Quand la fièvre prolongée dévoile un syndrome des anti-synthétases

-wiem, BEN ELHAJ, Assistante, Service de Médecine Interne B, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, TUNISIE
-sarra, AGOUBI, Résidente, Service de Médecine Interne B, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, TUNISIE
-mariem, JEBRI, Assistante, Service de Médecine Interne B, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, TUNISIE
-ines, KECHAOU, Professeur Agrégé, Service de Médecine Interne B, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, TUNISIE
-imen, BOUKHRISS, Professeur, Service de Médecine Interne B, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, TUNISIE
-eya, CHERIF, Professeur, Service de Médecine Interne B, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, TUNISIE
-samira, AZZABI, Professeur, Service de Médecine Interne B, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, TUNISIE
-mohamed salah, HAMDI, Professeur Agrégé, Service de Médecine Interne B, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, TUNISIE
-lamia, BEN HASSINE, Professeur, Service de Médecine Interne B, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, TUNISIE

Introduction:

La fièvre prolongée constitue un véritable défi diagnostique, pouvant révéler un large spectre étiologique allant des infections chroniques aux maladies inflammatoires et auto-immunes. L'attribution de la fièvre au syndrome des anti-synthétases (SAS) reste particulièrement complexe lorsque les manifestations associées sont discrètes, atypiques ou d'apparition retardée.
Nous rapportons le cas d'une patiente présentant un SAS associé à l'anti-PL-12, dont la fièvre a persisté pendant cinq mois avant que le diagnostic ne soit établi.

Observation:

- Une **femme** de **60 ans**, sans antécédents pathologiques notables, était admise au service de médecine interne pour exploration d'une **altération fébrile de l'état général** évoluant depuis **5 mois**.

- **Signes fonctionnels:** Une perte de poids chiffrée à 15 kg; une fièvre à 38,5-39,7°C; des **arthralgies** des grosses et des petites articulations d'horaire inflammatoire.

- **À l'examen physique** :

-Des râles crépitants aux 2 champs pulmonaires
-Une ankylose des deux poignets
-Une sclérodactylie ne dépassant pas les métacarpophalangiennes.

- **Bilan biologique:**

-Un syndrome inflammatoire biologique (CRP à 45 mg/L; fibrinogène à 4,7 g/L).
-Les bilans rénal, hépatique, thyroïdien et musculaire étaient normaux.

- L'enquête infectieuse était négative.

- **Bilan immunologique:**

-Les anticorps antinucléaires étaient positifs à **1/1600** (fluorescence **cytoplasmique)**
Anticorps **anti PL12** et à des **anti-RO-52** positifs.
-Le Kit Sclérosis : négatif.
-Le facteur rhumatoïde: faiblement positif.

- **Bilan radiologique:**

-Les radiographies des mains et des pieds : pas d'érosions.
-La tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne une **pneumopathie interstitielle diffuse fibrosante.**

- L'exploration fonctionnelle respiratoire : Un **syndrome restrictif** (CVF à 59%).

- **Capillaroscopie:**

-Des plages désertiques
-Œdème de toile de fond
-Absence de mégacapillaires.

➔PID fibrosante avec retentissement respiratoire
➔Polyarthralgies inflammatoires
➔Forte positivité des anti-PL12

Un Syndrome des anti-synthétases était retenu

Prise en charge thérapeutique:

La patiente était mise sous corticothérapie à la dose de 1mg/kg/j d'équivalent de prednisone et mycophénolate mofétil à 3g/j .

Evolution:

L' apyrexie était obtenue au bout de 24 h du démarrage du traitement avec reprise de l'appétit, une disparition des arthralgies et une normalisation des marqueurs de l'inflammation. Le contrôle scanographique de l'atteinte pulmonaire était prévu à 6 mois du traitement.

Discussion:

La fièvre non infectieuse peut être la manifestation révélatrice du SAS. Elle peut précéder ou accompagner les autres manifestations classiques articulaires, cutanées, respiratoires et musculaires, notamment dans les formes associées aux anticorps anti-PL12. Ceci reflète l'intensité de l'activation immunitaire due aux auto-anticorps dirigés contre les aminoacyl-tRNA synthétases via la production importante de cytokines pro-inflammatoires.

Conclusion:

En complément de l'importance des auto-anticorps et de leur sensibilité et spécificité, la reconnaissance par le clinicien de la fièvre prolongée, parfois isolée, comme manifestation initiale du SAS, facilite le diagnostic précoce et permet une prise en charge rapide et ciblée. Elle constitue également un signe clinique important dans l'évaluation globale des patients et des rechutes.