

## PROFIL CLINICO-BIOLOGIQUE, ÉTIOLOGIQUE ET PRONOSTIQUE DU SYNDROME D'ACTIVATION MACROPHAGIQUE DANS UN SERVICE DE MÉDECINE INTERNE

**1<sup>er</sup> Auteur : Fatma, SAID, MCA, Service Médecine Interne, CHU La Rabta, Tunis, TUNISIE**

- Ines, NACEUR, AHU, Service Médecine Interne, CHU La Rabta, Tunis, TUNISIE
- Tayssir, BEN ACHOUR, AHU, Service Médecine Interne, CHU La Rabta, Tunis, TUNISIE
- Mayssam, JRIDI, AHU, Service Médecine Interne, CHU La Rabta, Tunis, TUNISIE
- Mounir, LAMLOUM, PHU, Service Médecine Interne, CHU La Rabta, Tunis, TUNISIE
- Imed, BEN GHORBEL, PHU, Service Médecine Interne, CHU La Rabta, Tunis, TUNISIE
- Monia, SMITI, PHU, Service Médecine Interne, CHU La Rabta, Tunis, TUNISIE

### Introduction

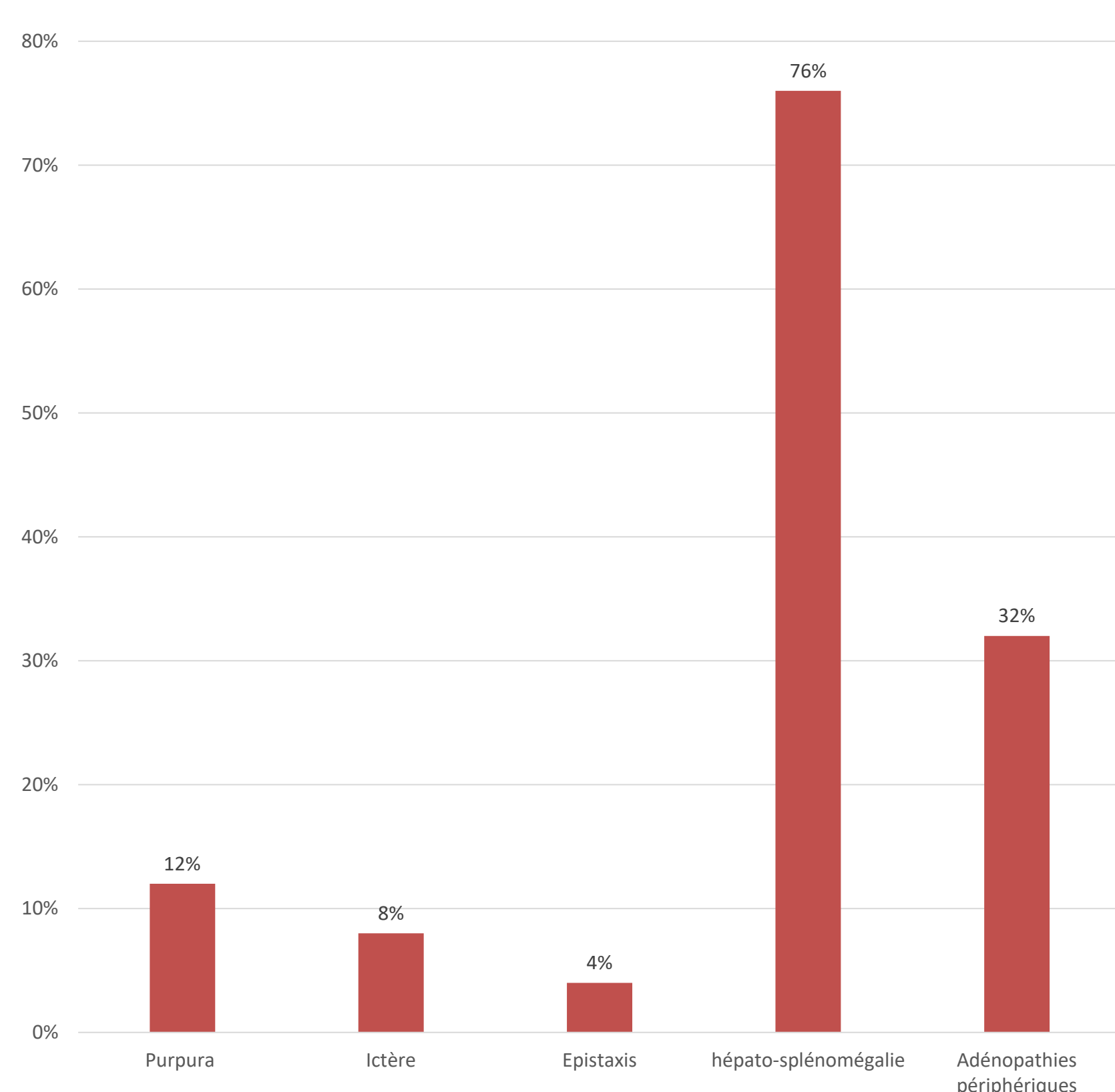
Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) est une pathologie rare induite par une stimulation macrophagique inappropriée et se manifestant par des signes clinico-biologiques évocateurs mais peu spécifiques (fièvre, syndrome tumoral, bi- ou pancytopenie, cytolyse, hyperferritinémie, hypertriglycéridémie...). Sa survenue impose une enquête étiologique exhaustive à la recherche d'une pathologie infectieuse, néoplasique ou auto-immune. Le pronostic reste sombre malgré les avancées thérapeutiques.

L'objectif de notre travail était de décrire les aspects clinico-biologique, étiologique et pronostique du SAM.

### Résultats:

L'âge moyen au moment du diagnostic de SAM était de  $34,6 \pm 14,9$  ans. Il s'agissait de neuf hommes et de 16 femmes, le genre-ratio (F/H) était de 1,8. La symptomatologie était brutale chez tous les patients, faite essentiellement par un tableau d'altération de l'état général dans un contexte fébrile (figure 1).

**Figure 2: Fréquences des signes physiques retrouvés chez nos patients**



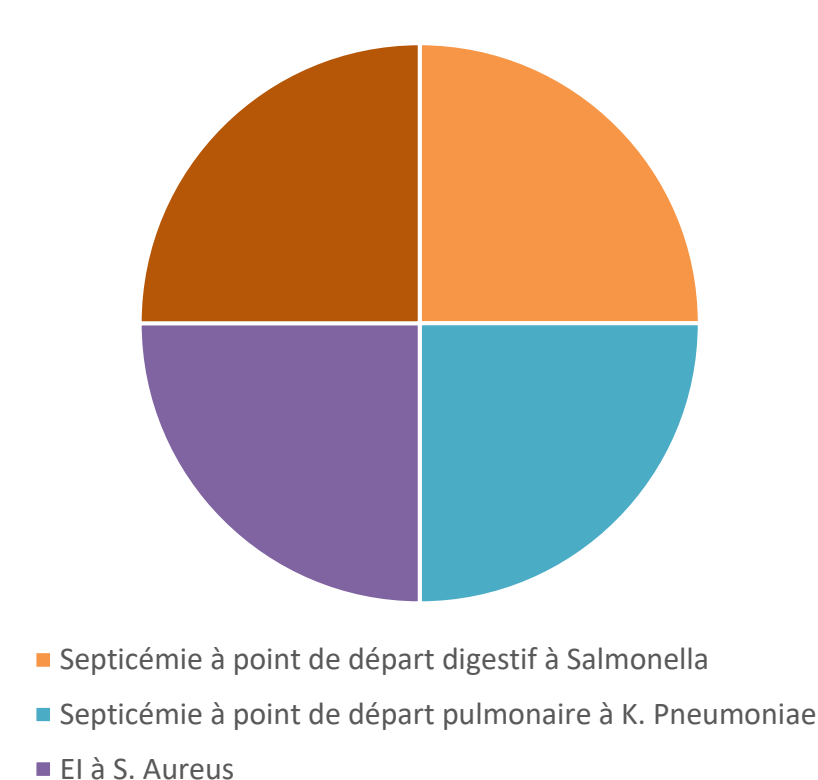
Dans trois cas, le diagnostic de SAM était retenu en validant les critères du Hscore. La figure 3 représente les anomalies biologiques.

Les étiologies objectivées sont représentées sur les figures 4-6 et tableau 1.

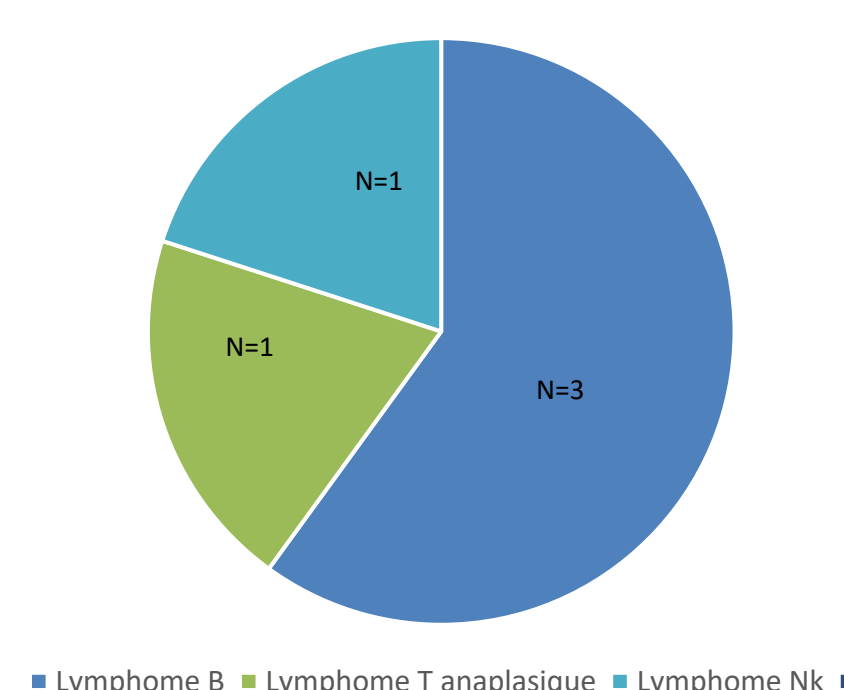
**Figure 4: Fréquences des différentes étiologies dans notre série**

■ Causes infectieuses ■ Causes néoplasiques ■ Connectivites  
■ Cause iatrogène ■ Cause indéterminée

**Figure 5: Fréquences des causes infectieuses dans notre série**



**Figure 6 : Fréquences des néoplasies dans notre série**



l'évolution était marquée par l'amélioration/guérison chez 15 patients (60%) et le décès chez 10 patients (40%). Les causes du décès étaient : un choc septique compliquant les septicémies à staphylocoque et à klebsielle malgré une antibiothérapie adaptée et une altération profonde de l'état général chez les trois sujets avec lymphome B, le sujet avec lymphome T et quatre cas de LES.

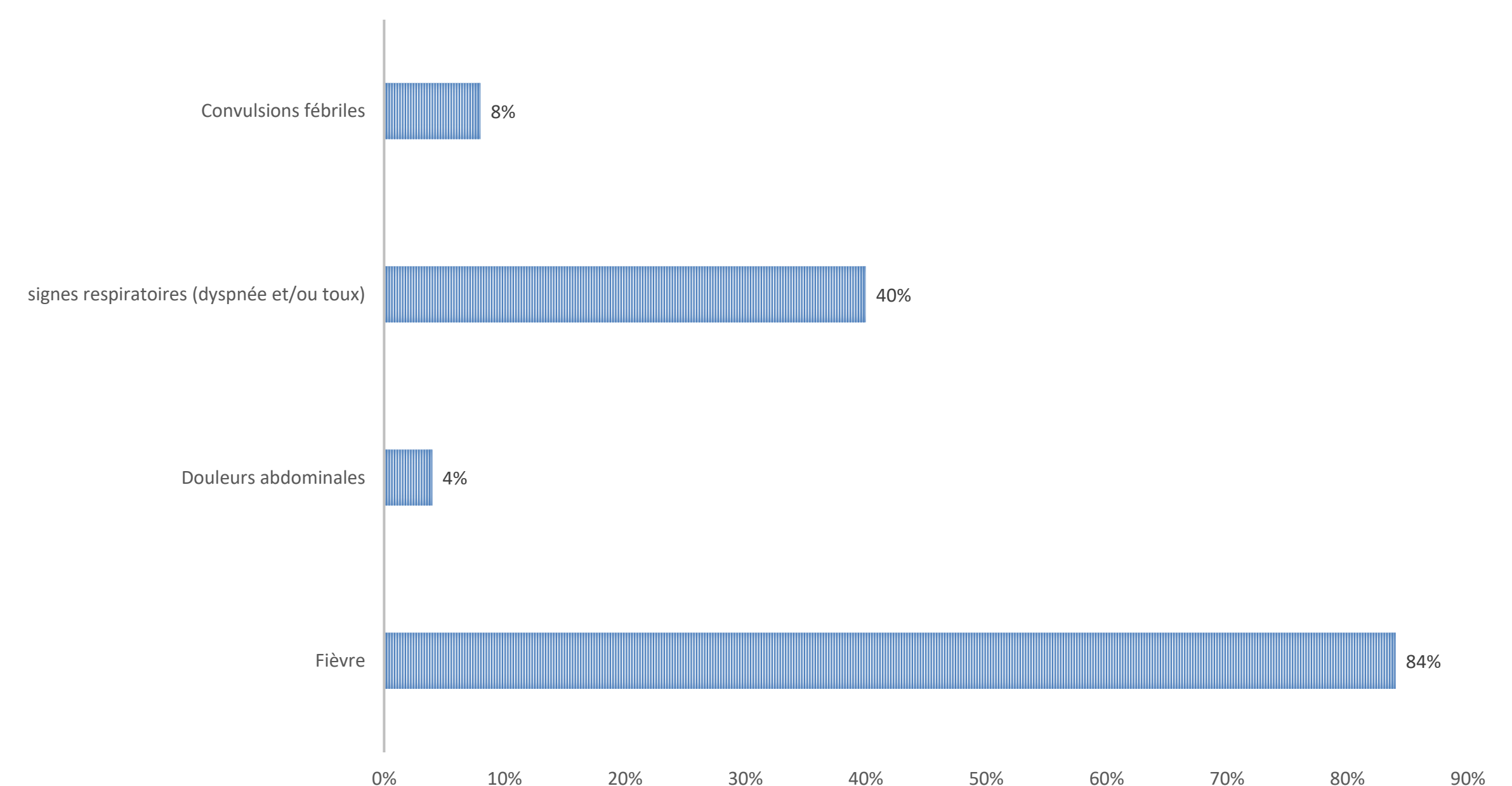
### Conclusion

Le SAM est une pathologie potentiellement fatale dont la prévalence est sous-estimée à cause des difficultés diagnostiques. En effet, c'est l'association de signes clinico-biologiques et cytologiques évocateurs qui permet d'établir le diagnostic positif. Ce syndrome peut inaugurer ou compliquer l'évolution de diverses pathologies infectieuses, néoplasiques et auto-immunes, imposant la réalisation d'une enquête étiologique rigoureuse. Une prise en charge rapide et idéalement adaptée à la pathologie causale permet parfois de sauver les patients.

### Méthodes

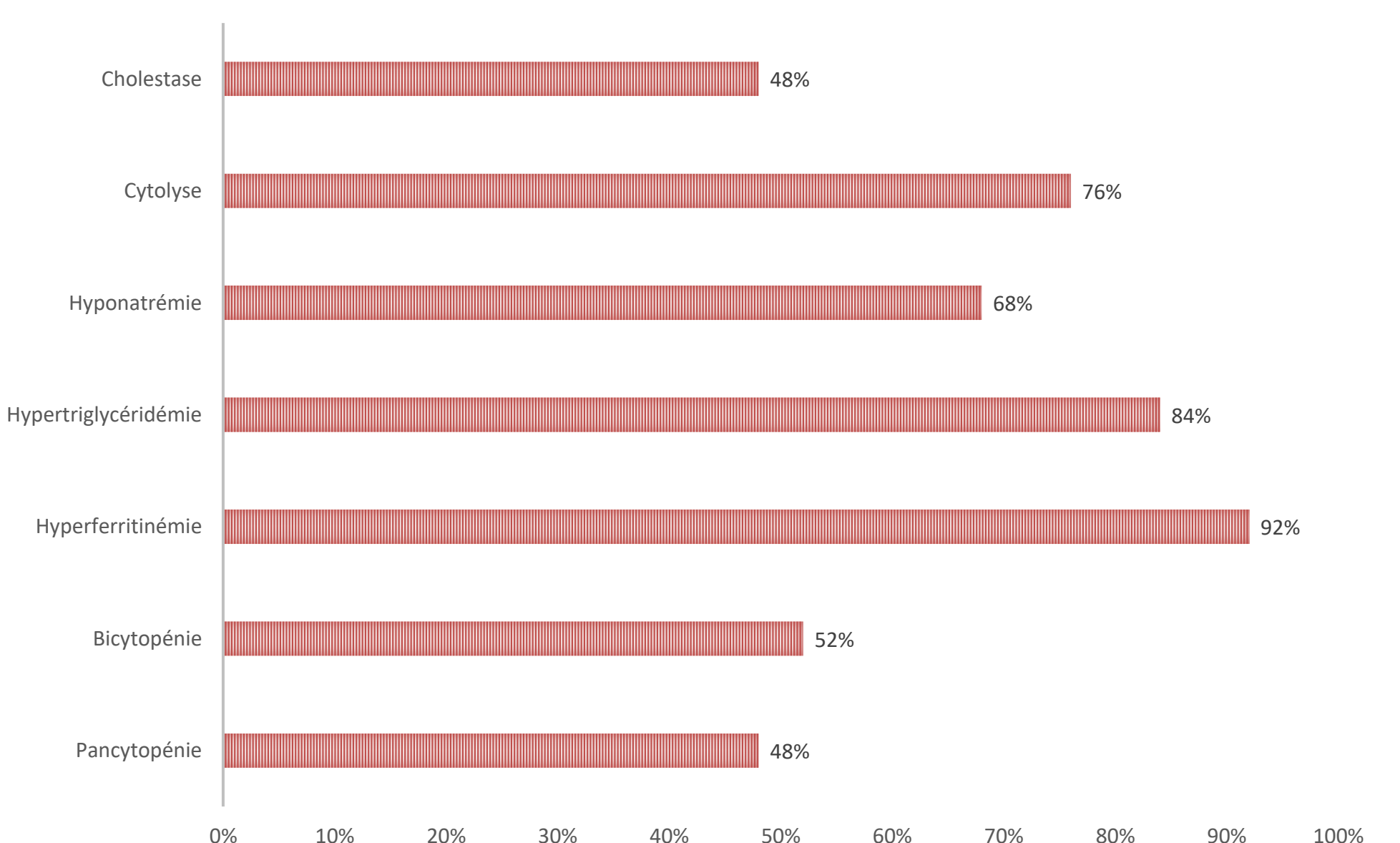
Il s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective ayant inclus 25 patients hospitalisés au service de médecine interne la Rabta durant la période allant de 2007 à 2021 pour prise en charge d'un SAM. Nous avons relevé les données cliniques (signes fonctionnels et données de l'examen clinique), biologiques (numération formule sanguine, bilan d'hémostase, ionogramme, ferritinémie, triglycéridémie, électrophorèse des protéines, bilan hépatique, rénal et immunologique), histologiques (myélogramme et biopsie ostéo-médullaire) et évolutives de tous les patients. Ces données étaient saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 21

**Figure 1: Fréquences des signes fonctionnels au cours du SAM dans notre série**



L'indice de masse corporelle moyen était de  $23,1 \pm 3,8$  kg/m<sup>2</sup>. Les prévalences du diabète sucré et de l'hypertension artérielle étaient de 20 et 16%. Les fréquences de l'examen physique sont représentées sur la figure 2.

**Figure 3: Fréquences des anomalies biologiques**



**Tableau 1: Fréquences des connectivites dans notre série**

Connectivite	N
Lupus érythémateux systémique	13
Syndrome de Sjogren	1