

Myopathie inflammatoire à anticorps anti-Tif gamma déclenchée par l'inhalation de colle

1^{er} Auteur : Sarra, Agoubi, Résidente, Service de Médecine Interne, Hôpital régional de Ben Arous, Ben Arous, Tunisie

- Donia, Chebbi, Assistante, Service de Médecine interne, Hôpital régional de Ben Arous, Ben Arous, Tunisie
- Samar, Derbel, Assistante, Service de Médecine interne, Hôpital régional de Ben Arous, Ben Arous, Tunisie
- Yosra, Cherif, Assistante, Service de Médecine interne, Hôpital régional de Ben Arous, Ben Arous, Tunisie
- Olfa, Hentati, Assistante, Service de Médecine interne, Hôpital régional de Ben Arous, Ben Arous, Tunisie
- Fatma, Ben Dahmen, Spécialiste, Service de Médecine interne, Hôpital régional de Ben Arous, Ben Arous, Tunisie
- Maya, Abdallah, Professeur, Service de Médecine interne, Hôpital régional de Ben Arous, Ben Arous, Tunisie

Introduction :

- La dermatomyosite (DM) est une forme de myopathie inflammatoire caractérisée par une atteinte musculaire proximale symétrique avec une atteinte cutanée très spécifique.
- L'étiologie de DM reste inconnue, certaines études ont suggéré l'association de facteurs liés à l'environnement et de facteurs génétiques.
- Nous rapportons un cas de myopathie inflammatoire à anticorps anti-TIF gamma déclenchée par l'inhalation de colle de moquettes.

Cas clinique :

- Patient âgé de 69 ans.
- Suivi en urologie pour hypertrophie bénigne de la prostate.
- Consulte pour une faiblesse musculaire des deux ceintures accentuée au niveau de la ceinture scapulaire, en association avec une éruption cutanée.

Examen:

- Papules de Gottron en regard des IPP et IPD.
- Des lésions ulcéro-croûteuses des 2 coudes (Fig n2).
- Un érythème du décolleté
- Des grandes plaques érythémato-violacées au niveau du visage (fig n1), du bas du ventre, du dos et des deux cuisses.
- Les plaques étaient en plus squameuses au niveau du dos et du bas ventre (Fig n3).
- Testing musculaire : un déficit musculaire des ceintures pelvienne et scapulaire coté à 2+.
- La capillaroscopie péri-unguéale : quelques mégacapillaires et des capillaires ramifiés.

Biologie:

- Myolyse : CPK=9xN, LDH =1.37xN, ASAT =3x N et ALAT normale.
- Le reste du bilan était strictement normal.
- Le dot-myositis : des **anticorps anti-Tiff gamma** positif à 3 croix, et de **l'anti PL7 +/-**.

- Une biopsie cutanée a été faite au niveau de l'érythème du décolleté, mais l'histologie était non contributive

- L'électromyogramme : atteinte **myogène** des quadriceps associée à une atteinte **neurogène** à type de polyneuropathie sensitivo-motrice axonale des quatre membres

Diagnostic retenu:

- Le diagnostic de **myopathie inflammatoire à anti-Tiff gamma** a été de ce fait retenu.
- Un **syndrome de Sjörgen secondaire** était également diagnostiqué :
- xérophtalmie subjective
- Test de Schirmer <5mm/5min aux deux yeux
- BGSA : sialadénite lymphocytaire grade 4

⇒ atteinte neurologique périphérique attribuée au syndrome de sjögren (sérologies virales négatives)



Figure n1 : plaques érythémato-violacées de la face



Figure n2 : lésions ulcéro-croûteuses du coude



Figure n3 : plaques érythémato-squameuses du bas ventre

Atteintes graves :

- Dysphagie aux solides et fausses routes.
- Cette atteinte était d'une part liée à la myosite et d'autre part à une candidose oro-pharyngée.
- Il n'y avait pas d'arguments cliniques en faveur d'une atteinte cardiaque. L'électrocardiogramme et l'échographie trans-thoracique étaient normaux.
- La pneumopathie interstitielle était également éliminée devant la normalité du scanner thoracique.

Une enquête néoplasique :

- Une PSA, une échographie vésico-prostatique, un scanner thoraco-abdomino-pelvien, un hémocult, une fibroscopie digestive et une électrophorèse des protéines plasmatiques qui étaient sans anomalies.

Conduite à tenir thérapeutique:

- Le malade était hospitalisé,
- Position demi-assise avec un régime semi-liquide.
- Trois boli de solumédrol à la dose de 1g/j pendant 3 jours, suivis par une corticothérapie à la dose de 1mg/kg/j d'équivalent prednisone, + traitement adjuvant par calcium et vitamine D.
- La candidose a été traitée par le fluconazole pendant 14 jours.
- Un mois après le traitement de la candidose, on a introduit le mycophénolate mofétil à la dose de 2 g/j.

L'évolution:

- L'évolution était favorable dès la première semaine de corticoïdes.
- Une amélioration progressive de la dysphagie, des atteintes musculaire et cutanée.
- Le taux de CPK, LDH et ASAT s'est totalement normalisé après 2 semaines du traitement.

Discussion:

- Le diagnostic positif de DM est relativement aisé chez notre patient devant la présentation clinique assez typique de l'atteinte cutanée et musculaire ainsi que la positivité des anticorps spécifiques des myosites.
- Autant que le diagnostic est assez évident, l'étiopathogénie de la DM reste mal élucidée basée en grande partie sur des hypothèses. L'imputabilité de l'exposition à la colle dans le déclenchement de la cascade immunologique et la déclaration de la maladie reste probable.
- La littérature rapporte uniquement 3 cas de dermatomyosite associée à l'exposition au colle cyanoarylate, publiés en 1991.

Conclusion :

Nous avons rapporté le 4^{ème} cas de la littérature à nos connaissances de myopathie inflammatoire déclenchée après l'exposition à la colle. Il s'agit d'une DM à anticorps anti-Tif gamma positifs. Cet anticorps est particulièrement associé aux formes paranéoplasiques. Une enquête néoplasique initiale négative n'exclue pas la possibilité de l'apparition ultérieure d'une tumeur, ce qui motive la surveillance au long cours et la reprise de l'enquête néoplasique à distance. L'éviction totale de l'inhalation de colle est également indiquée chez ce malade.

