



Caractéristiques et évolution des myosites: a propos de 27 cas



I.Z.RAIS; A. LOUNICI

SERVICE DE MÉDECINE INTERNE CHU TLEMCEM
FACULTÉ DE MÉDECINE BENZERDJEB BENAOUA, UNIVERSITÉ ABOUBEKR BELKAID
LABORATOIRE DE RECHERCHE SUR LE DIABÈTE, LAREDIAB.

Introduction:

Les myopathies inflammatoires idiopathiques sont des connectivites rares caractérisées par une inflammation chronique des muscles striés. Dotées d'un large polymorphisme clinique et évolutif, nécessitant souvent un traitement intensif dont les effets indésirables ne sont pas négligeables.

Objetif:

Décrire le profil clinique, biologique, la prise en charge et l'évolution des myopathies inflammatoires idiopathiques.

Matériels et méthodes:

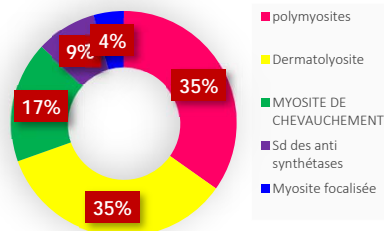
Il s'agit d'une étude rétrospective, observationnelle, menée au sein du service de médecine interne, CHU tidjani damerdji- Tlemcen sur une durée de 17ans, incluant les patient ayant une MII. Le recueil des données s'est fait principalement a partir des dossiers d'hospitalisation ainsi que des fiches de suivi. Le diagnostic a été posé selon les critères de Tanimoto 1995.

Résultats:

Depuis l'année 2005, nous avons colligé une série 27 cas de myopathies inflammatoires idiopathiques.

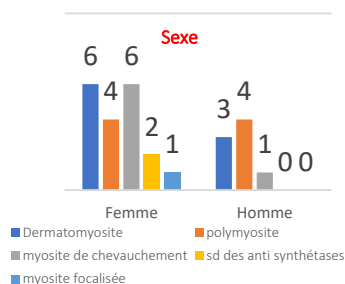
- Classification des MII: nous avons eu 08 polymyosites, 09 dermatomyosites, 07 myosites de chevauchement, 02 syndromes des anti- synthétases et un seul cas de myosite focalisée.

Classification



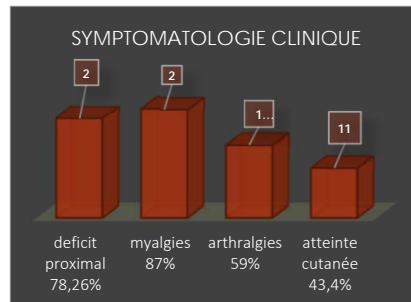
- L'âge moyen au moment du diagnostic: est de 44 ans, variant de 17 a 75 ans.

- Sexe ratio: 2,37 [F/H]



Symptomatologie clinique:

L'atteinte cutanée: la totalité avaient un érythème liliacé des paupières, 07 ont présenté des papules de gottron, 5 un rash photo distribué, l'érythème des faces d'extension ainsi que le signe de la manucure ont été trouvés chez 04 patients respectivement.



Paraclinique:

Signes paracliniques		DM	PM	Myosites de chevauchement	Sd des antisyntétases
Marqueurs inflammatoires	Positif	6/9	7/8	4/7	2/2
Enzymes musculaires	CPK augmentées	6/9 moy: 8,6	5/8 moy: 12,5	4/7 moy: 6,8	2/2 moy: 33,5
	LDH augmentés	Chez 23 patients, moyenne: 2.5x NL			
	ASAT augmentées	Chez 14 patients, moy 4,5			
Bilan immunologique	AC spécifiques de myosites	Jo-1: 5/6 MI-2: négatif 1/1			
	AC associés aux myosites	12/13			
Electromyogramme	Tracé myogène	23/25			
	Tracé normal	2/25			
Biopsie musculaire	Myosite interstitielle chez 04 patients				

Les signes de gravité:

La recherche de ces signes est impérative vu que leur présence conditionne la prise en charge: 52% avaient une dysphagie, 40% une PID, et 18,5% pour la dysphonie et des complications cardiaques.

Traitement:

Corticoides: a raison de 1mg/kg pour 21 patients et a 1,5 mg/kg pour 02 patient, 06 ont reçu des bolus de 15mg/kg devant des atteintes sévères .



Association aux cancers:

04 dont 03 dermatomyosites (cancer du sein avec méta osseuse, cancer du cavum et kc pulmonaire) et 01 polymyosite (kc de vessie avec méta pulmonaire).

Evolution:

06 malades perdus de vue, 14 ont eu une évolution défavorable (04 décès, 04 myosites réfractaires, 03 corticodépendantes et 03 corticorésistantes), une évolution favorable chez 07 patients.

Discussion:

On a eu une concordance pour:

l'âge et le sexe ou la prédominance féminine constatée est retrouvée dans toutes les séries de la littérature, le sex-ratio femme/homme varie entre 1,5 et 4. [1]

l'atteinte des ceintures, varie de 70 à 100% dans la littérature[2], L'érythroedème des paupières est le signe cutané de DM le plus fréquent.

l'atteinte de la musculature pharyngée de 10 à 45% et l'atteinte laryngée reste plus rare (0-5%) La PID est l'atteinte extra musculaire la plus fréquente, dans notre série elle est évaluée a 39% ce résultat étant le même d'une série espagnole. 2/ 3 de nos patients avec des JO1 positifs ont développé une PID: AC anti-synthétases prédictif de survenue de PID [3].

L'association de la PM ou DM à un cancer varie entre 6 et 40% des cas selon les études [4]. Les néoplasies les plus fréquemment associées aux PM et DM seraient en fait celles les plus endémiques dans la population concernée.

Nos données sont discordants avec la littérature sur quelques points:

la prépondérance de DM a été observée dans des séries espagnole, tunisienne et marocaine, expliquée par l'exposition aux rayons ultraviolets (UV) qui pourrait jouer un rôle dans le déclenchement de la DM, dans notre série on a eu le même nombre de DM et PM [5].

Conclusion:

le diagnostic reste posé sur un faisceau d'arguments, les différents critères élaborés a ce jour sont des critères de classification et non diagnostiques. L'élargissement de l'utilisation du bilan immunologique ainsi que la biopsie musculaire permettent d'affiner les diagnostics. Un suivi prospectif et régulier permettra une meilleure connaissance de ces affections.

Références:

- [1]: Scola RH, Werneck LC, Prevedello DM, Toderke EL, Iwamoto FM. Diagnosis of dermatomyositis and polymyositis: a study of 102 cases. Arq Neuropsiquiatr. 2000 Sep;58(3B):789-99
- [2]: Errafia S, Mougui A, Bouchti IE. Profil épidémiologique de la dermatomyosite et de la polymyosite: expérience du service de rhumatologie de Marrakech [Epidemiological profile of dermatomyositis and polymyositis: a study conducted in the Department of Rheumatology in Marrakech]. Pan Afr Med J. 2021 Jan 29;38:101.
- [3]: Wakata N, Kurihara T, Saito E, Kinoshita M. Polymyositis and dermatomyositis associated with malignancy: a 30-year retrospective study. Int J Dermatol. 2002 Nov;41(11):729-34.
- [4]: Clawson K, Oddis CV. Adult respiratory distress syndrome in polymyositis patients with the anti-Jo-1 antibody. Arthritis Rheum. 1995 Oct;38(10):1519-23. doi: 10.1002/art.1780381020.
- [5]: Okada S, Weatherhead E, Targoff IN, Wesley R, Miller FW, International Myositis Collaborative Study Group. Global surface ultraviolet radiation intensity may modulate the clinical and immunologic expression of autoimmune muscle disease. Arthritis Rheum. 2003 Aug;48(8):2285