THÈME GÉNÉRAL

CA 153

Tuberculose Teno-synoviale multifocale compliquant un syndrome des anti-synthétases traité par Rituximab

Chaima, Zammel, Résidente, service de médecine interne, Hôpital Régional de Ben Arous, Tunisie

- Donia,Chebbi , Assistante Hospitalo-universitaire, service de médecine interne, Hôpital Régional de Ben Arous, Tunisie
- Yousra, Chérif, Professeur Agrégée, service de médecine interne, Hôpital Régional de Ben Arous, Tunisie
- Chayma, Lengliz, Résidente, service de médecine interne, Hôpital Régional de Ben Arous, Tunisie
- Fatma, Ben Dahmen , Spécialiste en médecine interne, service de médecine interne, Hôpital Régional de Ben Arous, Tunisie
- Meya, Abdallah , Professeur , service de médecine interne, Hôpital Régional de Ben Arous, Tunisie

Introduction

- La tuberculose ostéo-articulaire représente 1 à 3 % de l'ensemble des localisations tuberculeuses.
- La localisation prédominante : grosses articulations et de la colonne vertébrale.
- L'atteinte de la main et des tendons reste exceptionnelle.
- Souvent diagnostiquée tardivement.
- Nous rapportons l'observation d'une patiente présentant une tuberculose ténosynoviale multifocale survenue dans le contexte d'un syndrome des anti-synthétases, traité par Rituximab.

Observation

Patiente âgée de 32 ans

Syndrome des anti-synthétases depuis 2021 : retenu devant:

- Un déficit musculaire proximal sévère
- Une myolyse avec une creatine-kinase (CPK) à 245 fois la normale
- Un tracé myogène à l'électromyogramme
- Une pneumopathie interstitielle diffuse type pneumopathie interstitielle non spécifique (PINS)
- Spirométrie : un trouble ventilatoire restrictif sévère
- Dot myositis : Anticorps anti-Jo1 positifs.
  - L'enquête néoplasique était négative.

Figure 1 : Tuméfaction de la paume de main correspondant à une ténosynovite des fléchisseurs

- **Traitement** : trois bolus de solumédrol de 1g/j
  relayés par une corticothérapie à la dose de 1 mg/kg/j de prednisone
  mycophénolate mofétil à 3g/j
- **Evolution :** amélioration sur le plan musculaire et respiratoire.
- **Deuxième poussée sévère :**
  - Un déficit handicapant
  - Une dysphagie associée à des fausses routest
  - Une myolyse (CPK à 37 fois la normale)
  - Une progression de la PINS
- **Traitement :** trois cures d'immunoglobuline par voie intraveineuse à raison de 0.2g/kg/cure
  Cortiothérapie
  Azathioprine à 150mg/j.
- **Evolution** à 4 mois de traitement : elle a gardé un déficit musculaire et une myolyse (CPK à 15fois la normale)
- **Traitement :** Passage au Rituximab (deux perfusions de 1g à 15 jours d'intervalle)
  switch de l'Azathioprine par le Méthotrexate(10mg/semaine)

Figure 2 : abcès froid de l'épaule droite

Figure 3 : synovite des MCP et IPP de 2 émé 3émé 4émé doigts

Le bilan pré-thérapeutique :

- l'immunophenotypage lymphocytaire : normal
- le dosage pondéral des immunoglobulines : normal
- l'échographie trans-thoracique : normale
- Les sérologies de l'hépatite B et C et HIV : négatives
- le test de Quantiferon : négatif.

- Evolution : Arthralgies inflammatoires et tuméfaction de la cheville, des mains, des poignets et l'épaule droite sans fièvre. (figure 1,2 et 3)
- Biologie : sans anomalies hormis un discret syndrome inflammatoire biologique.
- Le dosage de la pro-calcitonine : négatif.
- **Les échographies articulaires :** une synovite des poignets/une ténosynovite marquée des fléchisseurs des doigts/une arthrite de la cheville avec une synovite modérée/ une ténosynovite tibiale et une synovite minime du tarse et des MTP
- **L'IRM de la main** : ténosynovite grade 3 des fléchisseurs.
- **Le facteur rhumatoïde et l'anti-CCP :** négatifs.
- Les sérologies de l'Ebstein virus, du cytomégalovirus, du HIV et des hépatites virales : négatives.
- **Le test Quantiferon :** négatif.
- **L'échographie de l'épaule :** une bursite acromio-deltoïdienne d'allure infectieuse avec une collection du muscle deltoïde.
- **L'IRM de l'épaule :** une collection sous cutanée de la face antérolatérale de l'épaule droite infiltrant le muscle deltoïde et fistulisée dans la bourse acromio deltoïdienne.
  - Une mise à plat de l'abcès de l'épaule a été effectuée.
- **L'Histologie :** une inflammation granulomateuse épithéloïde et gigantocellulaire avec nécrose caséeuse sans signes de malignité.
- **L'étude bactériologique :** négative.
- **La PCR Multiplex panel ostéoarticulaire :** négative.
- **La PCR BK sur liquide articulaire : positive.**
  - Une tuberculose ténosynoviale multifocale a été retenue.
  - La patiente a reçu le traitement antituberculeux avec une bonne évolution clinique et radiologique.

Conclusion

La tuberculose ténosynoviale, bien que rare, doit être évoquée devant toute synovite chronique, en particulier chez les patients immunodéprimés ou recevant des biothérapies, notamment dans les pays endémiques pour la tuberculose.