

Les aspects clinico biologique et thérapeutique du rhupus: une série de 12 cas

1^{er} Auteur: Refka, JEBRI, résidente, Service de rhumatologie, Hopital Hedi Chaker, Sfax, TUNISIE

Autres auteurs, équipe:

- Zouhour, GASSARA, AHU, Service de rhumatologie, Hopital Hedi Chaker, Sfax, TUNISIE
- Afef, FEKI, MCA, Service de rhumatologie, Hopital Hedi Chaker, Sfax, TUNISIE
- Samar, BEN DJEMAA, MCA, Service de rhumatologie, Hopital Hedi Chaker, Sfax, TUNISIE
- Rim, AKROUT, MCA, Service de rhumatologie, Hopital Hedi Chaker, Sfax, TUNISIE
- Hela, FOURATI, Professeur, Service de rhumatologie, Hopital Hedi Chaker, Sfax, TUNISIE
- Hédi, KALLEL, Professeur, Service de rhumatologie, Hopital Hedi Chaker, Sfax, TUNISIE
- Soufiène, BAKLOUTI, Professeur, Service de rhumatologie, Hopital Hedi Chaker, Sfax, TUNISIE

Introduction : Le rhupus est un syndrome de chevauchement entre le lupus érythémateux systémiques et la polyarthrite rhumatoïde. C'est une affection rare et peu décrite dans la littérature de part sa faible prévalence dans le monde (0.09%). D'où l'intérêt d'en décrire les caractéristiques clinico biologiques et les alternatives thérapeutiques.

Patients et méthodes : il s'agit d'une étude rétrospective descriptive. On a colligé 12 dossiers de patients qui valident les critères ACR du LES et de la PR sur une période de 13 ans (2010-2023). L'objectif de notre étude est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du rhupus.

Résultats : l'âge moyen de nos patients était 48 ans (20-70 ans), tous nos patients étaient de sexe féminin. 2 patientes ont eu des antécédents de fausse couche. Le diagnostic de PR précédait le diagnostic de LES chez la majorité de nos patients 58.3%(n=7). L'atteinte articulaire était présente chez la totalité de nos patients, une polyarthrite bilatérale et symétrique a été décrite chez la plupart des patients 83.3% (n=10), une patiente a eu une atteinte Oglio articulaire et une patiente se plaignait de poly arthralgies sans arthrites. L'atteinte cutanée était présente chez 58.3% des patients(n=7) : une photosensibilité dans 100% des cas, l'érythème en vespertilio était décrit dans 41.6% des cas (n=5). Les signes généraux à type de fièvre et d'altération de l'état général étaient décrits chez un tiers (1/3) des patients. 3 de nos patientes ont eu un syndrome sec associé. Les principales anomalies hématologiques étaient : la lymphopénie et l'anémie dans respectivement 75% et 66.6%. La leucopénie était présente chez 5 patientes. Le syndrome inflammatoire biologique (vs élevée et CRP élevée) était présent chez la majorité des cas (83.3%). Au bilan immunologique, les AAN étaient fortement positif 1/1280 chez 4 patientes, la moitié des patientes ont eu un taux à 1/640, 25% des patientes ont eu un taux faible d'AAN à 1/160. Les anti-DNA natifs étaient positifs chez la moitié de nos patientes et les anticorps anti-SM étaient positif dans 25% des cas. Le dosage du facteur rhumatoïde et des anticorps anti-ccp était positif chez respectivement 7 et 5 patientes. une seule patiente a eu des anti- cardiolipine positifs. L'atteinte articulaire était érosive chez la totalité de nos patientes, une carpité infra-radiologique a été objectivée par échographie articulaire chez deux patientes de notre série. Sur le plan thérapeutique, la moitié de nos patientes ont nécessité une corticothérapie à forte dose, les indications étaient une sérite (n=3) et une poussée hématologique(n=3). Une faible dose de corticoïdes (10 à 15 mg/j) a été instauré chez les autres patientes. Le traitement de fond de PR a été instauré chez 11 patientes : il s'agissait d'une bithérapie (MTX- plaquenil) dans la moitié des cas avec un seul cas d'association (mtx-salazo), un tiers des patientes ont eu une monothérapie a base de mtx seul (n=2) ou plaquenil seul(n=2). Une seule patiente n'a pas reçu un traitement de fond de PR (PR éteinte). L'évolution était bonne dans la majorité des cas, 3 patientes ont eu des poussées répétitives de sérite (péricardique), on a noté 2 cas d'ostéoporose cortisonique.

Conclusion : le rhupus est une affection rare. Toutefois, l'atteinte articulaire est omniprésente et prédomine le tableau, les poussées hématologiques et sous formes de sérite ne sont pas rares, et nécessitent souvent une corticothérapie a forte dose. Le traitement de fond de PR est à prescrire de principe, mais les schémas thérapeutiques diffèrent au cas par cas.