de classification de l'ACR-EULAR 2013, avec un syndrome de Raynaud bilatéral, faciès sclérodémiforme, des troubles digestifs, une sclérodactylie, des poly arthralgies et une fibrose pulmonaire débutante. Des AAN à 1/320, de l'anti-Scl70 positif.

Sur le plan cardiaque, on note des palpitations sans perte de conscience.

L'ECG montre une tachycardie sinusale, l'échographie trans thoracique n'objectivait pas de signes d'HTAP avec FEVG conservée alors que le Holter ECG révèle des extrasystoles ventriculaires >1000 non soutenue à l'étage supra ventriculaire et de multiples extrasystoles ventriculaires >2500, polymorphe, en triplet à l'étage ventriculaires témoignant l'hyperexcitabilité à la fois auriculaire et ventriculaire type IV de LOWN. Le traitement pharmacologique par bêtabloquants était limité par le terrain de la patiente.

Discussion :

L'atteinte cardiaque de la sclérodémie systémique peut être primitive dont les complications représentent l'une des principales causes de décès.

Des troubles du rythme peuvent également exister mais exceptionnel, liés à la fibrose de la paroi ventriculaire. Il s'agit le plus souvent de tachycardies supra ventriculaires ou d'extrasystoles ventriculaires.

Il est rapporté qu'environ la moitié des arythmies soient asymptomatiques, méconnues par l'ECG et l'échographie, et détectées uniquement à l'Holter ECG.

Les arythmies semblent être associées à un pronostic péjoratif et constituent 6 % des causes de décès dans la base de données européennes EUSTAR.

Actuellement il n'y a pas de recommandations spécifiques pour le traitement de l'arythmie chez les patients atteints de Sclérodémie systémique et constitue un challenge pour le clinicien.

CONCLUSION :

Les méthodes électrocardiographiques non invasives semblent être utiles pour détecter une atteinte cardiaque précoce au cours de la Sclérodémie systémique et pourraient être recommandées pour la routine utilisée en pratique clinique.

P65- Association Syndrome de Plummer Vincent, maladie de Biermer et angiodysplasie

Z. Elbougri, N. Sahel, N. Bahadi, B. Talamoussa, F. Maatalaoui, O. Jamal, M. Zaizaa,
A. Rkiouak, Y. Sekkach
Service de Médecine Interne A, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

Introduction :

Le syndrome de Plummer Vinson (SPV) est une affection rare définie par la triade classique : dysphagie cervicale, anémie microcytaire ferriprive et la présence d'un anneau membraneux de l'œsophage à l'endoscopie digestive. Elle est considérée comme un état précancéreux exposant surtout au risque de cancer de l'hypopharynx et de l'œsophage cervical. L'association de ce syndrome avec la maladie cœliaque a été rapportée mais cette triple association avec l'angiodysplasie et la gastrite atrophique auto-immune n'apparaît pas dans la littérature.

Observation :

Patiente de 73 ans ayant comme antécédent une HTA bien contrôlée sous monothérapie. Admise pour l'exploration d'une dysphagie aux solides évolutive depuis des années associée à un syndrome anémique sans syndrome tumoral ou hémorragique évoluant dans un contexte de conservation de l'état général.

Sur le plan biologique on note la présence d'une anémie normocytaire arégénérative avec une ferritinémie effondrée à 4ng/ml et une vitamine B12 inférieure à 148pg/ml, sans syndrome inflammatoire. Le bilan hépatique, la fonction rénale, la cortisolémie, le bilan thyroïdien et le dosage de la vitamine B9 ont été normaux. La calprotectine fécale a été normale mais la recherche de sang dans les selles était positive. Les anticorps anti cellules pariétales ont été positifs alors que les anticorps anti FI, les Ac anti transglutaminase et les Ac anti endomysium ont été négatifs.

La FOGD a objectivé une sténose régulière pseudo membraneuse de la bouche de l'œsophage, difficilement franchissable avec une pangastrite érosive et une raréfaction des plis fundiques.

La colonoscopie était en faveur de lésions d'angiodysplasies caecales et coliques droites.

L'examen anatomopathologique était en faveur d'une gastrite fundique chronique atrophique.

Le diagnostic d'une maladie de Biermer et d'angiodysplasie associées à un syndrome de Plummer Vinson a été retenu.

La patiente a bénéficié d'une dilatation endoscopique et de 2 séances d'APC en plus d'une supplémentation en fer et d'un traitement par hydroxocobalamine à vie.

Conclusion :

Plus d'un siècle après la première description de ce syndrome et nos connaissances restent limitées essentiellement aux caractéristiques clinico-endoscopiques alors que la physiopathologie est mal élucidée. Mais son association avec des maladies auto-immunes font évoquer la présence d'un mécanisme auto-immune jouant probablement un rôle dans la formation des pseudo-membranes et les modifications des muqueuses.

P66- Le larynx : Une localisation inhabituelle de l'amylose

B. Talamoussa, Z. Elbougrini, N. Bahadi, N. Sahel, O. Jamal, M. Zaizaa, F. Ahallat, A. Rkiouak, Y. Sekkach
Service de Médecine Interne A, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

Introduction :

L'amylose localisée est caractérisée par un dépôt de protéines fibrillaires dans un site isolé de l'organisme sans atteinte systémique. L'amylose laryngée est une forme rare d'amylose localisée. Cette entité est vraisemblablement méconnue et sous diagnostiquée. Elle doit être évoquée devant une dysphonie persistante inexplicée. Le diagnostic positif, toujours histologique, est souvent difficile et retardé. À ce propos, nous rapportant une nouvelle observation d'amylose laryngée diagnostiquée dans le cadre du bilan étiologique d'une dysphonie.

Observation :

Il s'agissait d'une patiente âgée de 54 ans, ayant comme Antécédents un diabète de type 2 bien équilibré et non compliqué, qui a consulté pour exploration d'une dysphonie d'installation progressive évoluant depuis 2 ans, devenue récemment permanente, et associée à une dyspnée inspiratoire à l'effort. L'examen clinique retrouvait une patiente apyrétique en bon état général. Il n'y avait pas d'hépatosplénomégalie, ni d'adénopathies périphériques palpables. Un scanner du larynx a montré un épaississement régulier des cordes vocales sans anomalie de densité spontanée ou de prise de contraste pathologique notable. La laryngoscopie directe objectivait un aspect rigide des 2 cordes vocales associé à une formation végétante et infiltrante de la corde vocale gauche et de la région sous glottique. La biopsie de cette lésion avait conclu à un aspect de muqueuse malpighienne siège d'un dépôt abondant, éosinophile dont l'aspect évoque un dépôt amyloïde. La nature amyloïde de ces dépôts était confirmée par la coloration rouge Congo et par l'examen en lumière polarisée. L'étude immunohistochimique afin de typer cette amylose n'était pas concluante. Un bilan clinique, biologique et immunologique sanguin et urinaire n'avait pas retrouvé de gammopathie monoclonale sous-jacente. Une enquête exhaustive à la recherche d'autres localisations amyloïdes systémiques était négative. Le diagnostic retenu était une amylose laryngée localisée. Une exérèse chirurgicale était faite avec bonne évolution.

Discussion :

L'amylose est une cause rare de tumeurs laryngées. Elle doit être évoquée devant une dysphonie persistante. Sa fréquence est estimée entre 0,17 et 1,2 %. Les atteintes laryngées sont généralement isolées, mais peuvent être associées à des localisations proches telle que la sphère ORL et les voies aériennes supérieures. Même après traitement endoscopique, les récurrences sont fréquentes.

Conclusion :

L'amylose localisée, pouvant être le seul signe révélateur d'une atteinte systémique, impose une recherche extensive d'autres localisations pour mieux adapter la stratégie thérapeutique. Une surveillance continue est nécessaire afin de détecter toute nouvelle localisation.

P67- La pneumopathie chronique idiopathique à éosinophiles : maladie de Carrington - A propos d'un cas

B. Talamoussa, Z. Elbougri, N. Bahadi, N. Sahel, O. Jamal, M. Zaizaa, F. Ahallat, A. Rkiouak, Y. Sekkach
Service de Médecine Interne A, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

INTRODUCTION

La maladie de Carrington ou la pneumopathie chronique idiopathique à éosinophiles (PCIE) s'inscrit dans le cadre des pneumopathies à éosinophiles sans cause déterminée ; le diagnostic est retenu devant l'association d'infiltrats pulmonaires à prédominance périphérique et d'une éosinophilie circulante et /ou alvéolaire d'évolution chronique sans cause mise en évidence notamment allergique ; parasitaire et hématologique. Nous rapportons ici le cas d'une patiente présentant une PCIE.

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agit d'une femme âgée de 48ans, ayant comme antécédents : une hypertension artérielle depuis 4ans sous Diltiazem et un diabète type 2 sous insuline, qui a présenté 1 mois avant son admission une dyspnée, une sensation d'oppression thoracique avec notion de toux sèche chronique. Par ailleurs la patiente a rapporté la notion des douleurs thoraciques avec des arthralgies d'allure inflammatoire. L'examen clinique a noté la présence des râles crépitants et sous crépitants bilatéraux. La biologie sanguine a révélé une hyperéosinophilie à 1800/mm³, associée à un syndrome inflammatoire élevé. Le bilan dysimmunitaire est sans grande particularité et les ANCA, en particulier, sont négatifs. La radiographie thoracique a montré des opacités infiltrantes bilatérales surtout périphériques et le Scanner thoracique a objectivé un infiltrat alvéolo- interstitiel périphérique avec un aspect en verre dépoli. Les épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) étaient normales à l'exception de la capacité de diffusion du CO (DLCO) qui était diminuée à 53% des valeurs prédites. La sérologie sanguine, la bactériémie parasitaire, l'analyse microscopique sur lavage broncho- alvéolaire permettaient d'exclure la présence d'un microorganisme infectieux. L'analyse du liquide de lavage broncho-alvéolaire (LBA) a démontré des leucocytes modérément nombreux associés à un taux des éosinophiles supérieur à 50%. La biopsie trans-bronchique était négative.

DISCUSSION

La pneumopathie chronique idiopathique à éosinophiles (PCIE) ou maladie de Carrington est une maladie exclusivement pulmonaire, rare, de cause inconnue et correspondant à l'infiltration du tissu conjonctif pulmonaire par des éléments cellulaires inflammatoires à prédominance éosinophilique. La PCIE se rencontre à tous les âges, mais, plus souvent, vers la 5^{ème} décennie avec un pic de fréquence à l'âge de 45 ans .Il existe une prépondérance féminine, à raison de 2 femmes pour 1 homme .La symptomatologie initiale de la PCIE est non spécifique associant des signes respiratoires et extra respiratoires dont l'atteinte cardiaque est la plus fréquente .Le diagnostic différentiel est large et le diagnostic de PCIE peut être retenu sur la coexistence d'infiltrats pulmonaires à prédominance périphérique et d'une éosinophilie circulante et /ou alvéolaire d'évolution chronique sans cause mise en évidence .Le traitement de la PCIE repose essentiellement sur la corticothérapie qui entraîne une amélioration spectaculaire des signes cliniques et radiologiques.

CONCLUSION

La maladie de Carrington représente le diagnostic d'élimination d'une hyperéosinophilie, l'évolution spontanée se fait vers la fibrose pulmonaire avec risque de décès par insuffisance respiratoire aiguë, d'où l'intérêt d'instaurer un traitement par les corticoïdes qui permet une régression rapide des symptômes et des images radiologiques.

P68- Pseudo-microangiopathie thrombotique : Diagnostic à ne pas manquer !

B. Talamoussa, Z. Elbouggrini, N. Bahadi, N. Sahel, O. Jamal, M. Zaizaa, F. Ahallat, A. Rkiouak, Y. Sekkach
Service de Médecine Interne A, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

Introduction :

La carence en vitamine B12 est responsable de tableaux extrêmement polymorphes et de sévérité variable d'origine hématologique, neuropsychiatrique, digestive ou gynéco-obstétricale. Les tableaux hématologiques peuvent être graves, mimant notamment une microangiopathie thrombotique (MAT).

Nous rapportons une observation inhabituelle concernant un déficit en vitamine B12 révélé par un tableau de pseudo-microangiopathie thrombotique.

Observation :

Un patient de 48 ans sans antécédents particuliers, est admis aux urgences pour une asthénie majeure récente accompagnée d'un amaigrissement de 4 kg en 2 mois. L'examen clinique révélait

Un teint pale avec des conjonctives sub-ictériques. L'hémogramme retrouvait une pancytopenie avec une anémie à 5.8 g/dl, une thrombopénie à 87 G/L et une leuconéutropénie à 1200/mm³. L'anémie était macrocytaire (VGM : 107), arégénérative (réticulocytes à 23000/mm³), avec 5.3 % de schizocytes (VN < 1 %) sur le frottis sanguin, accompagnée d'une hémolyse biologique à savoir une bilirubine libre sérique à 38mg/L, LDH à 3999 UI/L (VN < 350 UI/L), et l'haptoglobine à 0,08 g/L, avec un test de Coombs négatif. Le taux sérique de vitamine B12 était effondré (< 140 pg/ml). Les anticorps anti-cellules pariétales étaient positifs à 160 UI alors que les anticorps anti-facteurs intrinsèques étaient négatifs. Le myélogramme révélait une moelle riche, avec un asynchronisme nucléocytoplasmique, évocateur d'une anémie mégalo-blastique par carence vitaminique. Le patient a bénéficié d'une endoscopie digestive haute qui a objectivé une fundite érythémateuse avec sur le plan histologique un aspect d'atrophie fundique compatible avec gastrite auto-immune de type Biermer. La supplémentation vitaminique B12 par voie intramusculaire a permis une correction complète de la numération sanguine à 2 mois.

Discussion :

Les carences en vitamine B12 avec des tableaux de pancytopenies, d'hémopathie maligne ou de pseudo-MAT représentent 10 % des cas. L'érythrocytose inefficace est responsable d'une anémie macrocytaire, arégénérative avec hémolyse intramédullaire qui simule une MAT. Ainsi, la schizocytose est retrouvée à la fois dans les MAT mais aussi dans les carences vitaminiques. Ces deux entités doivent être clairement identifiées afin de ne pas mettre en place un traitement inadapté. Une anémie hémolytique arégénérative, associée à une thrombopénie modérée est fortement évocatrice d'une pseudo-MAT dans le cadre d'une carence en B12. La normalisation ad integrum de la numération globulaire après supplémentation en vitamine B12 quelle soit orale ou parentérale apporte la preuve définitive du diagnostic carenciel.

Conclusion :

Devant la suspicion de MAT, une carence en vitamine B12 doit toujours être recherchée. Le tableau hématologique trompeur de pseudo-MAT ne doit pas être méconnu du clinicien, en raison du caractère curable de la pathologie, en évitant ainsi au patient des thérapeutiques agressives et inutiles.

P69- Sarcoïdose naso-sinusienne et syndrome néphrotique : Ne pas omettre une amylose AA

F. Ahallat 1, M. Zaizaa 1, I. El Kassimi 2, A. El Bouti 3, N. Sahel 1, B. Talamoussa 1,

O. Jamal 1, N. Bahadi 1, Z. Bougrini 1, A. Rkiouak 1, Y. Sekkach 1

1 Service de Médecine Interne A, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

2 Service de Médecine Interne, Hôpital Militaire Moulay El Hassan. Guelmim

3 Service de Réanimation Médicale, Hôpital Militaire Moulay El Hassan. Guelmim

INTRODUCTION :

La sarcoïdose est une maladie inflammatoire granulomateuse multi systémique de cause indéterminée. Cette affection est caractérisée par un grand polymorphisme clinique du a des atteintes poly viscérales. Les localisations nasales et sinusiennes n'ont été que rarement décrites. L'association avec une amylose AA n'a été que très rarement citée dans la littérature. Nous relayons un cas de cette association sans autre cause évidente.

MATERIELS ET METHODES :

Nous rapportons le cas d'une patiente suivie pour une sarcoïdose naso-sinusienne compliqué d'une amylose AA.

DISCUSSION :

Il s'agit d'une patiente de 57 ans qui est suivie pour une sarcoïdose naso-sinusienne depuis une dizaine d'année diagnostiquée au décours d'une obstruction nasale chronique , d'épisodes de rhino sinusites maxillaires récurrentes et de rhinorrhée d'aspect purulent .La nasofibroscopie a retrouvé une muqueuse inflammatoire , la présence de croûtes et de sécrétions purulentes très épaisses .La biopsie est revenue en faveur de remaniements inflammatoires épithéloïdes et giganto cellulaires . Au décours de sa maladie la patiente a présenté un syndrome néphrotique et chez qui la ponction biopsie rénale a mis en évidence des dépôts amyloïdes de type AA. L'évolution était favorable sous traitement a base de corticoïdes et de colchicine.

CONCLUSION :

La sarcoïdose ne se complique que très rarement d'une amylose AA. Le traitement repose sur une corticothérapie et l'évolution est normalement favorable. Ce cas clinique démontre l'intérêt de rechercher systématiquement d'une amylose AA au cours d'une sarcoïdose.

P70- Efficacité remarquable du Rituximab dans une vascularite rétinienne occlusive bilatérale ayant révélé un SAPL secondaire au lupus

A. Charef 1, R. Lemouaden 1, I. Jeddou 2, M. Chiguer 1, A. Kadiri 1, F. Mekouar 1, J. Mohamed 1, N. El Omri 1, J. Smaali 1, J. Fatihi 1

1 Service de Médecine Interne B, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

2 Service D'Ophthalmologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

Introduction

L'atteinte ophtalmique au cours du lupus a été décrite dans 3-30% des cas, représentée essentiellement par un syndrome sec. La vascularite rétinienne occlusive, plus rare et d'apparition aiguë, s'associe dans 3/4 des cas au syndrome des antiphospholipides (SAPL). [1] Elle représente une urgence thérapeutique engageant le pronostic fonctionnel chez des patients majoritairement jeunes, nécessitant le recours aux corticoïdes voir immunosuppresseurs. Nous rapportons le cas original d'un patient qui a présenté une occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR) d'emblée bilatérale ayant révélé un SAPL secondaire à un Lupus érythémateux systémique (LES) avec une évolution remarquable sous Rituximab.

Observation

Un jeune patient de 19 ans, sans antécédents pathologiques ni facteurs de risques cardiovasculaires consultait en raison d'une baisse brutale de l'acuité visuelle (AV) datant de six jours. Il se plaignait également d'arthralgies inflammatoires bilatérales et symétriques des grosses articulations. L'examen clinique retrouvait une éruption cutanée du visage à type d'érythème malaire.

A l'examen ophtalmologique initial, l'AV était à compte les doigts des deux côtés. Le fond d'œil montrait une OVCR bilatérale avec engainement vasculaire, des hémorragies rétinienne éparées et un oedème papillaire. L'angiographie à la fluorescéine a confirmé le diagnostic d'OVCR.

Le bilan biologique mettait en évidence un TCA allongé à 64 secondes avec une recherche d'anticoagulant circulant type lupique positive, confirmée à 12 semaines.

Le reste des anticorps antiphospholipides étaient négatifs.

Les anticorps antinucléaires étaient revenus positifs, de fluorescence homogène et mouchetée, des anticorps anti-DNA natifs, anticorps anti-Sm et anticorps anti-SsA positifs.

Le complément C3 et C4 étaient consommés. Le bilan rénal était sans particularités.

Le bilan de thrombophilie congénitale ainsi que le bilan infectieux étaient normaux.

Le diagnostic d'OVCR en rapport avec un SAPL secondaire au LES a été retenu.

Le patient a été mis sous bolus de méthylprednisolone de trois jours relayé prednisone per os associé à l'azathioprine et une anticoagulation par AVK. En parallèle, le patient bénéficiait de séances de photocoagulation rétinienne ainsi que des injections intravitréennes d'anti-VEGF (vascular endothelial Growth factor).

L'évolution a été marquée la persistance de la vascularite rétinienne sans amélioration notable de l'AV. Cette non-réponse a motivé l'introduction d'un traitement par perfusion de Rituximab à la dose de 1g toutes les deux semaines pour un total de 2 cures. Ceci a permis une amélioration spectaculaire de la fonction visuelle avec une acuité visuelle de 10/10 aux deux yeux et une rémission des signes inflammatoires. Le recul actuel est de 2 ans.

Discussion

L'atteinte occlusive de la veine centrale de la rétine survient habituellement chez

le sujet âgé avec des facteurs de risque comme le diabète, l'hta, une augmentation de la pression intraoculaire. Dans de rares cas, les sujets jeunes peuvent être concernés. Dans ce contexte des étiologies comme le LES et le SAPL sont retrouvées. [2]

La physiopathologie semble être en rapport avec des dépôts de complexes immuns circulants et de compléments dans les vaisseaux rétiniens responsables de nécrose fibrinoïde des parois vasculaires et des micro-infarctissements.

Il s'agit principalement d'atteinte occlusive des branches artérielles ou artérioles rétinienne, L'atteinte de la veine centrale de la rétine reste exceptionnelle (6%). [3]

Dans notre cas l'atteinte oculaire du SAPL secondaire au lupus était une OVCR d'emblée bilatérale qui a révélé la maladie.

Le traitement est basé sur les corticoïdes par voie générale associés aux immunosuppresseurs principalement le cyclophosphamide et le mycophénolate mofétil. L'utilisation du Rituximab dans les rétinopathies du LES et SAPL a été rapportée, mais à ce jour, seules quelques petites séries ont été publiées démontrant une bonne réponse. [3]

Notre cas vient corroborer l'intérêt du Rituximab dans ces cas, une biothérapie au rôle immunosuppresseur puissant et prolongé.

Conclusion

L'OVCR au cours du SAPL, bien que rare, n'est pas à méconnaître car elle peut être révélatrice de la maladie, particulièrement chez les jeunes. Le Rituximab serait une option thérapeutique intéressante qu'il faudrait appuyer par des études supplémentaires.

P71- Hémophilie A acquise chez le sujet âgé : Profil étiologique et thérapeutique

A. Charef^{1*}, V. Prelipcean¹, M. Fils¹, L. Chaib¹, J. Cattelan¹, B. Willemin¹, O. Keller¹

* Service de Médecine Interne B, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

1 Service de Médecine Interne, Centre Hospitalier d'Haguenau. France

INTRODUCTION

L'hémophilie A acquise (HAA) est une coagulopathie qui se caractérise par un déficit acquis et isolé en facteur VIII dû à la présence d'auto anticorps anti-FVIII. C'est une affection auto-immune exceptionnelle avec une incidence d'environ 1.5 cas/millions d'habitant par an. Elle est souvent associée à un âge avancé et des complications hémorragiques potentiellement mortelles. [1]

Idiopathique dans 50% des cas, elle peut être associée à un large panel de pathologies. L'objectif de notre travail est de décrire les caractéristiques d'une étude rétrospective menée dans un service de médecine interne de cette entité rare chez le sujet âgé.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective, monocentrique, menée sur une période de dix ans entre janvier 2013 et juin 2023. Les critères d'inclusion étaient l'absence d'antécédent personnel ou familial d'hémophilie congénitale, un TCA allongé spontanément, un taux de facteur VIII diminué (< 30%) et un titrage de l'anticorps anti FVIII selon la méthode de Bethesda (> 0.6 uB).

RÉSULTATS

Sur une période de dix ans, quatre patients étaient recensés, 2 femmes et 2 hommes. L'âge moyen lors du diagnostic était de 80,5 ans, variant entre 73 et 87 ans.

Le syndrome hémorragique fait d'hématomes cutanéomuqueux spontanés était le motif de consultation retrouvé chez tous les patients.

Sur le plan biologique, le TCA allongé était le seul trouble de l'hémostase retrouvé et dépassait les 100 sec dans tous les cas. La recherche de l'anticoagulant circulant type lupique était négative. Le facteur VIII était diminué dans tous les cas avec un taux entre 1.7% et 10 % avec recherche d'anticorps anti-FVIII positive et une titration par méthode de Bethesda entre 17uB et 200uB.

L'enquête étiologique a révélé une association à des maladies auto-immunes dans un cas et une origine néoplasique dans un autre. Une hémophilie acquise idiopathique était conclue dans 2 cas.

Un traitement "by-passant" par complexe anti-thrombinique activé était mis en place dans deux cas en raison d'une hémorragie active.

Le traitement immunosuppresseur comprenait : Une corticothérapie (1mg/kg/jr) pour tous les patients, Rituximab d'emblée dans 2 cas en raison d'un taux élevé de l'inhibiteur.

L'évolution était favorable avec une normalisation du taux du facteur VIII. Les complications thérapeutiques observées étaient de l'agitation (n=1), des cancers cutanés basocellulaires (n=1) et une décompensation cardiaque (n=1).

DISCUSSION

Ces résultats (épidémiologiques et étiologiques) rejoignent ceux décrits dans la littérature où l'incidence de l'HAA augmente avec l'âge: < 65 ans : 0.3 cas /million

d'habitant par an contre 15 pour la catégorie des >85 ans. L'âge moyen de survenue est de 74,9 ans avec un pic entre 30 et 40 ans ce qui en fait une pathologie plutôt du sujet âgé avec une origine idiopathique rapportée dans 50% des cas. [1,2]

Aucun de nos patients n'a pu être traité par corticoïdes en monothérapie ni présentait un syndrome hémorragique à risque vital.

CONCLUSION

L'HAA est une affection rare dont la gravité est liée aux complications hémorragiques d'où l'importance d'évoquer ce diagnostic pour débiter un traitement adapté dans les plus brefs délais mais aussi afin de dépister une éventuelle maladie associée.

Toute HAA présente un risque de récurrence surtout la 1^{ère} année (5-12%). Un suivi du facteur VIII permet de dépister les récurrences bien que certains suggèrent la surveillance du ratio FVIII/FW dont la baisse est un facteur prédictif précoce de rechute même avec un taux d'anti-FVIII non détectable. [3]

P72- Profil clinique, paraclinique, thérapeutique et évolutif de la maladie associée aux IgG4 : A propos de 4 cas et revue de la littérature

A. Charef, N. El Omri, R. Lemouaden, M. Chiguer, A. Kadiri, J. Benhammou, M. Jira, F. Mekouar, J. Fatihi, A. Abouzahir

Service de Médecine Interne B, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

INTRODUCTION :

La maladie associée aux IgG4, une pathologie émergente, est une affection systémique fibro-inflammatoire caractérisée par une infiltration de lymphocytes et de plasmocytes IgG4+ associée à une fibrose pseudo-tumorale. Cette affection rare et probablement sous-estimée peut toucher plusieurs organes et pose un problème diagnostique majeur.

OBJECTIFS :

Le but de notre étude est de déterminer les caractéristiques cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives de la maladie associée aux IgG4 dans notre service de médecine interne.

MATÉRIEL ET MÉTHODES :

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, monocentrique réalisée dans le service de médecine interne B à l'Hôpital Militaire d'Instruction de Rabat de 2015 à 2024.

RÉSULTATS

Nous avons recensé 4 cas de maladie associée aux IgG4. Il s'agissait exclusivement de patients de sexe masculin, âgés en moyenne de 53 ans.

Les manifestations cliniques étaient dominées par des douleurs abdominales (n=3), un syndrome polyuropolydipsique associé à un diabète insipide central (n=1) et une altération de l'état général chez tous nos patients.

Sur le plan biologique, on notait un syndrome inflammatoire (n=4) et une insuffisance rénale aiguë (n=2). Le taux d'IgG4 sérique était élevé dans 3 cas. La tomodensitométrie a révélé une fibrose rétropéritonéale (n=4), une dilatation pyélo-calicielle (n=2) et une aortite (n=1), avec un hypermétabolisme dans ces zones au petscan.

Tous les patients ont été traités par corticoïdes. L'évolution a été marquée par une amélioration clinique et radiologique spectaculaire dans 3 cas. Un de nos patients a développé une cortico-dépendance, motivant l'introduction du Rituximab avec une bonne réponse.

CONCLUSION :

Depuis son identification comme pancréatite " auto-immune ", la maladie associée IgG4 est mieux caractérisée. Les critères de classification ACR/EULAR récemment proposés constituent une avancée importante et fourniront un cadre pour les études futures afin de mieux comprendre cette maladie.

P73- L'atteinte osseuse au cours de la Sarcoïdose : A propos de 2 cas

A. Kadiri, R. Lemouaden, A. Charef, M. Chiguer, Y. Oualehsine, J. Benhammou, F. Mekouar, M. Jira, N. El Omri, J. Fatihi

Service de Médecine Interne B, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

Introduction :

La sarcoïdose est une granulomatose multi systémique caractérisée par la présence de granulomes non caséux au niveau des organes touchés. L'atteinte médiastino-pulmonaire est la plus fréquente. Les localisations osseuses sont relativement rares. Le diagnostic de l'atteinte osseuse de la sarcoïdose représente un challenge pour l'interniste en raison des diagnostics différentiels multiples. Nous rapportons ici 2 cas de patients atteints de sarcoïdose osseuse.

Observation 1 :

Patiente de 66 ans, diabétique type 2 sous antidiabétiques oraux, consultait pour des douleurs osseuses diffuses évoluant depuis 2 ans sans autres signes associés. L'examen clinique objectivait une douleur exquise à la palpation des cotes avec la présence d'adénopathies inguinales bilatérales mobiles par rapport aux deux plans, indolores, sans signes inflammatoires en regard. La biologie montrait un syndrome inflammatoire avec une CRP à 25mg/l, une VS à 65mm avec une hypergammaglobulinémie polyclonale, une calcémie et une fonction rénale qui étaient normales. La radiographie standard des os longs et du grill costal a objectivé des lésions ostéolytiques. La TDM thoraco-abdomino-pelvienne n'a pas objectivé de lésions évolutives en dehors des adénopathies médiastinales et inguinales et des lésions ostéolytiques. Le PET-scan montrait un hypermétabolisme ganglionnaire inguinal avec une hyperfixation pathologique du squelette osseux. Les biopsies ganglionnaire et osseuse objectivaient un infiltrat granulomateux spécifique d'allure sarcoïdique sans signes de malignité. La patiente était mise sous corticothérapie avec une régression des douleurs osseuses et du syndrome inflammatoire biologique.

Observation 2 :

Une patiente de 56 ans, ayant comme antécédents un diabète type 2 sous antidiabétiques oraux et une uvéite récidivante évoluant depuis 2 ans dont l'enquête étiologique était en faveur d'une sarcoïdose. Elle était hospitalisée pour bilan étiologique d'une tuméfaction douloureuse de la paroi thoracique avec altération de l'état général, évoluant depuis 3 mois sans autres signes mis à part une toux intermittente et une fébricule. L'examen clinique retrouvait une tuméfaction sous scapulaire droite, douloureuse en regard de l'arc postérieur de la 6ème et 7ème cotes, des poly adénopathies cervicales, sus claviculaire gauche, axillaires et inguinales et une splénomégalie. Le bilan biologique retrouvait un syndrome inflammatoire biologique avec une CRP à 30 mg/l, VS à 95 mm, une lymphopénie à 600/mm³, une calcémie corrigée à 110 mg/l, l'ECA élevée à 157U/l, une fonction rénale correcte et un bilan infectieux négatif. La TDM cervico-thoraco-abdomino-pelvienne montrait une lésion ostéolytique costale, des poly adénopathies sus et sous diaphragmatiques, des micronodules pulmonaires diffus et une splénomégalie. La scintigraphie osseuse objectivait une hyperfixation de l'arc postérieur de K6 droite. Un complément par PET-scan mettait en évidence de multiples foyers hypermétaboliques pathologiques ganglionnaires sus et sous diaphragmatiques et pulmonaires suspects et un foyer hypermétabolique costal de l'arc postérieur de K6 droite. La biopsie ganglionnaire, costale ainsi que les biopsies pulmonaires étagées objectivaient un granulome épithélio-gigantocellulaire sans nécrose caséuse et sans signes de malignité. La patiente était mise sous corticothérapie orale avec une nette amélioration clinique et radiologique.

Conclusion :

La sarcoïdose osseuse est une entité rare. Son diagnostic doit être posé après avoir écarté les causes néoplasiques. L'imagerie est un élément important dans le diagnostic et le suivi de la sarcoïdose osseuse en particulier, notamment le PET-scan qui est recommandé pour évaluer l'activité de la maladie et la recherche du site à biopsier pour la confirmation histologique.

P74- Une rare association de Sarcoïdose systémique et d'histoplasmose

A. Kadiri, M. Chiguer, A. Charef, R. Lemouaden, Y. Oualehsine, J. Benhammou, F. Mekouar, N. El Omri, M. Jira, J. Fatihi

Service de Médecine Interne B, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

Introduction :

La sarcoïdose est une maladie inflammatoire systémique caractérisée par la formation de granulomes dans plusieurs organes. L'histoplasmose est causée par le champignon *Histoplasma capsulatum*, La présentation clinique la plus courante est l'histoplasmose pulmonaire qui peut ressembler à une pneumonie communautaire, à la tuberculose, à la sarcoïdose ou à une malignité. Nous rapportons un cas d'histoplasmose chez une patiente à priori immunocompétente, précédemment diagnostiqué d'une sarcoïdose médiastino-pulmonaire. Sa présentation a d'abord été confondue avec la sarcoïdose, mais les examens histopathologiques et mycologiques ont révélé une histoplasmose associée.

Observation :

Mme Z.G âgée de 56 ans, ayant comme antécédents une uvéite récidivante dont l'enquête étiologique était en faveur d'une sarcoïdose. Elle était hospitalisée pour bilan étiologique d'une tuméfaction de la paroi thoracique avec altération de l'état général, des poly adénopathies et une splénomégalie. Le bilan retrouvait une hypercalcémie et une ECA élevé, une masse tissulaire ostéolytique costale dont l'étude histologique était en faveur d'une localisation osseuse de sarcoïdose avec présence de levures dont l'examen mycologique a objectivé une histoplasmose et donc un traitement antifongique était instauré.

Discussion :

La sarcoïdose et l'histoplasmose ont des caractéristiques étonnamment similaires en termes de présentation clinique et histologique. L'atteinte osseuse est fréquente dans l'histoplasmose africaine. Cependant, il est rarement associé à la sarcoïdose. Dans la littérature, les infections opportunistes rapportées chez des patients atteints de sarcoïdose sont peu nombreuses. La sarcoïdose entraîne des modifications immunitaires pouvant entraîner une immunodépression et faciliter l'apparition d'infection opportuniste.

Conclusion :

L'histoplasmose doit être exclue avant le début du traitement immunosuppresseur, car son utilisation peut entraîner une maladie disséminée.

P75- Une calcinose scrotale révélant une sclérodermie chez un sujet âgé

R. Lemouaden, A. Charef, A. Kadiri, M. Chiguer, A. Charef, Y. Oualehssine, J. Benhammou, F. Mekouar, N. El Omri, M. Jira, J. Fatihi

Service de Médecine Interne B, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

Introduction :

La calcinose sous-cutanée est caractérisée par le dépôt de sels de calcium dans la peau et les tissus sous-cutanés, elle est classée en plusieurs sous-groupes, la calcinose dystrophique est associée aux maladies auto-immunes dont la physiopathologie reste mal élucidée, la localisation scrotale est rare. Nous rapportons le cas d'un patient chez qui une calcinose scrotale dont l'évolution a révélé une sclérodermie systémique

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 72 ans, sans antécédents pathologiques notables et sans notion de prise médicamenteuse, qui consultait pour une altération de l'état général avec une asthénie profonde et un amaigrissement chiffré à 6kg en 6mois, sans autres signes d'appel associés, l'examen clinique trouvait un patient en bon état général, stable sur le plan hémodynamique, sans masses palpables en dehors de 3 papules millimétriques de couleur jaunâtre, fermes indolores, de consistance ferme au niveau du scrotum, au bilan biologique on ne retrouvait pas de syndrome inflammatoire, le bilan thyroïdien et phosphocalcique, l'urée, la créatinémie et l'acide urique étaient normaux.

Sur le plan morphologique une TDM Thoraco-abdomino-pelvienne était sans particularités et l'évaluation endoscopique a révélé une pangastrite érythémateuse ; la biopsie des papules scrotales montrait des dépôts de basophiles amorphes sièges de calcifications dystrophiques, entourés d'histiocytes confirmant le diagnostic de calcinose scrotale idiopathique. Sur le plan thérapeutique le patient a été mis sous IPP double dose pendant un mois. L'évolution a été marquée 1 an plus tard par l'augmentation de la taille des papules scrotales avec l'apparition de télangiectasies au niveau des mains et du visage avec une sclérose cutanée et des polyarthralgies inflammatoires des grosses articulations gênant le patient. Un bilan immunologique a été réalisé montrant des anti-centromères positifs, le bilan d'extension n'avait pas objectivé d'atteinte cardio-pulmonaire ni rénale. Le diagnostic de sclérodermie cutanée localisée a été retenu et le patient fut mis sous inhibiteur calcique, colchicine et antipaludéens de synthèse avec un suivi rapproché afin de guetter une néoplasie synchrone. L'évolution a été marquée par la régression au bout d'un an de la calcinose scrotale avec une stabilité des lésions cutanées.

Conclusion :

La calcinose scrotale est une affection bénigne dont les étiologies sont multiples et rarement associée à des maladies auto-immunes (sclérodermie, dermatomyosite) le cas de notre patient rapporte une calcinose scrotale comme mode révélateur d'une sclérodermie cutanée localisée

P76- Manifestations ORL de la sarcoïdose : A propos de 15 cas

R. Lemouaden, A. Charef, M. Chiguer, A. Kadiri, Y. Oualehsine, J. Benhammou, FZ. Oucham, M. Jira, N. El Omri, F. Mekouar, J. Fatihi

Service de Médecine Interne B, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

Introduction :

La sarcoïdose est une maladie inflammatoire granulomateuse à expression essentiellement médiastino-pulmonaire mais qui peut toucher la sphère oto-rhino-laryngée (ORL) qui constitue une complication souvent négligée et mal traitée de la sarcoïdose. L'objectif de notre travail est de décrire les différentes manifestations ORL, leurs aspects épidémiologiques, cliniques et radiologiques.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective s'étendant sur 5 ans (2019–2024) dans un service de médecine interne de dossiers de patients suivis pour sarcoïdose. Le diagnostic de sarcoïdose était retenu sur un ensemble d'arguments cliniques, biologiques, radiologiques et histologiques après exclusion des autres granulomatoses. Parmi ces patients, nous avons sélectionné ceux ayant une atteinte ORL et nous avons étudié leurs caractéristiques épidémiologiques, cliniques et paracliniques.

Résultats :

Il s'agissait de 15 malades : 9 femmes et 6 hommes. L'âge moyen des patients était de 44,5 ans (extrêmes 35–54). Les symptômes ORL avaient inauguré la maladie chez 10 de nos malades. Ces manifestations étaient : une obstruction nasale (n = 5), une hypertrophie parotidienne (n = 4) et une dysphonie (n = 1). À l'imagerie, le scanner du massif facial avait objectivé un épaississement des fosses nasales chez 3 malades. Une paralysie de la corde vocale gauche avec tuméfaction de la paroi latéro-postérieure du nasopharynx avait été objectivée sur l'endoscopie nasale. Une biopsie nasale était réalisée chez 4 malades avec une biopsie du cavum chez l'un d'entre eux et une biopsie du larynx chez un autre patient. Un granulome tuberculoïde sans nécrose caséuse était retrouvé chez 12 malades. Un remaniement inflammatoire était décrit chez 3 malades. Les autres localisations associées étaient : médiastino-pulmonaire (n = 7), cutanée (n = 5) et oculaire (n = 3). Tous nos malades ont été mis sous corticothérapie générale avec une corticothérapie chez 5 patients et 4 malades ont été traités par les antipaludéens de synthèse avec une bonne évolution.

Conclusion :

L'atteinte ORL au cours de la sarcoïdose est responsable d'une gêne fonctionnelle invalidante justifiant sa recherche systématique afin qu'elle ne soit pas considérée à tort comme une localisation rare.

P77- Une nécrose digitale chez une insuffisante rénale : CAPS ou calciphylaxie ?

R. Lemouaden, A. Charef, M. Chiguer, A. Kadiri, Y. Oualehssine, J. Benhammou, N. El Omri, F. Mekouar M. Jira, J. Fatihi

Service de Médecine Interne B, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

Introduction :

Le syndrome des antiphospholipides (SAPL) est défini par l'association de manifestations cliniques thrombotiques et la présence persistante, à 12 semaines d'intervalle d'anticorps antiphospholipides.

La calciphylaxie est un phénomène rare de nécrose ischémique, cutanée et parfois systémique, dû à l'oblitération des artérioles d'abord par des dépôts calciques sous-intimaux, puis par la thrombose.

Dans le cas du SAP, les altérations cutanées peuvent représenter la première manifestation chez 40 % des patients, le livedo reticularis, l'ischémie et l'ulcération digitale étant les manifestations les plus fréquentes, la nécrose cutanée diffuse étant rare

Nous rapportons le cas d'une association des deux rendant le diagnostic et prise en charge difficiles

Observation :

Une femme de 47 ans ayant comme antécédent une insuffisance rénale d'étiologie indéterminée depuis l'âge de 30 ans sous dialyse péritonéale qui se présentait aux urgences pour une ischémie digitale intéressant le gros orteil droit ainsi que le 2^{ème} et 4^{ème} orteils gauches, l'examen clinique avait montré une froideur des pieds avec abolition des pouls pédieux et tibiaux postérieurs d'une façon bilatérale, un complément par angioscanner des MI ne montrait pas d'anomalies en dehors d'une médiacalcosse minime des artères fémoro-poplitées, la radiographie standard des deux pieds à la recherche d'une ostéite avait montré quelques calcifications tissulaires et un bilan phosphocalcique était en faveur d'une hyperparathyroïdie secondaire. Un traitement à base de calcimimétiques associé à des soins locaux avec débridement chirurgical avait été instauré. L'évolution durant son hospitalisation était marquée sur le plan clinique par l'extension des lésions avec apparition d'un érythème facial avec une détresse respiratoire et sur le plan biologique on notait la positivité du bilan immunologique avec des AAN à 1/320 homogène et présence de lupus anticoagulant circulant. La patiente était mise sous héparinothérapie associée à des IgIV humaines et l'évolution était marquée par une défaillance multi viscérale avec instabilité hémodynamique et le décès de la patiente.

Conclusion :

Ce cas attire notre attention sur la nécessité de penser à la calciphylaxie chez les patients hémodialysés sans oublier le CAPS comme le cas de notre patiente dont l'insuffisance rénale pourrait être en rapport avec une maladie lupique. Il n'est pas certain qu'une administration plus précoce d'héparine et d'IgIV aurait changé l'issue de cette patiente.

P78- L'atteinte cutaneo-muqueuse de la maladie de Behçet

M. Chiguer, R. Lemouaden, A. Charef, A. Kadiri, Y. Oualehsine, J. Benhammou, F. Mekouar, N. El Omri, M. Jira, J. Fatihi

Service de Médecine Interne B, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

INTRODUCTION : Les manifestations dermatologiques constituent la pierre angulaire du diagnostic de la maladie de Behçet (MB), une vascularite systémique caractérisée par diverses manifestations cliniques, où l'atteinte cutanéomuqueuse est la plus fréquente.

Notre étude avait pour objectif de décrire les manifestations dermatologiques de la MB au sein d'une cohorte de patients marocains.

PATIENS ET METHODES : Etude rétrospective descriptive incluant 60 patients ayant une MB répondant aux critères internationaux de la MB de 2013, colligés dans un service de médecine interne sur une période de 5 ans entre 2019 et 2024.

RESULTATS : Notre étude a porté sur 60 patients atteints de la maladie de Behçet, dont 48 hommes et 12 femmes, soit un ratio H/F de 4. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 30,4 ans \pm 8,5, avec des âges allant de 12 à 50 ans. Les manifestations cliniques étaient dominées par des atteintes cutanéomuqueuses présentes chez tous les patients (100 %) et inaugurales dans 75 % des cas. Les fréquences cumulées des manifestations dermatologiques étaient les suivantes : aphtose buccale (100 %), aphtose génitale (53,3 %), pseudofolliculite (26,7 %), érythème noueux (10 %), et hypersensibilité aux points de prélèvement avec un test pathergique positif chez 25 % des patients (test effectué chez tous les patients). Aucun cas d'aphtose cutanée n'a été observé. Par ailleurs, une aphtose périanale (n = 1) et un purpura vasculaire (n = 1) ont été notés.

Le délai moyen entre les premières manifestations cutanéomuqueuses et le diagnostic était de 4,2 ans. Le type d'atteinte dermatologique n'était influencé ni par l'âge de début de la maladie ni par le genre. Les principales manifestations associées étaient une atteinte articulaire notée dans 56,7 % des cas, une atteinte oculaire retrouvée dans 45 % des cas, un angio-Behçet noté dans 40 % des cas, un neuro-Behçet dans 18,3 % des cas, un entéro-Behçet dans 15 % des cas et une atteinte psychiatrique observée dans 11,6 % des cas.

DISCUSSION : Dans notre série, les fréquences des différentes manifestations cutanéomuqueuses concordent avec la littérature notamment pour l'aphtose buccale (100%) et l'aphtose génitale (53.3%) qui sont rapportées dans respectivement 97 à 100% et 50 à 93%. Nous avons noté une fréquence moins importante des nodules dermo-hypodermiques et des pseudofolliculites. Le test pathergique était positif dans le 1/4 des cas rejoignant ainsi les fréquences retrouvées dans la littérature (25 à 70%) avec des variations régionales considérables selon les populations étudiées. Parmi les manifestations dermatologiques rares de la maladie de Behçet, nous avons identifié un cas de purpura vasculaire.

Concernant le traitement, la quasi-totalité de nos patients ont bénéficié d'un traitement par la colchicine (97%), 80% des patients ont nécessité le recours à la corticothérapie. Les anticoagulants ont été utilisés chez les malades avec manifestations thromboemboliques soit 31% des patients. Le recours aux immunosuppresseurs principalement l'azathioprine suivi par

le méthotrexate et le cyclophosphamide était noté dans (40%,5%,5%) respectivement. La biothérapie notamment les anti-TNF était prescrite dans 10% des cas.

L'évolution dans notre série était favorable avec stabilisation lésionnelle dans 70% des cas, alors qu'elle était défavorable marqué par des rechutes fréquentes dans 18% des cas. Deux patients (hommes) qui avaient des atteintes vasculaires graves ont décédés au cours de l'évolution. Cinq patients ont été perdus de vue.

CONCLUSION : Notre étude révèle la diversité clinique des atteintes cutanéomuqueuses dans la MB et confirme la fréquence élevée des manifestations dermatologiques au cours de cette pathologie.

P79- Une diplopie binoculaire révélant un Angiobehçet

M. Chiguer, R. Lemouaden, A. Charef, A. Kadiri, Y. Oualehsine, J. Benhammou, F. Mekouar, N. El Omri, M. Jira, J. Fatih

Service de Médecine Interne B, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

Introduction : L'angiobehçet regroupe les différentes atteintes vasculaires au cours de la maladie de Behçet, elles sont fréquentes et peuvent affecter tous les types de vaisseaux, qu'ils soient de petite ou de grande taille. Elles sont graves et peuvent mettre en jeu le pronostic vital. Par conséquent, un diagnostic rapide et un traitement spécifique intensif sont nécessaires pour améliorer leur pronostic. L'atteinte des artères reste rare, souvent caractérisée par des thromboses et/ou des anévrismes.

Patient et méthodes : Cette observation concerne le cas d'un patient présentant une atteinte artérielle exceptionnelle qui révèle la maladie de Behçet. Il s'agit d'un anévrisme du segment ophtalmique de l'artère carotide interne gauche, associé à une dissection carotidienne bilatérale.

Résultats/Observation : Il s'agit d'un patient âgé de 26 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui consulte pour une diplopie horizontale binoculaire accompagnée d'une exophtalmie, ainsi que des céphalées, sans altération de l'acuité visuelle ni symptômes digestifs associés. L'examen ophtalmologique révèle une paralysie du nerf abducens (VI) gauche. Dans le cadre de l'investigation de la diplopie, une artériographie cérébrale est réalisée, mettant en évidence un anévrisme géant carotido-caverneux gauche traité chirurgicalement par la pose d'un stent au niveau de la carotide gauche. Lors du suivi postopératoire, une dissection carotidienne bilatérale est découverte, ce qui conduit les neurochirurgiens à solliciter l'avis des internistes pour une recherche étiologique.

L'interrogatoire met en évidence des antécédents d'aphthose buccale récurrente, de douleurs articulaires inflammatoires de type gonalgies, et un examen clinique minutieux révèle une cicatrice achromique au niveau du scrotum en rapport avec une aphthose génitale ancienne. Compte tenu de l'association d'une aphthose bipolaire, de douleurs articulaires inflammatoires et de cette atteinte vasculaire particulière, et après avoir exclu d'autres causes de dissection carotidienne telles que les maladies rares du tissu conjonctif d'origine génétique (comme le syndrome de Marfan ou le syndrome d'Ehlers-Danlos), pour lesquelles une recherche de mutations spécifiques est revenue négative, le diagnostic d'angiobehçet est retenu, d'autant plus que les marqueurs HLA B1 et B51 sont positifs.

Le traitement consistait en une corticothérapie associée à un immunosuppresseur à base de cyclophosphamide, ce qui a permis une amélioration clinique et une stabilité des lésions.

Discussion : La pathogénie de la maladie de Behçet fait intervenir plusieurs facteurs génétiques, infectieux et immunitaires. Son substratum anatomique est une vascularite qui peut affecter les veines et les artères. L'atteinte vasculaire est considérée comme un élément critique de l'évolution clinique chez les patients atteints de cette maladie. Selon les données disponibles, entre 7% et 29% des patients présentant la maladie de Behçet présentent des lésions vasculaires. Ces lésions peuvent prendre la forme de thromboses artérielles et/ou veineuses, d'anévrismes ou de pseudo-anévrismes, voire plus rarement de dissections et peuvent s'associer les unes aux

autres. L'atteinte des artères est moins fréquente, affectant entre 1% et 7% des cas, mais peut être au premier plan du tableau clinique -comme le confirme notre cas- et peut entraîner des complications mettant en jeu le pronostic vital. Les artères les plus couramment touchées sont l'aorte, suivie de l'artère pulmonaire et des artères carotides. Le traitement repose principalement sur l'utilisation de fortes doses de corticoïdes et de bolus de cyclophosphamide, Ce qui correspond à notre approche thérapeutique dans ce cas.

Conclusion : L'apparition des atteintes vasculaires dans la maladie de Behçet chez les jeunes sujets sans facteurs de risque vasculaire, associée à des symptômes cliniques parfois trompeurs, peut entraîner un retard dans le diagnostic. L'atteinte artérielle, bien que moins fréquente, peut avoir des conséquences graves sur le pronostic vital. Leur évolution dépend largement d'un diagnostic précoce et d'un traitement parfois agressif, mais surtout prolongé, nécessitant une implication et une éducation du patient.

P80- Les manifestations pulmonaires au cours de la Sclérodémie systémique : A propos de 10 cas

M. Chiguer, A. Kadiri, A. Charef, R. Lemouaden, Y. Oualehsine, J. Benhammou, F. Boucham, M. Jira, N. El Omri, F. Mekouar, J. Fatihi
Service de Médecine Interne B, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

Introduction :

La sclérodémie systémique (ScS) est une affection complexe marquée par des perturbations de la microcirculation, des dysfonctionnements immunitaires et une accumulation excessive du collagène. Parmi ses diverses manifestations, les complications pulmonaires représentent une cause majeure de morbidité et de mortalité. L'objectif de notre travail est de décrire les manifestations pulmonaires observées chez les patients atteints de ScS et de souligner l'importance d'un dépistage précoce pour une prise en charge adaptée.

Matériels et Méthodes :

Nous avons effectué une étude rétrospective sur quinze patients atteints de ScS, dont dix présentaient des manifestations pulmonaires. Ces patients ont été hospitalisés dans le service de médecine interne-B de l'HMIMV-Rabat entre janvier 2017 et janvier 2024.

Résultats :

La pneumopathie interstitielle a été diagnostiquée chez 80 % des patients, tandis que l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) a été relevée dans 30 % des cas. Sur le plan clinique, la dyspnée était présente chez 70 % des patients. Les anticorps anti-Scl 70 ont été détectés chez 6 patients, et les anticorps anti-centromères chez 2 patients. La tomodensitométrie thoracique haute résolution a révélé des anomalies spécifiques dans 80 % des cas. De plus, l'échocardiographie Doppler transthoracique a permis de dépister une HTAP chez 30 % des patients, diagnostic confirmé par cathétérisme cardiaque droit. Le traitement de la pneumopathie interstitielle a inclus trois approches : la corticothérapie, le traitement immunosuppresseur, ou une combinaison des deux. Pour les patients souffrant d'HTAP, le traitement reposait principalement sur les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (IPD-5), seuls ou en association avec des antagonistes des récepteurs de l'endothéline (ARE).

Conclusion :

Les atteintes pulmonaires observées dans notre étude sont graves, ce qui concorde avec les données de la littérature. Compte tenu de l'efficacité limitée des

traitements actuels, le dépistage systématique et la recherche de nouvelles options thérapeutiques sont essentiels pour améliorer le pronostic des patients atteints de ScS.

P81- Syndrome de Tolosa-Hunt : Savoir y penser devant une ophtalmoplégie douloureuse

M. Chiguer, N. Mouloudi *, R. Lemouaden A. Charef, A. Kadiri, Y. Oulhoucine, F. Mekouar, M. Jira, N. El Omri, J. Fatihi

Service de Médecine Interne B, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

* Service de Neurologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

Introduction

Le syndrome de Tolosa-Hunt (STH) caractérisé par une ophtalmoplégie douloureuse en rapport avec un processus inflammatoire non spécifique de la fissure orbitaire supérieure ou du sinus caverneux. Régressant de façon spectaculaire sous corticothérapie(CTC). Nous rapportant l'observation d'une patiente pour laquelle ce diagnostic d'élimination a été retenu dans notre service de médecine interne, ainsi que les informations significatives tirées de la revue de littérature.

Observation

Une femme, âgée de 52 ans, sans antécédents pathologiques notables, a présenté en 2021 un premier épisode de strabisme vertical droit avec ptosis qui a persisté une quinzaine de jours et s'est résolu spontanément, puis un an après on note une récurrence du tableau clinique fait d'une diplopie binoculaire verticale douloureuse avec des céphalées et flou visuel. L'examen clinique a trouvé une paralysie du nerf oculomoteur commun (III) droit. L'IRM cérébrale était normale ainsi que l'étude du LCR.

Les bilans immunologique et infectieux furent négatifs, Le bilan de sarcoïdose sans particularité, l'écho-doppler ainsi que la biopsie des artères temporales étaient normales.

Le diagnostic du STH a été évoqué, et la patiente était mise sous prednisone à raison de 1mg/kg/j pendant 4 semaines avec dégression progressive.

L'évolution était marquée par une récupération complète.

Discussion

Le diagnostic du STH repose sur des critères précis : douleurs orbitaires évoluant par crises, persistantes au moins 8 semaines en l'absence de traitement ; paralysie d'un ou de plusieurs nerfs oculomoteurs ; régression spectaculaire sous corticoïdes ; et l'exclusion d'une autre cause par la neuro-imagerie.

L'imagerie par résonance magnétique, examen indispensable au diagnostic ; Néanmoins, il semble possible qu'elle ne détecte pas les infiltrats minimes (comme c'est sans doute le cas de notre patiente), ce qui indiquerait un stade précoce de la maladie.

Conclusion

Bien que rare, le STH doit être envisagé devant une ophtalmoplégie douloureuse après une enquête étiologique minutieuse éliminant les autres causes d'origine tumorales, vasculaires, inflammatoires ou infectieuses. L'efficacité spectaculaire de la corticothérapie est évocatrice mais non spécifique.

Mots-clés : diplopie - tolosa-hunt - ophtalmoplégie douloureuse

P82- Les thromboses veineuses splanchniques dans un service de Médecine Interne
M. Chiguer, A. Charef, R. Lemouaden, A. Kadiri, Y. Oualehsine, J. Benhammou, F. Boucham,
F. Mekouar, M. Jira, N. El Omri, J. Fatihi
Service de Médecine Interne B, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

Introduction :

Les thromboses veineuses splanchniques représentent des conditions thrombotiques sérieuses susceptibles de compromettre le pronostic vital. Leurs origines sont diverses, avec une prédominance documentée dans la littérature par des néoplasies et des thrombophilies constitutionnelles. L'objectif de notre travail était de caractériser le profil épidémiologique et étiologique de ces thromboses.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective descriptive colligeant les patients hospitalisés pour thrombose abdominale dans notre service de médecine interne sur une période de 17 ans [2006-2023].

Résultats : Il s'agissait de 23 patients dont 11 hommes et 12 femmes. L'âge moyen était de 53 ans avec des extrêmes entre 32 et 80 ans. Deux patients présentaient des antécédents familiaux de thrombose et 4 avaient des antécédents personnels de thrombose principalement des membres inférieurs. Les circonstances de découverte étaient des douleurs abdominales dans 11 cas (47.8%), un syndrome œdémato-ascitique dans 4 cas (17.4%), une altération de l'état général dans 3 cas (13%), une hémorragie digestive dans 2 cas (8,7%), une découverte fortuite dans 3 cas (13%). Les sites de thrombose étaient le tronc porte dans 6 cas (26.1%), les veines sus-hépatiques dans 5 cas (21.7%), la veine cave inférieure dans 4 cas (17.4%), la veine mésentérique supérieure dans 3 cas (13%), la veine splénique dans 3 cas (13%), et la veine mésentérique inférieure dans 2 cas (8.7%). Les étiologies étaient dominées par le syndrome des antiphospholipides (SAPL) dans 26.1% des cas, tandis que les autres TVA étaient secondaires à la maladie de Behçet dans 21.7% des cas, Thrombophilie constitutionnelle (17.4%), syndrome myéloprolifératif (13%), une néoplasie solide (8.7%), une surinfection des coulées de nécrose au cours d'une pancréatite stade E dans un seul cas (4.3%). Chez deux patients, le bilan étiologique était négatif (8.7%). L'évolution était marquée par la survenue d'une embolie pulmonaire dans 2 cas. Le traitement consistait en des anticoagulants pour tous les patients, avec un traitement symptomatique des complications de l'hypertension portale dans 3 cas. Pour la maladie de Behçet, une corticothérapie associée à un traitement immunosuppresseur a été administré. Un traitement carcinologique était indiqué dans 2 cas. La récurrence était notée chez 3 cas.

Conclusion : Le syndrome des antiphospholipides (SAPL) et la maladie de Behçet se sont avérés être les principales causes de thromboses veineuses splanchniques dans notre série. Ces thromboses peuvent constituer un indicateur précoce d'une pathologie sous-jacente grave. Par conséquent, une enquête étiologique complète est indispensable pour prévenir les complications et les récurrences.

83- Les troubles psychiques au cours de la maladie de Behçet

M. Chiguer, A. Kadiri, A. Charef, R. Lemouaden, Y. Oualehsine, J. Benhammou, F. Mekouar, N. El Omri, M. Jira, J. Fatih

Service de Médecine Interne B, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

INTRODUCTION : L'atteinte psychiatrique au cours de la maladie de Behçet (MB) est relativement courante (20% à 30%). Elle peut inclure la dépression, l'anxiété, les troubles de l'humeur, les psychoses et les troubles cognitifs. Liée soit à l'impact de la maladie chronique et invalidante, aux effets secondaires des traitements, ou à une atteinte neurologique due à l'inflammation vasculaire touchant le système nerveux central.

L'objectif de notre travail est de décrire les aspects cliniques et le profil étiologique des troubles psychiatriques dans la MB.

PATIENTS ET METHODES : Étude rétrospective, descriptive incluant 7 patients hospitalisés dans notre service de médecine interne, entre 2019 et janvier 2024 présentant une maladie de Behçet avec des troubles psychiatriques, dont le diagnostic a été établi suite à une consultation psychiatrique spécialisée.

RESULTATS : Dans notre série, on avait 3 hommes et 4 femmes soit un sex-ratio H/F de 0,75. L'âge moyen de début de la MB était de 30 ans. L'atteinte psychiatrique n'était pas révélatrice de la MB chez aucun de nos patients. L'âge moyen de survenue des troubles psychiatriques était de 37 ans. Tous les patients avaient une atteinte cutanée prédominée par l'aphtose buccale, 57 % avaient une atteinte articulaire, 28 % une atteinte oculaire, 14 % une atteinte vasculaire et 42 % une atteinte neurologique.

Quatre cas de dépression ont été notés (57%), dont une dépression associée à un trouble anxieux, deux cas de syndrome dépressif modéré et un seul cas de dépression mélancolique.

Deux cas présentaient une agitation (29%). Un cas présentait une excitation psychomotrice (14%). Par ailleurs aucun patient dans notre série n'a présenté d'hallucinations ou des crises d'hystérie. L'étiologie neurologique était retenue chez 43 % des patients.

Les troubles psychiatriques étaient traités par les neuroleptiques, les anxiolytiques et les antidépresseurs.

L'évolution sous traitement était favorable chez tous nos patients.

DISCUSSION : Plusieurs études analytiques rapportent la probabilité d'avoir des troubles psychiques notamment à type de dépression et d'anxiété au cours de la MB et stipule que cette pathologie augmente le risque de dépression quatre fois plus que d'autres maladies chroniques. D'où la nécessité d'un dépistage des signes dépressifs et anxieux chez les sujets atteints de cette maladie par le biais des scores d'anxiété et de dépression.

Les données de la littérature rapportent pour la plupart une association significative entre le neuro-Behçet et les manifestations psychiatriques, ce qui était le cas dans notre série. Toutefois, la maladie de Behçet peut affecter les capacités cognitives en l'absence de symptômes neurologiques patents.

Les pourcentages de patients ayant un état dépressif ou anxieux étaient inférieurs à ceux de la littérature ce qui peut être expliqué par l'effectif moindre des patients inclus.

CONCLUSION : Les troubles psychiques au cours de la maladie de Behçet sont rares mais sont d'un grand polymorphisme clinique. Elles surviennent surtout chez les patients avec atteinte neurologique. Mais peuvent également être en rapport avec le stress émotionnel et des sentiments d'anxiété et de dépression que subissent les patients souffrants de la MB, ce qui nécessite une prise en charge psychologique adaptée.

P84- Liens inattendus : Hyperthyroïdie dévoilée par une maladie thromboembolique (A propos de 7 cas)

A. Taouch, Y. Chhih, F. Ibourk El Idrissi, S. Belkhattab, N. Mouatassim, W. Ammouri, H. Khibri, M. Maamar, Z. Tazi-Mezalek, H. Harmouche, M. Adnaoui
Service de Médecine Interne, service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue, CHU Ibn Sina. Rabat

Introduction

La maladie thromboembolique veineuse (MTEV) est multi causale avec des facteurs étiologiques (génétiques, hormonaux, environnementaux) dont la puissance est bien connue. Depuis quelques années, des publications suggèrent que les dysthyroïdies et plus particulièrement l'hyperthyroïdie pourrait être un facteur de risque (FDR) de thrombose. Nous rapportons 7 cas de MTEV révélant une hyperthyroïdie.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur une période s'étalant sur un an (03/2023-02/2024) ; incluant 7 patients présentant une thrombose veineuse révélant une thyroïdite auto-immune, suivis au sein du service de Médecine interne du CHU Ibn Sina.

Résultats

Il s'agissait de 7 patients (4%) sur un total de 184 patients qui sont suivis pour MTEV, dont 5 femmes et 2 hommes, sexe ratio H/F : 0.4. La médiane d'âge était de 47 ans (30-72). Aucun antécédent personnel ou familial n'a été retrouvé. Aucun de facteur de risque de thrombose n'a été identifié. 4 thromboses veineuses profondes (TVP) (57%) du membre inférieur unilatéral ont été retrouvées, 2 embolies pulmonaires massives (29%) et une thrombose était de siège insolite : jugulaire gauche (14%). Les manifestations thrombotiques précédaient le diagnostic de maladie thyroïdienne dans tous les cas.

Un bilan exhaustif de la METV a été pratiqué chez tous nos patients, notamment le bilan néphrotique et hépatique, le bilan de thrombophilie constitutionnelle, syndrome des antiphospholipides, Le bilan cardiaque et néoplasique, tous revenus négatifs. Une recherche de mutation jak2 et Clone HP n'ont été recherché que chez le patient avec la thrombose à siège insolite.

Suite à des signes cliniques d'hyperthyroïdie, un bilan thyroïdien a été demandé objectivant une TSH basse chez tous nos patients, complété par une échographie thyroïdienne revenue en faveur d'une thyroïdite et un bilan auto-immun revenant en faveur d'une thyroïdite de Hashimoto chez 4 patients (57%) et une maladie de Basedow chez 3 patients (43%) . Une hyperhomocystéinémie a été retrouvée chez 1 patient (14%) pour lequel on a complété par un dosage de taux de B12 qui était effondré, une gastrite auto immune de Biermer a été diagnostiquée sur la fibroscopie oesogastroduodénale.

Tous les patients ont été mis sous traitement anticoagulant de 6 mois à base de Rivaroxaban et traitement de la thyroïdite, aucune récurrence n'a été notée chez nos patients.

Discussion

Les désordres de l'hémostase dans les dysthyroïdies ont fait l'objet de plusieurs études. L'association d'hyperthyroïdie et d'une élévation du facteur VIII est largement documentée et suggèraient que l'incidence des thromboses veineuses était élevée chez les patients suivis pour hyperthyroïdie et qui ont un facteur VIII élevé.

Des observations récentes mettent en évidence des mécanismes par lesquels les hormones thyroïdiennes stimulent le processus de coagulation. Ces mécanismes impliquent les plaquettes, les facteurs de coagulation, les cytokines et les cellules endothéliales.

Conclusion

La glande thyroïde est plus impliquée dans l'hémostase que l'on ne pourrait le croire. En fait, la thrombose peut se voir le cours de l'hyperthyroïdie. L'auto-immunité et les hormones thyroïdiennes semblent jouer un rôle dans la détermination de ces anomalies, mais leurs rôles respectifs restent à être clarifiés.

P85- Au fil du sang : L'Homocystinurie familiale dévoilée par les thromboses

A. Taouch, Y. Chhih, H. Khibri, F. Ibourk El Idrissi, N. Mouatassim, W. Ammouri, M. Maamar, Z. Tazi-Mezalek, H. Harmouche, M. Adnaoui

Service de Médecine Interne, service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue, CHU Ibn Sina. Rabat

Introduction et objectifs

L'homocystinurie par déficit en cystathionine β synthase (CBS) est une affection rare qui se distingue des hyper homocystéinémies habituelles par les concentrations plasmatiques élevées en homocystéine et un tableau clinique particulier (accidents thrombotiques artérioveineux, complications oculaires, troubles psychologiques) ainsi que la présence d'une mutation dite MTHFR. C'est une maladie métabolique héréditaire récessive autosomique à haut risque de complications cardiovasculaires.

Patients et méthodes

Description épidémiologique, clinique et paraclinique de trois familles et un cas sporadique d'homocystinurie familiale à révélation thromboembolique veineuse ou accident athéro thrombotique diagnostiqués et suivis au sein du Service de médecine interne du CHU Ibn Sina.

Résultats

1ère Famille :

Un patient de 34 ans sans antécédent pathologique personnel notable, présente en post-chirurgie de luxation du cristallin une hémiparésie gauche due à une thrombophlébite cérébrale profonde. Le bilan a objectivé hyper homocystéinémie à 358 $\mu\text{mol/L}$ sans déficit en vitamines B12, B9 ou B6. La chromatographie des acides aminés sanguins et urinaires révèle une augmentation de la méthionine sanguine et de l'homocystéine urinaire en faveur d'une homocystinurie par déficit en cystathionine β -synthase sans anomalie vertébrale ou cardiaque. La recherche de l'homocystinurie chez le frère de 28 ans qui présente un syndrome malformatif : luxation bilatérale du cristallin, scoliose dorsolombaire avec hyper homocystéinémie à 368 $\mu\text{mol/L}$ était également positif. La recherche de la mutation MTHFR a été réalisée chez les deux patients et est révélée positive à l'état homozygote. Les 2 frères reçoivent une vitaminothérapie B6, un régime hypo protidique et AVK chez le premier avec amélioration complète neurologique.

2ème famille :

Un patient de 30 ans sans antécédent, fait une thrombophlébite cérébrale 8 jours après une chirurgie de luxation de cristallin et chez qui le bilan de thrombophilie objective une hyper homocystéinémie à 500 $\mu\text{mol/L}$ sans déficit en vitamine B12, B9 ou B6. L'hyper homocystéinémie associée à une hyper méthioninémie sont en faveur d'une homocystinurie par déficit en cystathionine β -synthase. La recherche d'une homocystinurie chez le frère de 24 ans qui présente un syndrome malformatif : subluxation unilatérale du cristallin, scoliose dorsolombaire, retard neuropsychique et homocystéinémie à 258 $\mu\text{mol/L}$ avec était également positif. La recherche de la mutation MTHFR a été réalisée chez les deux patients et est révélée positive à l'état homozygote. Les 2 frères reçoivent une vitaminothérapie B6, un régime hypo

protidique et AVK chez le premier patient avec amélioration partielle neurologique et une légère baisse de l'hyper homocystéinémie.

3^{ème} famille :

Un patient de 37 ans, qui a comme antécédent une énucléation de l'œil gauche non documentée, fait un Infarctus de myocarde sans facteur de risque cardiovasculaires, adressé dans notre formation pour bilan étiologique, on retrouve une hyper homocystéinémie à 566 umol/L sans déficit en vitamine B12 ou B9. Le reste du bilan retrouve une hyper homocysténurie associée. La recherche d'une homocystinurie chez le frère de 36 ans qui présente une subluxation du cristallin bilatérale et homocystéinémie à 300 umol/L était également élevée. La recherche de la mutation MTHFR a été réalisée chez les deux patients et est révélée positive à l'état homozygote. Les 2 frères reçoivent une vitaminothérapie B6, un régime hypo protidique et Anti agrégant plaquettaire chez le premier patient avec séquelles à type d'hypokinésie myocardique et altération de la fraction d'éjection.

4^{ème} cas sporadique :

Un patient de 35 ans, sans antécédent pathologique personnel ou familial particulier, fait une embolie pulmonaire distale segmentaire latéro-basale droite survenue en dehors de tout facteur de risque thrombotique connu ou documenté. Le patient a bénéficié d'un bilan étiologique de MTEV. On a donc retrouvé une homocystéinémie à 38 umol/L complétée par des dosages vitaminiques b12, b9 et b6 corrects, Acide méthyl malonique normal. On a donc fait la recherche de la Mutations MTHFR pour homocystéinurie familiale positive qui s'est révélée positive à l'état hétérozygote. Le patient reçoit une vitaminothérapie B6, un régime hypo protidique et un traitement anticoagulant par Rivaroxaban à long cours. Le patient est fils unique mais une consultation pour conseil génétique est prévue.

Tous nos patients sont issus d'un mariage consanguin.

Discussion

L'hyperhomocystéinémie retrouvée dans cette maladie est responsable de thrombose par activation plaquettaire, diminution de l'expression de la thrombomoduline essentielle pour activation de la protéine C et manque relatif de monoxyde d'azote conduisant à un dysfonctionnement endothélial.

Conclusion

Le dosage de l'homocystéinémie fait partie du bilan étiologique à réaliser devant un événement thrombo embolique ou athérothrombotique non provoqués. Ce dosage doit être complété par la mutation MTHFR si les dosages vitaminiques B6, B9 et B12 se révèlent normaux ou en cas de signe anamnésique ou clinique personnel ou familial orientant vers une homocystinurie familiale. La prise en charge consiste en une supplémentation vitaminique et une anticoagulation au long cours avec une étroite surveillance des facteurs de risque cardiovasculaire ainsi qu'un conseil génétique.

P86- Thromboses veineuses insolites : Où il y a de la Veine, il y a de l'inattendu (A propos de 50 cas)

A. Taouch, Y. Chhah, F. Ibourk El Idrissi, O. Elhajji, N. Mouatassim, H. Khibri, W. Ammouri, M. Maamar, Z. Tazi-Mezalek, H. Harmouche, M. Adnaoui
Service de Médecine Interne, service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue, CHU Ibn Sina. Rabat

Introduction

La maladie veineuse thromboembolique (MVTE) est une affection fréquente et grave dont les localisations sont très variées. Les thromboses veineuses de siège insolite sont bien plus rares que la thrombose veineuse profonde et nécessitent une recherche étiologique exhaustive.

L'objectif de notre étude était de décrire les particularités épidémiologiques, cliniques et étiologiques et évolutives des thromboses veineuses de siège insolite.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur une période s'étalant sur un an (03/2023-02/2024) ; incluant 50 patients qui présentaient une thrombose veineuse de siège insolite suivis au sein du service de Médecine interne du CHU Ibn Sina. Et chez qui le diagnostic a été confirmé par un moyen d'imagerie,

Résultats :

Parmi une série de 184 patients suivis pour MTEV, La thrombose de siège insolite avait été constatée chez 50 patients (27.17 %). Il s'agissait de 14 hommes et 36 femmes, avec un Sexe Ratio H/F à 0.38, d'âge médian de 42.5 ans, avec des extrêmes d'âge de 27 ans et 91 ans. Les patients avaient comme antécédents : deux cas (4%) d'asthme, 1 cas (2 %) de diabète, 1 cas (2%) d'hypothyroïdie et 1 cas (2%) de tuberculose pulmonaire traitée. Aucun antécédent familial n'a été rapporté. Comme facteur de risque de la METV on retrouve 1 patiente (2%) de prise d'oestrogéniques et 1 patiente (2%) à 7 jours de du post partum.

Les symptômes respectifs étaient : une douleur abdominale avec ou sans un syndrome d'épanchement liquidien dans 42 cas (84%), un syndrome d'HTIC avec ou sans convulsions mentale dans 5 cas (10%) et un gros membre supérieur douloureux dans 3 cas (6%). La confirmation du diagnostic était apportée dans 40 cas (80%) avec le scanner ou l'angiographie abdominale, 5 cas (10%) avec une angio-IRM cérébrale, 3 cas (6%) avec le doppler veineux, 1 cas (2%) avec une Bili-IRM et 1 cas (2%) avec l'IRM du Cavum.

Le siège était la veine mésentérique dans 8 cas (16%), la veine porte dans 8 cas (16%), la veine jugulaire interne dans 8 cas (16%), la veine splénique dans 7 cas (14%), une thrombophlébite cérébrale dans 5 cas (10%) , la veine cave inférieure dans 3 cas (6%), la veine basilique dans 3 cas (6%) et 1 cas (2%) pour chacune des localisations suivantes: la veine cave supérieure, la veine axillaire , la veine cœliaque, la veine rénale, la veine hépatique et les veines sus hépatiques.

L'association de deux localisations insolites ou plus ou avec une thrombose veineuse profonde des membres inférieurs (TVP) était rapportée dans 7 cas (14%), et 1 cas (2%) associé à une

embolie pulmonaire, Il s'agissait d'une récurrence après une thrombose veineuse profonde ou thrombose insolite dans 8 cas (16%).

Un bilan étiologique exhaustif de MTEV était pratiqué chez tous nos patients : le bilan néphrotique et hépatique, le bilan de thrombophilie constitutionnel, syndrome des antiphospholipides, Le bilan cardiaque et néoplasique, a recherche de la mutation jak2 et Clone HPN.

Les étiologies retrouvées étaient réparties comme suit : la maladie de Biermer dans 5 cas (10%) (associés ou non à une hyperhomocystéinémie), une origine néoplasique (2 cavum , 1rein , 1 estomac,1 intestin grêle) dans 5 cas (10%), SAPL dans 4 cas (8%), Behcet dans 4 cas (8%), , une tuberculose dans 4 cas (8%), sarcoïdose multifocale dans 2 cas (4%), maladie de Crohn dans 2 cas (4%). Et puis 1 cas (2%) pour chacune des étiologies suivantes : thrombophilie constitutionnelle avec déficit en protéine S, vascularite à ANCA, homocystéinurie familiale, lymphome, syndrome myéloprolifératif, maladie cœliaque, une méningoencéphalite, une hépatite virale, hépatite auto immune et syndrome du défilé thoraco-brachial post traumatique. L'étiologie est restée indéterminée dans 12 cas (24%).

Tous nos patients ont reçu une anticoagulation curative parallèlement au traitement étiologique. Le traitement anticoagulant efficace avec chevauchement HBPM et antivitamine K (AVK) chez 15 patients (30%), le Le Rivaroxaban était utilisé chez 29 patients (58%) Et traitement par HBPM seul chez 3 patients (6%).

En ce qui concerne l'évolution, une récurrence a été notée dans 4 cas (8%) ,3 cas (6%) de thrombose insolite, et 1 cas (2%) de TVP ,et une deuxième récurrence dans 2 cas (4%), tous les patients qui ont récidivé étaient sous AVK , qu'on a switché vers le Rivaroxaban, le délai moyen de récurrence était de 2 ans. Comme séquelles on a rapporté 4 cas (8%) d'hépatopathie chronique dont 3 cavernomes portes. Aucun décès n'a été enregistré.

Conclusion :

Les thromboses veineuses profondes de localisation insolite sont des affections qui demeurent rares, et être le signe révélateur d'une pathologie grave. Elles nécessitent une approche étiologique rigoureuse et une prise en charge adéquate essentiellement dans le but de prévenir les récurrences. La négativité du bilan étiologique initial nécessite un bon suivi des patients car peut être un signe précoce de la maladie néoplasique.

P87- Modes de présentation de l'hypercalcémie en médecine interne : A propos de 36 cas

S. Choukair, W. Ammouri, Y. Moussadik, H. Daouaji, Y. Chhah, N. Mouatassim, H. Khibri, M. Maamar, Z. Tazi-Mezalek, H. Harmouche, M. Adnaoui
Service de Médecine Interne, service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue, CHU Ibn Sina. Rabat

Introduction :

L'hypercalcémie est une affection métabolique caractérisée par une élévation anormale du taux de calcium dans le sang .Elle peut survenir à tout âge. Ses modes de présentation sont très variables et parfois sévères, pouvant engager le pronostic vital. L'objectif de notre étude était d'étudier le profil clinico-biologique, étiologique et thérapeutique de l'hypercalcémie.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective observationnelle de type descriptive, qui a colligé 36 dossiers de patients hospitalisés au service de médecine interne du CHU Ibn Sina ayant une hypercalcémie confirmée sur une période de 2 ans, entre Mai 2022 et Mai 2024.

Résultats :

Trente-six patients ont été inclus, parmi lesquels 16 femmes, avec un sexe ratio H/F de 1.25. La médiane d'âge était de 65 ans (24-89).les signes révélateurs étaient dominés par les manifestations ostéo-articulaires (52.8%) avec présence de signes généraux (16.7%), de signes digestifs (13.9%), de manifestations neuromusculaires (8.3%), et de découvertes fortuites (8.3%).

La calcémie moyenne était de 2.9 mmol /L (avec des extrêmes entre 2.66 et 5).Nous avons noté 3 cas d'hypercalcémie maligne. L'électrocardiogramme était pathologique dans 19.4% des cas montrant des troubles du rythme et de la conduction type raccourcissement de l'espace QT et aplatissement de l'onde T.

L'origine néoplasique a été observée dans 75% des cas, principalement avec 22 cas de myélome multiple (61.1%), 3 cas de métastases d'un adénocarcinome de la prostate (8.3%), un cas de cancer du sein (2.8%) et un cas de cancer bronchopulmonaire (2.8%).Deux cas d'hyperparathyroïdisme primaire ont été notés (5.6%). Les autres causes d'hypercalcémie incluaient 3 cas de sarcoïdose (8.3%), des causes médicamenteuses dans 3 cas (8.3%) (notamment la vitamine D à 5.5% et les diurétiques thiazidiques à 2.8%) ainsi qu'un cas de tuberculose (2.8%)

Sur le plan thérapeutique, une hyperhydratation a été proposée chez tous les patients, associés au biphosphonate dans 21 cas (58.3%), une corticothérapie dans 11 cas (30.6%), calcitonine dans 3 cas (8.3%) et dialyse dans 1cas (2.8%).Un traitement étiologique a été proposé dans tous les cas.

L'évolution était favorable chez 35 cas (97.2%).Un cas de décès a été rapporté (2.8%) chez un patient de 89 ans ayant présenté une hypercalcémie maligne avec troubles du rythme.

Conclusion :

L'hypercalcémie est une anomalie biologique fréquemment rencontrée en médecine interne, constituant une urgence diagnostique et thérapeutique potentiellement grave, avec des étiologies diversifiées, dominées dans notre série par le myélome multiple.

88- Profil des anémies du sujet âgé en hospitalier

A. Laabichi, M. Maamar, W. Hamdi Senhaji, H. Khibri, W. Ammouri, N. Mouatassim, S. Haidouri, Z. Tazi-Mezalek, H. Harmouche, M. Adnaoui
Service de Médecine Interne, service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue, CHU Ibn Sina. Rabat

Introduction :

L'anémie est une situation fréquente en gériatrie. Elle est associée à une morbi-mortalité élevée. L'objectif de cette étude est de décrire le profil épidémiologique, clinique, étiologique et évolutif d'une série de 67 patients hospitalisés.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude mono centrique rétrospective de patients hospitalisés pour un syndrome anémique. Les critères d'inclusion sont un taux d'hémoglobine inférieur à 11 g/dl chez des sujets âgés de plus de 65 ans ayant été hospitalisés entre le 01 Janvier 2023 et le 30 Septembre 2023.

Résultats :

96 patients hospitalisés sur la période étudiée, parmi eux 67 patients présentaient une anémie dès l'admission, soit une prévalence de 69,79%, âge médiane de 77,5 ans (65-98 ans) dont 18 hommes et 50 femmes.

Au plan clinique, on note une asthénie chez 42 patients (62,68%), une pâleur chez 29 patients (52,70%), une perte de poids chez 25 patients (43,28%), une dyspnée et des palpitations chez 13 patients (19,40%), une confusion, des escarres ou un syndrome hémorragique chez 7 patients (10,44%), un syndrome infectieux chez 12 patients (17,91%), un syndrome tumoral chez 11 patients (16,41%), et des céphalées chez 9 patients (13,43%).

A l'admission, 3 patients étaient en instabilité hémodynamique soit 4,4%.

La médiane des bilans biologiques : Hémoglobine 8,6g/dL (3,7-11), le VGM 88 μm^3 (62,8-143), réticulocytes 57000/mm³ (0-207.000), une neutropénie a été objectivé chez 10 patients (14,92%), avec un taux médian de 750/mm³, une thrombopénie a été noté chez 17 patients, avec un taux médian de plaquettes à 23000/mm³.

Une cause a été identifiée chez 95,6% des patients, dont 38% avaient plusieurs étiologies intriquées. Les étiologies sont représentées par : les causes inflammatoires chez 28 patients (41,79%), dont 75% étaient en rapport avec une infection, et 25% soit une maladie inflammatoire ou une néoplasie, une cause carencielle chez 22 patients (32,83%) dont 13 patients avaient une carence martiale, 8 une carence en B12 ou en Folate), anémie au décours d'un syndrome hémorragique chez 14 patients (20,89%) en rapport à une thrombopénie chez 8 patients, un accident iatrogène (AVK/anti agrégants) chez 3 patients et en post opératoire chez 1 patient, la cause était une hémopathie maligne chez 13 patients (19,40%), (dont 5 lymphomes, 4 myélomes, 3 leucémies aiguës et un syndrome myéloprolifératif), l'insuffisance rénale chronique était responsable de l'anémie chez 11 patients (16,41%), enfin d'autres causes étaient plus rares (Myélodysplasie, hémolyse, aplasie médullaire et l'hypothyroïdie).

L'évaluation gériatrique retrouve un Score ADL : 3,61/6 (0-6), et un Score IADL :

3,01/8 (0-8), L'état nutritionnel étudié a retrouvé une dénutrition dans 6 cas et une dénutrition sévère dans 4 cas. L'exploration des fonctions supérieurs n'as pas été faite en cours de l'hospitalisation, vu l'épisode aigu concomitant.

L'évolution était favorable 27 chez patients avec un recul moyen de 6,38 mois.

On note la survenue chez 15 patients (22,38%) des cas, sur un choc septique +/- sur un terrain d'hémopathie maligne.

Enfin, 25 des patients inclus ont été perdus de vue, soit dans 37,31%.

Conclusion :

L'anémie du sujet âgé est le plus souvent multifactorielle dominée par les causes carencielles inflammatoire et hématologique maligne. Sa présentation clinique fruste notée dans impose la réalisation d'un hémogramme systématique. Une prise optimale passe par une démarche étiologique rigoureuse.

P89- Amylose AA paranéoplasique associée à un histiocytofibrome angiomatoïde : Un cas clinique rare et une gestion thérapeutique délicate

A. Laabichi, W. Ammouri, F. Ibourk El Idrissi, J. Aaouira, W. Hamdi Senhaji, A. Lemrabet *, N. Moutassim, H. Khibri, M. Maamar, Z. Tazi-Mezalek, H. Harmouche, M. Adnaoui
Service de Médecine Interne, service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue, CHU Ibn Sina. Rabat

* Service de Radiologie Centrale, CHU Ibn Sina. Rabat

Amylose AA paranéoplasique associée à un histiocytofibrome angiomatoïde : un cas clinique rare et une gestion thérapeutique délicate

Amine Laabichi¹, W. Ammouri¹, F. Ibourk El Idrissi¹, J. Aaouira¹, W. Hamdi Senhaji¹, A. Lemrabet², N. Moutassim¹, H. Khibri¹, M. Maamar¹, Z. Tazi Mezalek¹, H. Harmouche¹, M. Adnaoui¹.

¹ Service de Médecine Interne, Hématologie clinique et Gériatrie aigue, Hôpital Avicenne, Université Mohammed V, Rabat, Maroc.

² Service de Radiologie centrale, Hôpital Avicenne, Université Mohammed V, Rabat, Maroc.

Introduction :

L'histiocytofibrome angiomatoïde (HA) est une tumeur « borderline », rare, des tissus mous, rarement inflammatoire (dans 1,87% environ), et de différenciation incertaine, qui se développe principalement au dépend de la peau, bien que des localisations primitives extra-cutanées aient été décrites. Certains gènes de fusion y sont fréquemment associés : EWSR1-CREB1, EWSR1-ATF1, et FUS-ATF1, elle est le plus souvent primitive, rarement secondaire (Radiothérapie, chimiothérapie, VIH).

Nous rapportant dans ce qui suit, un cas clinique d'une jeune patiente ayant développé une amylose AA sur le syndrome inflammatoire paranéoplasique de cette tumeur, il s'agit, à notre connaissance, du premier cas décrits dans la littérature.

Cas clinique :

Il s'agit d'une patiente de 16 ans, sans antécédent notable, suivie depuis l'âge de 13 ans, pour un HA, révélé par une tuméfaction de la région sous claviculaire droite ayant nécessité une exérèse chirurgicale, 5 mois plus tard, la patiente a présenté une rechute, avec apparition de poly adénopathies axillaires et une extension de la tumeur, qui est devenu engainante de l'artère sous claviculaire, contre-indiquant une exérèse chirurgicale totale.

La patiente a été staffée, puis mis sous protocole COP (Ciclophosphamide/Vincristine/Prednisone), dont elle a reçu 4 cures, au bout desquelles, la tumeur avait légèrement régressé de taille, mais ne permettant toujours pas de faire une exérèse chirurgicale.

Par la suite, la patiente a commencé à présenter des diarrhées glairo-sanglantes persistances sous traitement symptomatique et antibiothérapie probabiliste, Amaigrissement non chiffré, asthénie sévère, avec un bilan biologique montrant un syndrome inflammatoire persistant et une insuffisance rénale.

L'Endoscopie digestive retrouvait un aspect Gastrite érythémato-pétéchiale sans anomalie à l'étage iléo-colique, la biopsie (digestive et rénale) retrouvait des dépôts amorphes, éosinophiles, avec une coloration rouge Congo positive, en faveur d'une amylose AA.

Un bilan exhaustif de l'amylose AA a été réalisé, Bilan phtisiologique : Recherche de bacille de Koch (à l'examen direct et par PCR) dans les crachats et les urines négative, dosage du Quantiféron négative), Bilan immunologique : Recherche d'anticorps antinucléaire négative, Bilan inflammatoire : Recherche des mutations du gène MEFV par NGS négative et le Dosage des sous classe d'Immunoglobulines : sans anomalie.

La patiente a été mis sous anti-IL6, dont elle a reçu 6 cures (400 mg mensuellement), qui s'est compliqué d'un sepsis ayant nécessité d'hospitaliser la patiente en réanimation.

Devant l'aggravation de la patiente, la décision a été de la mettre sous Doxorubicine puis de rajouter éventuellement un Anti-IL6.

La radiothérapie a été discutée, mais refusée devant l'altération importante de l'état générale.

La patiente a reçu finalement, à distance des épisodes infectieux, de la doxorubicine à dose de 15 mg/m² par semaine, la patiente en a reçu 4 cures, sans grande amélioration ni biologique ni sur l'imagerie.

Devant cette absence d'amélioration, et avec un syndrome inflammatoire toujours persistant (avec une CRP basculant autour de 80 mg/l et un taux de Serum amyloïde de 147 mg/l).

La patiente est sortie de l'hôpital sous antibiothérapie prophylactique, et un rendez-vous pour sa deuxième cure d'anti IL6, mais avait présenté chez elle un tableau de pneumopathie hypoxémiant ayant nécessité une hospitalisation au déchoquage, la patiente a été perdue le jour même de son hospitalisation.

Conclusion :

La patiente a développé une amylose AA secondaire à un histiocytofibrome angiomatoïde, phénomène rare jamais décrit dans la littérature. Le traitement a consisté en un protocole COP (Ciclophosphamide/Vincristine/Prednisone) puis la Doxorubicine après l'impossibilité de faire une résection pour l'histiocytome, suivi d'une thérapie anti-IL6 pour l'amylose AA. Malheureusement, malgré ces interventions, la patiente n'a pas montré d'amélioration significative et a finalement succombé à une pneumopathie hypoxémiant.

Ce cas met en lumière la complexité de la gestion des affections rares et souligne également le besoin de rechercher activement les complications, même les plus inhabituelles, dans le suivi des patients atteints de tumeurs rares, afin d'adapter rapidement le traitement et d'améliorer les résultats.

P90- La myocardite induite par les catécholamines au décours du phéochromocytome : Une étiologie inhabituelle.

A. Laabichi, W. Ammouri, F. Ibourk El Idrissi, J. Aaouira, W. Hamdi Senhaji, A. Lemrabet *, N. Mouatassim, H. Khibri, M. Maamar, Z. Tazi-Mezalek, H. Harmouche, M. Adnaoui
Service de Médecine Interne, service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue, CHU Ibn Sina. Rabat

* Service de Radiologie Centrale, CHU Ibn Sina. Rabat

Introduction :

La myocardite est une affection rare et grave, résultant de l'inflammation du myocarde, secondaire à une agression des cardiomyocytes, le plus fréquemment au décours d'une infection virale. Le diagnostic de myocardites doit être évoqué devant tout tableau d'insuffisance cardiaque récent, en l'absence d'une pathologie cardiaque sous-jacente (ischémique ou valvulaire).

Le phéochromocytome est une tumeur neuroendocrine se développant au dépend du tissu adrénergique de la surrenale, et qui est caractérisée par une hypersécrétion de catécholamines, il s'agit d'une tumeur mortelle si la prise en charge n'a pas été faite dans les délais.

Cas clinique :

Il s'agit d'une patiente de 37 ans, ayant comme antécédent un vitiligo depuis 15 ans, et qui s'est présentée aux urgences, pour un syndrome coronarien fait de précordialgies constrictives, un ECG réalisé objectivait des ondes T négatives en septo apico latéral, une troponine très élevée, et une hypokinésie globale à l'échocardiographie, une coronarographie avait été réalisée, revenue sans anomalies, la patiente est sortie sous traitement à base de bêtabloquant après une amélioration spontanée.

Par la suite, la patiente avait présenté 4 récurrences, ayant nécessité une hospitalisation au service de cardiologie, dont la dernière à nécessiter un séjour en réanimation après une instabilité hémodynamique, une IRM a été réalisée objectivant un aspect en faveur de myocardite, et la patiente a été adressée au service de médecine interne pour bilan étiologique. Un bilan étiologique avait été réalisé :

Bilan immunologique : Recherche des anticorps antinucléaires, des ANCA, les Anticorps anti antigène solubles, les fractions du complément, et les anticorps du syndrome des anti phospholipides, revenus tous négatifs, la recherche de la sarcoïdose avec un bilan phosphocalcique, le dosage de l'enzyme de conversion et la biopsie des glandes salivaires accessoires sont revenus sans anomalies.

Bilan infectieux : les sérologies virale (hépatite B, Hépatite C, VIH, CMV, EBV, ParvoB19, rubéole, PCR multiplexe respiratoire), les sérologies syphilitiques, de Lyme, et toxoplasmique sont tous revenus négatives, la recherche de la tuberculose sur les crachats (examen direct et PCR) et le dosage du quantiféron sont également revenus négatifs.

Un Scanner thoraco-abdomino-pelvien a retrouvé une masse surrenalienne droite de 44 *31*60 mm, se rehaussant de façon hétérogène après injection du produit, avec une densité spontanée supérieur à 10 UH, et un wash out absolue calculé à 47%, un complément d'IRM surrenalienne décrit une masse surrenalienne droite hyper vasculaire faisant suspecter un phéochromocytome. Les dosages des catécholamines urinaires retrouvait une Normétadrénaline à 6.55 nm/l (pour une normale à 0.71), un taux de Métadrénaline à 2.62 nm/l (pour une normale à 0.36), et un taux de 3-ortho-méthyl dopamine à 0.06 nm/l (pour une normale à 0.15).

Au cours de son hospitalisation, alors que la scintigraphie au MIBG était prévu pour rechercher d'éventuelle localisation ectopique, la patiente a présenté une instabilité hémodynamique, avec une hypotension sévère qui s'est compliquée d'un état de choc cardiogénique, la patiente a été transférée en unité de réanimation médico-chirurgicale, et un geste chirurgical a été programmé

en urgence après une brève stabilisation de la patiente, la chirurgie a été faite par laparotomie, et s'est passée, ainsi que ses suites, sans incident.

L'amélioration clinique fut spectaculaire, avec une normalisation de la tension artérielle, une échocardiographie transthoracique réalisée 2 mois en post opératoire, retrouvait une fonction myocardique normale, les dosages hormonaux de dérivés catécholaminergiques sont revenus indétectables, et la patiente n'est actuellement sous aucune thérapeutique, sauf une simple surveillance clinique, échocardiographique et biologique.

Conclusion :

Le phéochromocytome est une tumeur rare, et son association avec la myocardite est rarement décrite, la gravité de cette association et son évolution rapidement péjorative, mais également potentiellement curable, justifie la recherche de cette entité devant tout tableau d'Insuffisance cardiaque récent, en particulier en cas d'association avec la triade classique du phéochromocytome, et le cas que nous avons rapporté illustre bien cela.

P91- Leishmaniose viscérale chez l'adulte immunodéprimé, hors VIH : A propos de 4 cas

A. Laabichi, H. Khibri, W. Hamdi Senhaji, T. Boudriya *, O. El Hajji, S. Haidouri, M. Maamar, W. Ammouri, N. Mouatassim, H. Harmouche, Z. Tazi-Mezalek, M. Adnaoui
Service de Médecine Interne, service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue, CHU Ibn Sina. Rabat

* Laboratoire de Myco-Parasitologie, CHU Ibn Sina. Rabat

Introduction :

La leishmaniose viscérale est une maladie rare, et sévère, qui touche principalement les enfants et les patients ID, en particulier dans le contexte d'une co-infection VIH, dans cette étude, on s'est intéressé à la leishmaniose viscérale chez le patient immunodéprimé, hors infection VIH vu son caractère mal connu.

Résultats :

Cas clinique 1 :

Patiente de 16 ans, suivie depuis mars 2023 pour un lupus articulaire, cutané, hématologique (anémie hémolytique auto immune), une atteinte rénale, et un bilan Immunologique en faveur. Mis sous hydroxychloroquine, corticoïdes, et Mycoférolate Mofétil avec une bonne réponse. 7 mois plus tard, la patiente a fait apparaître des ADPS cervicales et axillaires évoluant dans un contexte de fièvre et d'altération de l'état générale, avec une aggravation de son anémie, devenue arrégénérative.

Le bilan étiologique objectivait la présence de corps de leishmanies au niveau du frottis médullaire avec un test de confirmation western blot positif, la BOM était à la limite de la normale, et la TDM CTAP retrouvait une splénomégalie homogène avec des adénopathies profondes. La patiente a été mise sous Ambisome protocole ID, avec une très bonne réponse clinique et biologique.

Cas clinique 2 :

Patiente de 25 ans, Drépanocytose homozygote, ayant présenté un tableau de douleur abdominale, dont l'imagerie à retrouver une thrombose porte, avec signe d'HTP.

Sur le plan clinique, elle ne rapporte aucun signe fonctionnel en dehors de la douleur, notamment pas de fièvre, ni de syndrome anémique, à l'examen physique, une légère pâleur cutanéomuqueuse, avec splénomégalie.

Un bilan étiologique a été demandé y compris les APL, bilan de thrombophilie, et mutation JAK2 qui sont revenus négatifs, par ailleurs une BOM et un myélogramme ont révélé un aspect morphologique en faveur d'une leishmaniose. La patiente a été mise sous Ambisome protocole ID, avec une très bonne réponse clinique et biologique.

Cas clinique 3 :

Patiente de 46 ans, thalassémique homozygote sous support transfusionnel et chélateur de fer. Présente depuis 3 mois, une impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche avec des arthralgies de type inflammatoire des genoux et chevilles évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'asthénie.

Un scanner a été réalisé objectivant un aspect moucheté diffus du squelette avec ostéolyse au niveau sacré, un myélome multiple a été suspecté, une Scintigraphie osseuse retrouvait des anomalies de fixation sacro-iliaque gauche suspectes, avec visualisation d'une hyperfixation au niveau splénique, L'imagerie retrouve également une hépatomégalie homogène (17cm), une splénomégalie homogène importante (22cm), tronc porte dilaté, et des adénopathies iliaques externes droites.

Biopsie scanno guidée de la lésion osseuse faite retrouve une hyperplasie médullaire érythroblastique d'allure régénérative, présence d'amas d'histiocytes, et doute sur des corps de

leishmanies, confirmé sur la moelle et sur le western Blot. La patiente a été mise sous Ambisome protocole ID, avec une bonne réponse clinique et biologique.

Cas clinique 4 :

Patiente de 80 ans, suivie depuis 3 ans pour une Anémie non étiquetée, qui présente depuis 15 jours une aggravation de son syndrome anémique avec altération de l'état générale et un syndrome hémorragique fait d'ecchymose diffuse, sans syndrome infectieux. L'examen retrouve une patiente apyrétique avec un syndrome anémique, une splénomégalie douloureuse à 2 TDD, et un purpura ecchymotique diffus.

L'hémogramme retrouve une hémoglobine à 6.8 g/dl arrégénérative, une hyperleucocytose à 70000 à prédominance neutrophile, avec myélémie, et des plaquettes à 19000/mm³, avec des stigmates biologiques de CIVD. Le bilan inflammatoire retrouvait une CRP à 301 mg/L.

L'imagerie retrouvait une collection sous capsulaire splénique avec aspect hétérogène de la rate en rapport avec un hématome sous capsulaire.

L'exploration médullaire ramenait un myélogramme dilué, sans identification de cellules blastiques, alors que la BOM retrouvait une moelle hyperplasique avec visualisation de corps de leishmanie, un western blot réalisé, est revenu positif. Par ailleurs, la recherche de mutations d'un syndrome myéloprolifératif, est revenue positive pour la mutation Jak2 V617F.

La patiente a été mise sous Ambisome protocole ID, avec traitement symptomatique, malheureusement l'évolution fut fatale, avec l'aggravation des cytopénies et du syndrome hémorragique.

Conclusion :

La leishmaniose viscérale est une pathologie sévère, engageant le pronostic vital, dont un diagnostic et un traitement rapide sont nécessaires, sa survenue dans un contexte d'ID même en dehors de l'infection rétrovirale, doit la faire évoquer, devant toute aggravation d'une affection bien contrôlée jusqu'à la, et dont le bilan de réévaluation fut sans anomalie.

P92- Hypertension artérielle pulmonaire comme manifestation unique de la vascularite pulmonaire dans la maladie de Behçet : A propos d'un cas

S. Chadli, M. Maamar, H. Khibri, S. Bencheqroune, M. Abouelfadl, N. Mouatassim,

W. Ammouri, H. Harmouche, M. Adnaoui, Z. Tazi-Mezalek

Service de Médecine Interne, service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue, CHU Ibn Sina. Rabat

Introduction

L'hypertension pulmonaire (HTP) est rare dans la maladie de Behçet (MB), où elle est généralement rapportée en association à des thromboses et anévrysmes des artères pulmonaires (AP).

Patients et méthodes

Nous rapportons le cas exceptionnel d'une patiente diagnostiquée de la MB, qui présentait une HTAP en l'absence de lésion des AP.

Résultats

Une patiente âgée de 36 ans, ayant comme antécédent une aphtose buccale récidivante (plus de 3 épisodes par an), s'est présentée aux urgences avec des douleurs thoraciques et une tuméfaction cervico-faciale. L'examen clinique retrouvait un syndrome cave supérieur et une aphtose bipolaire. L'angioscanner thoracique réalisé montrait une thrombose intra-auriculaire droite, étendue à la veine cave supérieure et à la veine jugulaire interne, en l'absence de thrombose ou d'anévrysme au niveau des AP. L'échocardiographie transthoracique confirmait la thrombose intracardiaque droite et objectivait une forte probabilité d'HTP avec une pression artérielle pulmonaire moyenne (PAPm) estimée à 45 mmHg. Un syndrome inflammatoire biologique marqué était retrouvé avec une CRP à 65 mg/l et une VS à 100 mm/h. Après exclusion des autres diagnostics différentiels, la MB était retenue. La patiente était mise sous colchicine, bolus de méthylprednisolone relayé par voie orale, anticoagulation curative, et cycles mensuels de Cyclophosphamide intraveineux. Après trois mois, une disparition complète de la symptomatologie clinique était notée, avec normalisation des paramètres inflammatoires biologiques et régression de la thrombose intracardiaque à l'échocardiographie. Un cathétérisme cardiaque droit était ainsi réalisé, confirmant l'HTP d'origine pré-capillaire avec une PAPm de 38 mmHg et une PAP d'occlusion (PAPo) de 12 mmHg.

Discussion

L'HTP est définie par une augmentation de la pression artérielle des AP, pouvant conduire à l'insuffisance cardiaque droite et au décès. Au cours de la MB, elle est généralement consécutive aux lésions des AP, surtout aux thromboses in-situ. Plus rarement, elle peut survenir au décours d'une cardiopathie gauche ou de shunts intracardiaques (HTP post-capillaire). Dans notre observation, l'imagerie thoracique ne montrait aucune lésion au niveau des AP et l'échocardiographie n'objectivait pas d'anomalie en dehors de la thrombose intracardiaque droite. Ainsi, notre patiente présentait une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) probablement en rapport avec l'atteinte vasculitique pulmonaire de la MB.

Conclusion

L'HTAP est une condition pathologique sévère, rare dans la MB. Quoi que généralement associée aux thromboses et anévrysmes des AP, elle peut également être l'unique manifestation de la vascularite pulmonaire.

Références

- 1 Uzun O, Akpolat T, Erkan L. Pulmonary vasculitis in Behçet disease. *Chest*. 2005;127(6):2243–53.
- 2 Wang L, Liu J-M, Rong J, Zhao Q, Gong S, Wu W-H. Clinical analysis of Behçet disease associated with pulmonary vascular disease. *American thoracic society*; 2017; 6236.
- 3 Seyahi E, Melikoglu M, Akman C, Hamuryudan V, Ozer H, Hatemi G, et al. Pulmonary artery involvement and associated lung disease in Behçet disease: a series of 47 patients. *Medicine (Baltimore)*. 2012;91(1):35–48.

P93- Syndrome d'Ortner révélant la maladie de Takayasu : A propos d'un cas

S. Chadli, M. Maamar, H. Khibri, S. Bencheqroune, M. Abouelfadl, N. Mouatassim, W. Ammouri, H. Harmouche, M. Adnaoui, Z. Tazi-Mezalek

Service de Médecine Interne, service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue, CHU Ibn Sina. Rabat

Introduction :

Le syndrome de Ortner ou syndrome cardiovocal est une cause rare de dysphonie liée à une paralysie du nerf laryngé récurrent gauche par compression d'origine cardiovasculaire, survenant essentiellement dans le cadre de pathologies aortiques infectieuses et anévrysmale. Nous rapportons le cas rare d'une patiente chez qui une maladie de Takayasu a été révélée par un syndrome d'Ortner.

Cas clinique :

Une patiente de 21 ans, sans antécédents particuliers, présentait une dysphonie isolée évoluant pendant un mois. À l'exploration oto-rhino-laryngologique, la vidéolaryngoscopie révélait une paralysie de la corde vocale gauche. Une radiographie thoracique (face/profil) était réalisée, montrant une opacité médiastinale fusiforme à la partie postérieure gauche du thorax. À l'angioscanner thoracique, un anévrysme sacculaire était visualisé au niveau de l'aorte thoracique descendante, mesurant 43 mm x 48 mm, associé un épaississement pariétal diffus non athéromateux. La patiente était adressée en consultation de chirurgie vasculaire, où l'examen physique retrouvait une hypertension artérielle à 170/100 mmHg avec une asymétrie tensionnelle aux quatre membres, associée à une diminution des pouls fémoraux. L'angioscanner des membres inférieurs objectivait des sténoses bilatérales étagées des artères iliaques externes, fémorales communes et superficielles. L'angioscanner des membres supérieurs, l'angioscanner abdominal et l'échodoppler des troncs supra-aortiques ne montraient pas d'autre lésion associée et l'échographie transthoracique était sans anomalies. Au bilan biologique, un syndrome inflammatoire marqué était observé avec une VS à 115 mm/h et une CRP à 85 mg/l. Ainsi, la maladie de Takayasu était retenue sur des critères cliniques, biologiques et radiologiques. La patiente était mise sous inhibiteur calcique, corticothérapie orale et Méthotrexate. L'évolution était favorable, marquée par la résolution de la dysphonie et la normalisation des paramètres inflammatoires biologiques. À l'imagerie de contrôle après 3 mois, une régression des sténoses artérielles et de l'anévrysme aortique thoracique étaient notés, en l'absence d'apparition de nouvelle lésion.

Conclusion :

Bien que le Syndrome de Ortner représente rarement le mode de découverte de la maladie de Takayasu, il est important de ne pas le méconnaître au vu de l'importance d'un diagnostic et d'une prise en charge précoces chez ces patients.

Références :

1. Kheok SW, Salkade PR, Bangaragiri A, Koh NSY, Chen RC. Cardiovascular Hoarseness (Ortner's Syndrome): A Pictorial Review. *Curr Probl Diagn Radiol*. 1 sept 2021;50(5):749-54.
2. Leyang X, Mingbo W, Xuejun L, Zeheng M, Mingrong C. Aortic arch aneurysm presenting with Ortner's syndrome: A case report and literature review. *Ann Vasc Surg - Brief Rep Innov*. 1 mars 2023;3(1):100176.
3. Chandra P, Nath S. Ortner's Syndrome Associated with Takayasu's Aortoarteritis Identified on Fluorodeoxyglucose Positron-Emission Tomography/Computed Tomography. *Indian J Nucl Med IJNM Off J Soc Nucl Med India*. 2021;36(2):212-3.

94- L'atteinte pulmonaire dans la maladie de Behçet : A propos de 72 cas

S. Chadli, H. Khibri, M. Bourkia *, N. Mouatassim, W. Ammouri, M. Maamar, H. Harmouche, M. Adnaoui, Z. Tazi-Mezalek

Service de Médecine Interne, service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue, CHU Ibn Sina. Rabat

* Service de Médecine Interne et Immunologie Clinique, CHU Mohammed VI, Tanger

Introduction

La maladie de Behçet (MB) est une vascularite multi-systémique, fréquemment observée en région méditerranéenne et asiatique. L'atteinte pulmonaire, présente dans environ 5% des cas, est caractéristique de la maladie et en représente un facteur pronostique majeur.

Patients et méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive et monocentrique, s'étalant sur une période de 11 ans (2000-2021) et portant sur 531 cas de MB. Nous avons inclus tous les patients présentant une atteinte pulmonaire liée à la MB.

Résultats

72 patients étaient inclus (13.5%). L'âge moyen était de 37 ± 11 (29 - 69) et le sex-ratio (H/F) était de 4.4. Les facteurs de risque cardiovasculaire étaient dominés par le tabagisme chronique (18%) et l'hypertension artérielle (7%). L'atteinte pulmonaire était inaugurale de la MB (38%), ou de survenue précoce, avec un délai médian de 4.5 ans après le début de la maladie. Les lésions pulmonaires étaient découvertes fortuitement (59%), ou révélées par des douleurs thoraciques (16%), une hémoptysie (6%) et une dyspnée (4%). A l'angioscanner thoracique, les lésions observées étaient essentiellement les anévrysmes (83%) et les thromboses (27%) des artères pulmonaires. Un cas d'hémorragie intra-alvéolaire était décrit (1.6%). Une thrombose veineuse profonde était simultanément retrouvée au niveau de la veine cave supérieure (10.5%), de la veine cave inférieure (10%), des veines cérébrales (6%), et des veines des membres inférieurs (6%). À l'échocardiographie, une thrombose intracardiaque droite était également observée chez 15% des patients. Les atteintes extravasculaires étaient cutanéomuqueuses (73%), oculaires (41%), articulaires (34%) et neurologiques (13%). Les patients étaient traités par de la colchicine (79%), un bolus de corticothérapie relayé par voie orale (90%), et un immunosuppresseur à type de : cyclophosphamide (39%), azathioprine (31%) et anti-TNF alpha (10%). L'anticoagulation curative était prescrite chez 18% des patients qui présentaient une thrombose, en l'absence de contre-indications. Une intervention chirurgicale était réalisée dans 5 cas. La récurrence et le décès étaient rapportés chez respectivement 17% et 4% des patients.

Conclusion

L'atteinte pulmonaire de la MB en est quasi-pathognomonique, essentiellement caractérisée par la présence d'anévrysmes et de thromboses des artères pulmonaires, chez des jeunes sujets de sexe masculin. L'association à la thrombose veineuse profonde et à la thrombose intracardiaque droite est fréquente chez ces patients.

Références:

- 1 Seyahi E, Melikoglu M, Akman C, Hamuryudan V, Ozer H, Hatemi G, et al. Pulmonary artery involvement and associated lung disease in Behçet disease: a series of 47 patients. *Medicine (Baltimore)*. 2012;91(1):35–48.
- 2 Seyahi E, Yazici H. Behçet's syndrome: pulmonary vascular disease. *Curr Opin Rheumatol*. 2015;27(1):18–23.
- 3 Uzun O, Erkan L, Akpolat I, Findik S, Atıcı AG, Akpolat T. Pulmonary Involvement in Behçet's Disease. *Respiration*. 2008;75(3):310–21.

95- L'atteinte cardiaque dans la maladie de Behçet : A propos de 32 cas

S. Chadli, H. Khibri, M. Bourkia *, N. Mouatassim, W. Ammouri, M. Maamar, H. Harmouche, M. Adnaoui, Z. Tazi-Mezalek

Service de Médecine Interne, service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue, CHU Ibn Sina. Rabat

* Service de Médecine Interne et Immunologie Clinique, CHU Mohammed VI, Tanger

Introduction

La maladie de Behçet (MB) est une vascularite multisystémique, pouvant toucher les vaisseaux de tout type et de tout calibre. L'atteinte cardiaque est rare, associée à une importante morbi-mortalité. Notre travail vise à décrire le profil et l'évolution des patients présentant une atteinte cardiaque dans le cadre de la MB.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et monocentrique, menée sur une période de 11 ans (2000 - 2021), auprès de 531 patients atteints de la MB. Tous les patients présentant une atteinte cardiaque ont été inclus.

Résultats

32 cas étaient inclus (6%). Le sex-ratio (M/F) était de 3.5 et l'âge moyen de 30 ± 7 ans (21 - 48). Les facteurs de risque cardiovasculaires comprenaient le tabagisme chronique (21%), l'hypertension artérielle (15%) et le diabète sucré (11%). L'atteinte cardiaque était asymptomatique (71%), ou révélée par des douleurs thoraciques (21%), une dyspnée (19%), une toux sèche (18%) et une hémoptysie (17%). Les lésions cardiaques objectivées à l'imagerie étaient la thrombose intracardiaque droite (79%), la péricardite (34%), la thrombose des artères coronaires (12.5%), la myocardite (6%), et la fibrose endomyocardique (3%). Une atteinte vasculaire concomitante était fréquemment retrouvée (72%), essentiellement à type de thrombose au niveau de la veine cave inférieure (23%) et supérieure (9.5%), des artères pulmonaires (21%), des veines cérébrales (18%) et des veines profondes des membres inférieurs (15%). Les anévrysmes artériels étaient observés dans 25% des cas, au niveau des artères pulmonaires. Les atteintes extravasculaires étaient cutanéomuqueuse (78%), oculaire (43%), articulaire (28%), neurologique (18%) et digestive (3.6%). Les patients étaient sous colchicine (96%), bolus de méthylprednisolone relayé par voie orale (96%), cyclophosphamide (57%), azathioprine (46%) et infliximab (3.6%). L'anticoagulation curative était prescrite pour 54% des patients. Une intervention chirurgicale était effectuée dans 6.3% des cas. Un seul cas de récurrence de thrombose intracardiaque était documenté. Le décès était rapporté pour 3 patients.

Conclusion

L'atteinte cardiaque de la MB est hétérogène, dominée par la thrombose intracardiaque et la péricardite. Quoiqu'elle soit rarement décrite, elle est probablement aussi sous-diagnostiquée au vu de son évolution longtemps insidieuse. Un dépistage précoce et répété de ces lésions est ainsi souhaitable chez les patients ayant une MB, surtout ceux se présentant avec une atteinte vasculaire associée.

Références :

Hammami AS, Jellazi M, Arfa S, Daada S, Ben Hamda K, Achour A, et al. Getting to the “heart” of the matter: diagnostic tools and therapeutic approach to cardiac involvement in Behçet syndrome A Tunisian case series. *Reumatismo*. 2021 Apr;73(1):32–43.

Demirelli S, Degirmenci H, Inci S, Arisoy A. Cardiac manifestations in Behcet’s disease. *Intractable Rare Dis Res*. 2015

Geri G, Wechsler B, Isnard R, Piette J-C, Amoura Z, Resche-Rigon M, et al. Spectrum of cardiac lesions in Behçet disease: a series of 52 patients and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 2012;91(1):25–34.

96- Thrombose des artères pulmonaires dans la maladie de Behçet : A propos de 18 cas

S. Chadli, H. Khibri, M. Bourkia *, N. Mouatassim, W. Ammouri, M. Maamar, H. Harmouche, M. Adnaoui, Z. Tazi-Mezalek

Service de Médecine Interne, service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue, CHU Ibn Sina. Rabat

* Service de Médecine Interne et Immunologie Clinique, CHU Mohammed VI, Tanger

Introduction :

La maladie de Behçet (MB) est une vascularite multisystémique pouvant toucher tout type de vaisseaux, avec une prédilection pour le réseau veineux et une forte tendance vers la thrombose. L'atteinte artérielle est rare, se manifestant essentiellement au niveau des artères pulmonaires, sous forme d'anévrismes, mais aussi de thromboses in-situ (1/3 des cas).

Matériel et Méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive et monocentrique, au sein du service de Médecine interne du CHU Ibn Sina de Rabat, sur période de 11 ans (2000 - 2021), portant sur 531 patients atteints de la MB selon les critères révisés de l'ICBD. Nous avons inclus tous les patients présentant une thrombose artérielle pulmonaire (TAP) confirmée par angioscanner thoracique.

Résultats :

18 patients étaient recensés (3%). L'âge moyen était de 30 ± 6 ans [19 - 58], et le sex-ratio (H/F) de 5:1. Les principaux facteurs de risque cardiovasculaire étaient le tabagisme chronique (n=3) et l'hypertension artérielle (n=1). La TAP était révélatrice de la MB pour 5 patients (30%). Dans le reste des cas, elle était survenue après un délai médian de 4 ans [3 ; 9] suite aux premiers signes de la maladie. Le diagnostic de la TAP était fortuit (n=13) ou révélé par une symptomatologie clinique, faite de toux sèche chronique (50%), de dyspnée (47%), d'hémoptysie (35%), de douleurs thoraciques (30%), et de fièvre (13%). A l'angioscanner thoracique, la TAP était communément bilatérale (78%) et proximale (56%). Des anévrismes artériels pulmonaires étaient associés dans 30% des cas. Par ailleurs, une thrombose veineuse profonde était fréquemment observée (47%), au niveau de la veine cave (35%), des veines sus-hépatiques (24%), des membres inférieurs (12%), et des veines cérébrales (6%). L'atteinte cardiaque était retrouvée chez 40% des patients, essentiellement à type de thrombose intracavitaire droite (37%). Les principales atteintes extravasculaires étaient d'ordre cutanéomuqueux (97%), oculaire (29%), et neurologique (13%). Les marqueurs biologiques inflammatoires étaient généralement augmentés (80%), tandis que le bilan d'hémostase était normal. Tous les patients étaient sous colchicine (100%), bolus de corticothérapie relayé par voie orale, et immunosuppresseur conventionnel par Cyclophosphamide et Azathioprine. Un traitement par anti-TNF alpha a été initié dans un seul cas. L'anticoagulation curative était prescrite pour les patients n'ayant pas d'anévrismes associés (n=12). La rechute et le décès étaient documentés pour un seul patient.

Conclusion :

La TAP est une manifestation rare mais particulière dans la MB. Il est important d'évoquer le diagnostic de la MB devant une TAP du sujet jeune, d'autant plus de sexe masculin présentant des lésions vasculaires associées. L'instauration d'un traitement immunosuppresseur est primordiale pour la survie des patients.

Références

1. Seyahi E, Melikoglu M, Akman C, Hamuryudan V, Ozer H, Hatemi G, et al. Pulmonary artery involvement and associated lung disease in Behçet disease: a series of 47 patients. *Medicine (Baltimore)*. 2012;91(1):35–48.
- 2 Toledo-Samaniego N, Oblitas CM, Peñaloza-Martínez E, del-Toro-Cervera J, Alvarez-Sala-Walther LA, Demelo-Rodríguez P, et al. Arterial and venous involvement in Behçet's syndrome: a narrative review. *J Thromb Thrombolysis*. 2022 Jul;54(1):162–71.
- 3 Tazi Mezalek Z, Khibri H, Chadli S, El Fari S, Ammouri W, Harmouche H, et al. Vascular complications of Behçet disease. *Minerva Med*. 2021 Dec;112(6):767–78.

P97- Vascularite cutanée révélant un déficit en adénosine désaminase 2 (DADA 2) :

A propos d'un cas

L. Kherroubi, W. Ammouri, N. Mouatassim, H. Khibri, M. Maamar, H. Harmouche, Z. Tazi-Mezalek, M. Adnaoui

Service de Médecine Interne, service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue, CHU Ibn Sina. Rabat

Introduction :

Le déficit en adénosine désaminase 2 (DADA2) est une maladie auto-inflammatoire rare, de transmission génétique autosomique récessive de révélation rare à l'âge adulte. Pouvant simuler une périartérite noueuse, un déficit immunitaire ou une hypoplasie médullaire, son diagnostic est difficile et souvent tardif.

Matériel et méthode :

Nous rapportons ici le cas d'une patiente qui a été hospitalisée au sein du service de Médecine Interne du CHU Ibn Sina de Rabat pour une vascularite cutanée sans étiologie retrouvée.

Résultats :

Il s'agit d'une patiente âgée de 22 ans, sans antécédents pathologiques, qui avait présenté 8 mois avant son admission une lésion papuleuse de la face antérieure de la jambe droite, s'étendant rapidement en plaques érythémateuses squameuses prurigineuses et douloureuses des deux jambes, dans un contexte d'apyrexie. Un diagnostic de psoriasis a été retenu initialement par le dermatologue traitant et la patiente a été mise sous traitement corticoïde local.

L'évolution a été marquée par une rechute cutanée rapide et l'apparition de paresthésies des deux jambes à type de picotements invalidants, ainsi qu'un amaigrissement de 5kg en 1 mois et une anorexie. On notait l'absence de fièvre, de signes d'imprégnation tuberculeuse, d'aphtose, ou de manifestations articulaires ou digestives.

Une biopsie cutanée a alors été réalisée objectivant une vascularite leucocytoclasique des vaisseaux de petit calibre dermo-hypodermiques avec une panniculite mixte.

A l'hospitalisation, l'examen physique objectivait des lésions pustuleuses et nodulaires douloureuses et d'âge différent au niveau de la face antérieure des deux jambes, ainsi qu'un livedo racemosa, et une adénopathie axillaire de 1cm.

Le bilan trouvait un syndrome inflammatoire, avec un bilan physiologique et des sérologies hépatitiques B et C négatifs.

Les fractions du complément n'étaient pas consommées, et l'échocardiographie était sans anomalie.

La recherche des anticorps anti-cytoplasmes des polynucléaires neutrophiles (ANCA), des anticorps antinucléaires (AAN), du facteur rhumatoïde, et d'une cryoglobulinémie était négative.

L'électroneuromyogramme était sans anomalies. L'imagerie cérébrale ne trouvait pas d'accident vasculaire ischémique ni d'anévrisme. Le bilan rénal était normal. La numération de formule sanguine (NFS) était correcte.

La TDM CTAP ne trouvait pas de lésions vasculaire ni d'adénopathies médiastinales, et le bilan phosphocalcique et le taux de l'enzyme de conversion de l'angiotensine étaient normaux.

La BGSA ne trouvait pas de granulome, et le bilan néoplasique était négatif.

Devant la présence d'une hypogammaglobulinémie à l'électrophorèse des protéines sériques, le dosage de l'activité enzymatique de l'adénosine désaminase a été demandé et est revenu effondré, avec présence d'une mutation génétique biallélique au séquençage du gène ADA2.

La patiente a été mise sous corticothérapie orale à base de prednisone. L'évolution était marquée par une amélioration des paresthésies, ainsi qu'une cicatrisation des lésions cutanées sans apparition de nouvelles lésions..

Conclusion :

Le déficit en ADA2 est une pathologie rare de présentation polymorphe, et au traitement peu codifié. Le pronostic reposant sur un diagnostic précoce, il faut donc savoir l'évoquer devant une association de symptômes vasculaires et neurologiques atypiques.

P98- Ischémie digitale révélant un lupus systémique : A propos de 2 cas

J. Aaouira, W. Ammouri, I. Raouane, S. Belkhatib, S. Benouahi, N. Boumazourh,
M. Abouelfad, F. Ibourk El Idrissi, A. Laabichi, W. Hamdi Senhaji, S. Driouch, A. Taouch,
Y. Chhah, N. Mouatassim, H. Khibri, M. Maamar, Z. Tazi-Mezalek, H. Harmouche,
M. Adnaoui
Service de Médecine Interne, service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue, CHU
Ibn Sina. Rabat

Introduction

Le lupus érythémateux systémique est une maladie auto-immune multi systémique chronique, dont l'étiologie demeure inconnue. Cette maladie est caractérisée par la variabilité des symptômes et des manifestations cliniques et de ses différents modes de présentation. L'ischémie digitale demeure une manifestation rare au cours du lupus systémique mais reste possible.

Observations

Nous relatons ici 2 cas d'ischémies digitales révélant un lupus systémique observés au sein de notre service :

Premier cas : Une patiente de 49 ans, Sans antécédents pathologiques notables, elle avait consulté aux urgences pour une ischémie digitale douloureuse du 4^{ème} doigt gauche évoluant rapidement vers la nécrose

A l'examen clinique elle avait une ischémie aigue du 4^{ème} doigt gauche avec un purpura infiltré qui l'entourait avec début de signe de nécrose.

En outre, la patiente rapportait une notion d'acrosyndrome, des polyarthralgies inflammatoires, une photosensibilité avec un masque malaire

A la numération formule sanguine elle avait une anémie hypochrome microcytaire à 9.10 g/dl ; une lymphopénie à 800 éléments/mm³ sans thrombopénie, au bilan inflammatoire une Vitesse de sédimentation accélérée à 90, une CRP négative et à l'EPP une hypergammaglobulinémie polyclonale à 19,9g/l,

Ionogramme sanguin, la fonction hépatique et la Fonction rénale étaient normaux , les sérologies syphilitique, hépatites virales B et C et l'HIV étaient négatives la recherche de cryoglobulinémie était négative, au bilan immunologique elle avait des anticorps antinucléaires positifs à 1/160 à fluorescence mouchetée , les anti SSA, les anti Sm ,les Anti-Nucléosome étaient positifs, le dosage des ANCA était négatif , le complément C3 C4 étaient consommés ,Test de Coombs était positif ,la recherche des anticorps anti phospholipides était négative.

Le diagnostic d'une ischémie aigue sur un Lupus Systémique était retenu devant l'atteinte articulaire, cutanée, hématologique, vasculaire et immunologique,

Sur le plan thérapeutique, la patiente était mis sous Bolus de solumedrol 15mg/kg pendant 3 jours puis relais oral 1mg/kg /jr, une Anti coagulation curative, un vasodilatateur à base d'inhibiteur calcique et antagoniste de récepteur de l'endothéline, de l'hydroxychloroquine et cyclophosphamide mensuel.

L'évolution était marquée par l'amélioration des douleurs et des lésions vasculitiques et disparition du syndrome inflammatoire biologique.

Deuxième cas : une patiente de 17 ans, sans antécédents pathologiques notables, ayant été hospitalisée en urgence au service de chirurgie vasculaire pour une ischémie aiguë des orteils du pied gauche.

A l'examen la patiente présentait une ischémie au niveau de l'hallux, deuxièmes troisièmes et quatrièmes orteils gauches.

La patiente présentait une photosensibilité et des polyarthralgies.

Au bilan la patiente présentait une anémie normochrome normocytaire à 10.9 g/dl sans lymphopénie ni thrombopénie, un syndrome inflammatoire avec VS accélérée à 120. Sa fonction rénale et hépatique étaient normales.

Les sérologies virales VHB VHC et VIH étaient négatifs

Au bilan auto-immun : un auto-anticorps antinucléaire à 1/640 homogène et moucheté avec anti DNA négatif, anti Sm et anti-nucléosome positifs et une recherche des anti-phospholipides revenue négatif

Le diagnostic d'ischémie digitale sur lupus systémique a été retenu devant l'atteinte articulaire, hématologique, cutanée, vasculaire et le profil auto immun de la patiente.

Sur le plan thérapeutique la patiente a reçu un bolus de solumédrol 1g/jour pendant 3 jour avec relais oral 1mg/kg et dégression progressive, antipaludéen de synthèse, et anticoagulation curative avec très bonne réponse sur le plan de la vascularite, puis adressée à son médecin traitant

Conclusion

Dans le cas de nos patientes l'ischémie aiguë était une manifestation inaugurale du lupus érythémateux systémique ce qui rend cette présentation clinique particulièrement inhabituelle.

P99- Profil épidémiologique, clinique, paraclinique et évolutif du syndrome

I. Ait Zine, Y. Chhih, S. Choukair, N. Mouatassim, H. Khibri, W. Ammouri, M. Maamar, H. Harmouche, Z. Tazi-Mezalek, M. Adnaoui
Service de Médecine Interne, service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue, CHU Ibn Sina. Rabat

INTRODUCTION :

Le syndrome des antiphospholipides (SAPL) est une affection systémique qui associe essentiellement des manifestations thrombotiques et/ou obstétricales et la présence d'anticorps antiphospholipides et/ou d'anticoagulant circulant lupique.

Il est le plus souvent secondaire et associée à d'autres maladies auto-immunes par ailleurs le SAPL primaire représente une entité rare. Le but de ce travail était de déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, immunologiques et évolutives du SAPL primaire.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive sur une période allant de 2022 à 2024.

11 dossiers de patients atteints de syndrome des antiphospholipides primaire ont été colligés, ayant eu un suivi au sein de la consultation spécialisée en maladie thrombo-embolique veineuse et/ou hospitalisé dans le service de médecine interne du CHU Ibn Sina de RABAT.

Résultats :

11 patients étaient colligés, la moyenne d'âge du diagnostic était de 37 ans avec une nette prédominance féminine (9 femmes pour 2 hommes) soit un sexe ratio de 4.5.

Le SAPL primaire s'est révélé par des manifestations des thromboses veineuses chez 9 patients, par les manifestations obstétricales chez 1 patiente et par des thromboses artérielles chez 2 patientes.

Sur le plan clinique les manifestations obstétricales étaient associées aux manifestations thrombotiques veineuses chez une seule patiente.

L'association entre les manifestations thromboembolique veineuses et thrombose artérielle a été noté chez une seule patiente.

La manifestation obstétricale notée était une fausse couche et la menace d'accouchement prématuré.

Les manifestations thrombotiques veineuses étaient isolées chez 9 patients.

Les thromboses veineuses objectivées étaient une thrombose veineuse profonde (TVP) des membres inférieurs chez 5 patients, une embolie pulmonaire chez 2 patients, une thrombose veineuse cérébrale chez 2 patients, et un cas de thrombose veineuse superficielle.

Un accident vasculaire cérébral (AVC) était noté chez 2 patients.

Une thrombose artérielle du membre supérieur était objectivée chez 2 patientes, dont une était isolée.

Les manifestations cliniques associées étaient notées chez 2 patientes à type de polyarthralgies inflammatoires chroniques.

Un syndrome d'EVANS était présent chez 1 seul patient de sexe masculin.

Au bilan diagnostic du SAPL : Un anticoagulant circulant était mis en évidence dans 8 cas.

Les anticorps anti-cardiolipine était positif chez 2 patientes et l'anti-bétaglycoprotéine type 1 était positif chez 1 seul patient.

Le bilan de SAPL a été contrôlé chez tous les patients après un délai de 12 semaines.

Sur le plan thérapeutique, tous nos malades ont bénéficié d'une prescription d'anticoagulant à type d'antivitamine K.

Les antipaludéens de synthèse étaient prescrits chez 3 patients, les corticoïdes étaient prescrits chez 5 patients devant les polyarthralgies et la bicytopenie auto-immune et le Macitenton chez un seul patient devant l'HTAP post embolique.

La durée moyenne de suivi est de 9 mois avec un minimum de 6 mois.

L'évolution a été caractérisée par une récurrence thrombotiques dans 3 cas, un syndrome post phlébitique chez 2 patients, une HTAP post embolique chez un patient, une complication hémorragique chez un patient et des séquelles neurologiques chez une seule patiente.

CONCLUSION :

Notre étude confirme une variabilité significative dans les manifestations cliniques et les réponses au traitement.

Ces résultats soulignent l'importance d'une évaluation régulière de l'activité de la maladie et de l'ajustement thérapeutique pour optimiser les résultats cliniques à long terme et minimiser les complications thrombotiques et obstétricales.

P101- La mucinose cutanée : Vision d'interniste

S. Benouahi, M. Aboufadel, S. Belkhatib, I. Raouane, N. Boumezzough, S. Driouich,

W. Ammouri, H. Khibri, Y. Chhah, N. Mouatassim, M. Maamar, H. Harmouche,

Z. Tazi-Mezalek, M. Adnaoui

Service de Médecine Interne, service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue, CHU Ibn Sina. Rabat

Introduction :

Les mucinoses cutanées est une affection très rare qui constituent un ensemble de troubles du tissu conjonctif caractérisé par la présence de dépôts de mucine, (glycosaminoglycanes) au niveau du derme. Ces affections peuvent être primaire comme des événements métaboliques ou secondairement comme des processus cataboliques associés à certaines maladies de système comme le lupus érythémateux et la dermatomyosite ou aux certains néoplasies.

Observation :

Il s'agit de Mr E.T âgé de 42 ans, père de 2 enfants ayant comme antécédents médicaux : un asthme à l'âge de 35 ans sous Ventoline seule à la demande avec 3 épisodes de COVID, du côté chirurgicale le patient a été fracturé de la main gauche en 2014 et fracture complexe du calcanéum en mois de Novembre dernier.

L'histoire de sa maladie : remonte au mois d' avril par l'installation d'un syndrome grippal fait de dysphagie avec asthénie, frissons, écoulement nasal, et des poly arthralgies le tout évoluant dans un contexte fébrile puis le patient a pris de l'azithromycine ,3 jours plus tard , l'évolution a été marqué par l'apparition d'un prurit au niveau de la Barbe avec conjonctivite et une éruption cutanée au niveau de pied droit, l'évolution a été marqué par une aggravation des Œdèmes des mains, 4 jours après, apparition des œdèmes palpébrales.

-L'examen clinique a été marqué par une éruption cutané papuleuse de couleur chair, les lésions siégeaient au niveau des oreilles, le cou et zone d'extension des membre supérieurs avec des synovites au niveau des 2 poignets et le nombre d'articulations douloureuses est 15 avec Squeeze test positif.

Le bilan du patient montre une légère éosinophilie a 800, le reste de la numération est sans particularité, avec une CRP à 66.7 mg/l , l'Electrophorèse des protéines montre une hypoalbuminémie associé à une élévation de globulines, le bilan thyroïdien était normal, le reste des bilans à savoir les sérologies (VHB VHC

CMV EBV HZV VZV), le bilan immunologique est tout le bilan paranéoplasique était négatif par ailleurs l'examen ophtalmologique objective une conjonctivite allergique, le dosage des c1 inhibiteur quantitative et qualitatif normal avec des igE normaux.

La Biopsie cutanée au niveau des mains et la nuque revenue en faveur d'une mucinose cutanée.

-Sur le plan thérapeutique : (en collaboration avec les dermatologues) le patient a bénéficié d'une dose de 1mg/kg /jour de corticoïde pour stabiliser la dermatose avec une cure d'Immunoglobuline intraveineuse IV 2g/kg/j prévue.

Conclusion :

Les mucinoses cutanées constituent un groupe complexe de maladies dermatologiques caractérisées par une maladie locale, folliculaire ou diffuse. Les mucinoses cutanées diffuses sont remarquables non seulement pour leur atteinte dermique, mais aussi pour les nombreuses manifestations systémiques. En raison de la variabilité des manifestations systémiques associées, dont certaines avec une morbidité et une mortalité substantielle, il est essentiel de pouvoir poser un diagnostic précis et différencier les différentes mucinoses cutanées diffuses.

P101- Syndrome de Gougerot-Sjogren et lymphome : A propos de 2 cas

S. Benouahi, S. Haidouri, A. Terfai, L. Adime, S. Rejdali, I. Joubayr, H. El Atif, M. El Faiz,

S. Driouich, N. Belchgar, Y. Chhah, N. Mouatassim, H. Khibri, W. Ammouri, M. Maamar,

H. Harmouche, Z. Tazi-Mezalek, M. Adnaoui

Service de Médecine Interne, service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue, CHU Ibn Sina. Rabat

Introduction :

Le syndrome de Sjögren est défini comme une maladie systémique auto-immune classée parmi les maladies rares. Sa prévalence est estimée entre 1/1000 et 1/10000. La symptomatologie, repose essentiellement sur une triade : sécheresse, douleurs articulaires et fatigue.

En plus de l'altération de la qualité de vie par sa symptomatologie Le syndrome de Sjögren est associé à un risque de survenue de lymphomes malins (environ 15 fois) supérieur à celui observé dans la population générale, essentiellement se sont des lymphomes à cellules B de bas grade ou de lymphome de tissu lymphoïde associé aux muqueuses (MALT).

-OBSERVATION :

Nous rapportons 2 cas :

1^{ère} observation : il s'agit de Mme I.B âgée de 30 ans, sans antécédents particuliers, qui présente depuis plus de 10 an un syndrome sec oculaire, lors du 6^{ème} mois de grossesse , il y a un an et demi , une adénopathie cervicale gauche apparait puis le post partum a été marqué par l'augmentation de son volume et l'aggravation de la xérostomie et la xérophtalmie ce qui a poussé la patiente a consulté, par ailleurs l'examen clinique était pauvre et le bilan immunologique a montré : AAN positifs avec aspect moucheté et les anti SSA et SSB positifs avec une BGSA normale , le reste du bilan était sans particularité .

Une biopsie parotidienne a été réalisée revenue en faveur d'une sialadénite chronique avec aspect d'un lymphome B marginale de type MALT. La patiente a été mise sous pilocarpine chlorhydrate (parasymphomimétiques), des antipaludéens de synthèse puis elle a pris de la CHLORAMINOPHENE (chlorambucil). L'évolution a été marquée par la disparition du syndrome tumoral et la diminution du syndrome sec.

2^{ème} observation : Nous rapportons le cas de Mme L.L , âgée 48 ans, qui présentait une hypertrophie parotidienne unilatérale, ferme et non douloureuse dans un contexte associant une asthénie et des poly arthralgies inflammatoires et un

syndrome sec oculo-buccal en 2019 menant à la biopsie d'une adénopathie de la région parotidienne gauche qui a objectivé un syndrome de Sjögren et un lymphome de la zone marginale de type MALT.

Un bilan biologique avait objectivé une Hb à 13 avec le reste de la numération sans particularité, Bilan immunologique a montré des anti SSA et SSB positifs, complément : C4 : 0.07 g/L consommé, une VS accélérée à 67/1^{re} H, EPP : augmentation des beta 1, beta 2 et gammaglobulines, le taux de LDH était à 3 fois la valeur normale et les sérologies virales étaient négatives (HVB, HVC, HIV...). La biopsie des glandes salivaires à la limite de la normale avec absence de dépôts amyloïdes. La patiente a été traitée par anti paludéens de synthèse et traitement symptomatique et chimiothérapie.

L'évolution a été marquée par la persistance du syndrome sec avec amélioration des poly arthralgies et régression du syndrome tumoral.

-Conclusion :

Bien qu'il s'agisse d'une situation rare, l'association d'un lymphome non hodgkinien (LNH) au cours d'un syndrome de Gougerot-Sjögren primitif constitue malheureusement un élément de pronostic péjoratif.

Il s'agit cependant dans la majorité des cas de lymphomes B de bas grade de malignité, affectant la zone marginale, comme le cas chez nos patientes.

Les principaux facteurs prédictifs de la survenue de cette complication sont la présence d'une polyadénopathie, d'une splénomégalie, d'une neutropénie, d'une cryoglobulinémie mixte et d'une baisse de la fraction C4 du complément.

Mots clés : Lymphome, Gougerot-Sjögren, syndrome sec.

102-Localisation rare de kyste hydatique primaire au niveau du muscle adducteur droit : A propos d'un cas

O. El Hajji, H. Khibri, Y. Chhah, N. Mouatassim, W. Ammouri, M. Maamar, Z. Tazi- Mezalek, H. Harmouche, M. Adnaoui

Service de Médecine Interne, service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue, CHU Ibn Sina. Rabat

Introduction :

Quatre espèces d'Echinococcus, dont E. granulosus et E. multilocularis, sont responsables d'infections humaines. E. granulosus est principalement associé à l'hydatidose humaine. Bien que la localisation musculaire soit rare, elle peut survenir, même dans les régions endémiques où la prévalence est inférieure à 3%.

Nous partageons notre expérience dans le diagnostic d'un kyste hydatique dans le muscle adducteur, soulignant l'importance de considérer cette infection zoonotique dans le diagnostic différentiel des masses musculaires, en particulier dans les zones endémiques.

Observation médicale :

Une patiente de 78 ans, en rémission complète d'un lymphome de Hodgkin stade 4 pulmonaire traité par chimiothérapie en 2013, qui présente une masse indolore dans la cuisse droite. La résidence de la patiente dans une zone rurale du Maroc, associée à des contacts fréquents avec des chiens et à l'élevage de moutons, a suscité des préoccupations quant à une possible infection parasitaire.

La patiente a présenté un gonflement progressif de la cuisse droite pendant un an, sans antécédents de traumatisme, et a maintenu un état général stable sans fièvre. L'examen physique a révélé une masse bien délimitée de 10 x 5 cm sur la partie postéro-interne de la cuisse droite, sans signes inflammatoires locaux ni adénopathie régionale.

Devant d'antécédents d'hémopathie maligne nous avons réalisé une TDM C TAP qui a identifié une masse liquidienne au niveau des muscles grands et courts adducteurs droits, avec un contact intime de la diaphyse fémorale. Le TEP Scan a confirmé une masse liquidienne cloisonnée, modérément hypermétabolique SUV : 2,0.

La sérologie de l'Echinococcus par ELISA est revenue positive (11,54 NTU), confirmant le diagnostic de kyste hydatique.

Les investigations complémentaires n'ont pas révélé d'autres localisations. Le kyste hydatique du muscle adducteur a été classé comme une hydatidose musculaire primitive. La patiente a refusé une intervention chirurgicale et a été traitée médicalement avec de l'Albendazole.

Conclusion

Dans les zones endémiques il est essentiel de considérer la possibilité de la maladie hydatique lors du diagnostic des masses musculaires, indépendamment de leur localisation. qui doivent être confirmés par des examens radiologiques et des tests sérologiques.

P103- Maladie des agglutinines froides à propos de 6 cas

I. Hajaj, W. Ammouri, O. El Hajji, N. Mouatassim, H. Khibri, M. Maamar, H. Harmouche, Z. Tazi-Mezalak, M. Adnaoui

Service de Médecine Interne, service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue, CHU Ibn Sina. Rabat

Introduction : La détection des agglutinines froides est un phénomène rarement observé dans la pratique médicale. Les symptômes varient considérablement, allant de l'absence de manifestations cliniques à une condition mettant en jeu le pronostic vital. Une enquête étiologique approfondie est indispensable pour exclure toute cause sous-jacente. Le traitement a bénéficié de progrès considérables grâce à l'émergence de thérapies innovantes révolutionnaires.

Méthodes : Notre étude est une analyse rétrospective effectuée sur les dossiers médicaux des patients atteints de maladie des agglutinines froides, traités au service de médecine interne du CHU Avicenne de Rabat entre 2022 et 2024. Au total, 6 cas ont été examinés. L'objectif de notre étude était d'analyser les caractéristiques démographiques des patients, ainsi que leur présentation clinico-biologique et leur réponse au traitement.

Résultats : Sur une série de 7 patients, l'âge moyen était de 63,42 ans dont 3 (42,85%) patients avaient un âge supérieur à 65 ans. L'âge moyen de diagnostic était de 62,14 ans. Le sexe ratio était de 1,3. L'hiver était la principale saison au cours de laquelle les patients faisaient les exacerbations de leur maladie 85,72% (6 patients) contre l'été chez un seul (14,28%) patient. Les comorbidités que présentaient nos patients étaient : l'hypertension artérielle chez 3 (42,85%) patients, le diabète chez 3 (42,85%) patients, et l'insuffisance cardiaque chez 1 (14,28%) patient. Le syndrome anémique constituait le signe de découverte chez tous nos 7 (100%) patients. Alors que, les manifestations cutanées n'étaient révélatrices que chez 1 seul (14,28%) patient à type nécrose bilatérale des gros orteils. Aucun événement thromboembolique n'a été noté dans notre série.

Au bilan biologique, 6(85,72%) patients avaient une anémie à agglutinines froides type IgM tandis qu'un seul patient présentait des agglutinines froides type IgG chez 1 (14,28%). Tous les patients avaient un bilan d'hémolyse positif avec un taux d'hémoglobine initial inférieur à 10 g/dl chez 6 (85,72%) patients, alors que chez 1(14,28%) patient la valeur était de 10,5 g/dl.

Sur le plan thérapeutique, on avait recours aux corticoïdes chez une 1 (14,28%) patiente sans réponse hématologique. 6 (85,72%) patients bénéficiaient d'un traitement par un anti CD20 (Rituximab) avec une réponse complète chez 2 (28,56%) patients et un taux d'hémoglobine ≥ 12 g/dl sur un recul d'une année, une réponse partielle chez 2(28,56%) patients avec une augmentation du taux d'hémoglobine d'au moins 2 g/dl sur un recul d'une année et une non réponse hématologique chez 2(28,56%) patients avec un recul d'une année et un taux d'hémoglobine à 7g/dl. L'évolution a été marquée par le décès de 3 (42,85%) patients dont 1 cas par choc cardiogénique.

Discussion : La maladie des agglutinines froides (MAF) est un trouble lymphoprolifératif clonal à cellules B, identifiable dans le sang ou la moelle osseuse, sans manifestations cliniques ou radiologiques malignes. Son trait distinctif réside dans la présence d'agglutinines froides ; des anticorps capables de reconnaître les antigènes des globules rouges à des températures basses, induisant ainsi une anémie hémolytique auto-immune. Celle-ci est complètement tributaire du complément. Les manifestations cliniques de la MAF sont principalement une fatigue, une anémie de sévérité variable ainsi que des signes ischémiques exagérés par le froid (acrocyanose, phénomènes de Raynaud, livédo réticulaire). Sur le plan thérapeutique, seuls les patients présentant une anémie symptomatique, une dépendance transfusionnelle ou des symptômes circulatoires sévères doivent être traités. Le traitement repose sur les mesures d'hygiène (principalement l'éviction du froid), le rituximab en première intention, bendamustine, les thérapies dirigées contre le complément (sutimlumab, eculizumab,

pegcetacoplan) et le bortézomib pour une MAF en rechute ou réfractaire. Quelques cas ont été traités aussi avec succès par le daratumumab et l'ibrutinib. Mais d'autres études sont nécessaires pour confirmer leur efficacité.

Conclusion : Les manifestations cliniques distinctives de la MAF revêtent une importance capitale sur le plan diagnostique et thérapeutique. Ainsi, maîtriser cette entité singulière s'avère essentiel pour optimiser le pronostic des patients concernés.

104- Au-delà du foie : Un cas mortel d'hépatite A avec manifestations extrahépatiques dévastatrices chez l'immunocompétent

I. Hajaj, H. Khibri, N. Mouatassim, W. Ammouri, M. Maamar, H. Harmouche, M. Adnaoui, Z. Tazi-Mezalek

Service de Médecine Interne, service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue, CHU Ibn Sina. Rabat

Introduction : L'infection par le virus de l'hépatite A (HVA) est une affection assez fréquente d'évolution souvent bénigne. Elle reste asymptomatique dans 90%. Dans 0,1 % des cas, l'évolution peut être mortelle par une hépatite fulminante ou par des tableaux inhabituels avec des manifestations extrahépatiques protéiformes. Nous rapportons le cas d'une patiente présentant une des manifestations extrahépatiques mortelles.

Observation : il s'agit d'une femme, âgée de 32 ans, sans antécédents pathologiques particuliers qui consultait pour un syndrome pseudo-grippal fait d'une fièvre invalidante à 40°, de céphalées d'intensité minime et de diarrhées aqueuses remontant à une semaine compliquées d'un ictère d'allure choléstatique. L'interrogatoire avait révélé une notion de voyage récent au Gabon et au Moyen Orient. L'examen général trouvait une patiente instable sur le plan hémodynamique avec un GCS à 6, fébrile à 39, un ictère cutanéomuqueux généralisé et des lésions de grattage. L'examen abdominal objectivait une sensibilité de l'hypochondre gauche sans hépatosplénomégalie. L'imagerie cérébrale et l'étude du liquide céphalorachidien étaient normales à deux reprises. Le reste de l'exploration montrait une glomérulonéphrite post-infectieuse avec une insuffisance rénale aigue (avec un DFG à 11), une cytolyse hépatique avec des ASAT à 4N, ALAT à 6N et une choléstase avec des GGT à 3N. Les bilans infectieux élargi et auto-immun étaient négatifs en dehors de la sérologie et de la PCR de l'HVA qui étaient positives. La recherche d'un déficit immunitaire acquis ou congénital était négative. La patiente a été admise en réanimation, intubée sur des critères neurologiques. L'évolution fut marquée par la survenue d'une myocardite 2 jours plus tard. Malgré une antibiothérapie probabiliste adaptée et un bolus de méthylprédnisolone, la patiente est décédée quelques heures après l'installation du tableau cardiaque.

Discussion : L'infection par l'HAV peut entraîner des complications graves, soit par des lésions induites par le virus lui-même soit par un mécanisme immunoallergique notamment cardiaques à type d'une myocardite ou d'une péricardite, rénales à type d'une insuffisance rénale due à une glomérulonéphrite ou une néphrite interstitielle, neurologiques telles que l'encéphalomyélite aiguë disséminée et la méningo-encéphalite.^{vii viii} Des cas de vascularite cutanée avec cryoglobulinémie ont également été rapportés.^{ix} D'autres complications peuvent survenir incluant une pancréatite, une pneumopathie ainsi qu'une hépatite auto-immune de type 1 chez les individus génétiquement prédisposés.

Conclusion : Cette observation clinique souligne l'importance d'une prise en charge préventive incluant la consultation des voyageurs pour les sensibiliser aux mesures d'hygiène et à la vaccination avant leur départ vers des zones endémiques. Cela vise à prévenir des complications sévères chez les patients immunocompétents infectés par l'HVA.

P105- Scintigraphie osseuse dans le diagnostic de la leishmaniose viscérale chez un patient immunodéprimé : Etude d'un cas

W. Hamdi Senhaji, W. Ammouri, A. Laabichi, F. Ibourk El Idrissi, J. Aaouira, N. Mouatassim, H. Khibri, M. Maamar, H. Harmouche, Z. Tazi-Mezalek, M. Adnaoui
Service de Médecine Interne, service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue, CHU Ibn Sina. Rabat

Introduction :

La leishmaniose viscérale, résultant de l'inoculation d'un protozoaire du complexe *Leishmania* *Donovani*, englobe deux espèces principales, *L. Donovanii* et *L. Infantum*. Son incidence augmente chez les patients immunodéprimés et peut être mortelle en l'absence de traitement. L'objectif de notre étude est de mettre en évidence le rôle de la scintigraphie osseuse dans le diagnostic de la leishmaniose viscérale.

Observation :

Une patiente de 48 ans, assistante sociale, atteinte d'une beta-thalassémie. Elle présentait des douleurs osseuses isolées au niveau du bassin, une faiblesse généralisée et une asthénie. L'examen clinique révélait une splénomégalie atteignant la fosse iliaque gauche et une hépatomégalie mesurée à 17 cm.

Les résultats biologiques ont montré une anémie microcytaire (Hémoglobine : 6,2 g/dl, VGM : $69 \mu\text{m}^3$), une thrombopénie ($107\ 000/\mu^3$), et une protéinurie (0,33 g/24 heures). L'électrophorèse des protéines révélait une hypoalbuminémie (39,1 g/dl) associée à une hypergammaglobulinémie d'aspect polyclonal (18,5 g/dl).

L'imagerie par échographie montrait une hépatomégalie homogène (flèche hépatique = 17 cm), une splénomégalie d'échostructure homogène (flèche splénique = 22 cm). Un scanner thoraco-abdomino-pelvien révélait une lésion ostéolytique au niveau sacro-iliaque gauche.

La scintigraphie osseuse a mis en évidence une fixation au niveau de la rate ainsi qu'au niveau sacro-iliaque gauche.

La biopsie osseuse a confirmé la présence d'histiocytes, suggérant une possible infection par leishmaniose. La sérologie a confirmé le diagnostic de leishmaniose viscérale avec atteinte hématologique et médullaire.

La patiente a été traitée avec de l'Amphotéricine B à raison de 3 mg/kg par jour pendant les jours 1 à 5, puis aux jours 10, 17, 24, 31, et 38, totalisant une dose cumulée de 30 mg, associée à des transfusions et chélateurs de fer, avec une bonne amélioration clinique.

Conclusion

La scintigraphie osseuse est un outil précieux pour le diagnostic précoce de la leishmaniose viscérale chez les patients immunodéprimés. Une approche multidisciplinaire est essentielle pour améliorer le pronostic de ces patients.

P106- Lymphome non Hodgkinien et Neuropathie : Neurolymphomatose ou syndrome paranéoplasique ?

S. Rejdali, S. Haidouri, L. Adime, A. Terfai, S. Benouahi, I. Joubayr, H. El Atife, M. El Faiz, I. Raouane, S. Driouich, N. Benlachgar, N. El Maachi, I. Ait El Filali, Y. Chhah, W. Ammouri, N. Mouatassim, H. Khibri, M. Maamar, H. Harmouche, Z. Tazi-Mezalek, M. Adnaoui
Service de Médecine Interne, service d'Hématologie Clinique et Unité de Gériatrie Aigue, CHU Ibn Sina. Rabat

INTRODUCTION :

Les Lymphomes non hodgkiniens représentent 80% des lymphomes et sont dominés par les lymphomes diffus à grandes cellules B. Il existe de nombreuses causes de neuropathie périphérique chez les patients atteints de lymphome telles la neurolymphomatose, la compression et les syndromes paranéoplasiques neurologique, les causes en rapport avec une para protéine ou encore celles liées aux effets adverses du traitement.

À travers ce travail, nous rapportons le cas d'une patiente suivie pour un Lymphome DLBCL en rechute avec une polyneuropathie.

CAS CLINIQUE :

Patiente de 71 ans ayant comme antécédents une Hypothyroïdie sous Levothyrox, une Appendicectomie, une Hystérectomie et un tabagisme chronique. Elle a présenté en juin 2022 une douleur abdominale résistante au traitement symptomatique avec une constipation chronique. L'examen clinique a relevé un syndrome anémique avec une distension abdominale. Le **Bilan biologique** a retrouvé une anémie (Hb à 11.7g/dl) normochrome normocytaire sans autres anomalies. La patiente a bénéficié d'une **TDM Thoraco -abdomino-pelvienne** revenue en faveur d'un processus Tumoral Iléal s'accompagnant d'une infiltration de la graisse adjacente et d'une polyadénopathie. Par la suite, **une laparotomie exploratrice a été faite avec biopsies péritonéale et ganglionnaire mésentérique** qui sont revenues en faveur d'un Lymphome non Hodgkinien à grandes cellules de phénotype B. le **PET- Scanner** a mis en évidence des épaissements actifs pathologiques très intenses du nasopharynx et de l'iléon pelvien et une atteinte hypermétabolique ganglionnaire pathologique sus et sous-diaphragmatique. **L'Etude du LCR** a relevé une hyperprotéinorachie à 0,43 g/l et un Immunophénotypage avec marquage au CD45 montrant l'absence de population lymphoïde.

La patiente a reçu un COP de réduction puis 5 cures de RCHOP avec des complications à type d'occlusion intestinale opérée après la 2 -ème cure, avec mise en place d'une stomie grêlique et une embolie pulmonaire bilatérale mise sous apixaban après la 4 -ème cure. La réévaluation thérapeutique était en faveur d'une rémission métabolique complète à la fin de traitement, à 1 an de suivi , La patiente a présenté un syndrome coronarien pour lequel elle bénéficié d'un stenting cardiaque.

L'évolution fut marquée par une rechute de la maladie puis par l'installation de troubles sensitivo-moteurs symétriques au niveau des 4 membres avec un trouble de l'équilibre, à l'examen neurologique une station debout et marche difficiles avec un signe de Romberg positif, une force musculaire notée à 4/5 dans les 4 membres, des ROT abolis aux 4 membres et une hypoesthésie tactile et algique. **L'IRM cérébrale et médullaire** était en faveur de remaniements dégénératifs du rachis avec absence de processus évolutif et l'**ENMG** a mis en évidence une polyneuropathie sensitivo-motrice longueur dépendante avec des signes nets de

démyélinisation au niveau des nerfs tibiaux et une atteinte bilatérale sensitivo-motrice du nerf médian grade 5 à droite et grade 4 au passage du canal carpien. La ponction lombaire n'a pas été réalisée du fait du traitement anticoagulant. Le **PET scanner** a montré l'apparition de plusieurs lésions actives pathologiques au niveau du parenchyme hépatique et la réapparition d'une atteinte active ganglionnaire pathologique sus et sous-diaphragmatique.

La patiente a été mise sous Immunoglobulines intraveineuses 0.4g/kg/j pendant 5 jours après un bolus de corticothérapie sans amélioration puis un protocole de chimiothérapie R BENDA a été démarré devant la rechute lymphomateuse et devant l'urgence neurologique même en absence de confirmation étiologique de cette atteinte.

La patiente a reçu actuellement 5 cures de R BENDA avec disparition complète de la neuropathie et une rémission métabolique complète à mi-chemin du traitement

CONCLUSION :

En conclusion, l'association de lymphome non hodgkinien et de neuropathie pose encore un problème diagnostique et thérapeutique et relève plusieurs questions en rapport avec l'origine de l'atteinte neurologique.
