

## SYNDROME D'ACTIVATION MACROPHAGIQUE : MORTALITE ET FACTEURS DE MAUVAIS PRONOSTIC

**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 entité rare mais gravissime traduisant une dérégulation immunitaire d'origine variable. Le diagnostic repose sur l'association de signes clinico-biologiques peu spécifiques et d'images d'hémophagocytose à la moelle osseuse. Il survient au cours d'affections infectieuses, néoplasiques ou auto-immunes. L'évolution est fatale dans près de la moitié des cas, soulignant l'importance d'une prise en charge précoce et dynamique.

L'objectif de ce travail était de déterminer la prévalence et les facteurs associés au décès au cours du SAM.

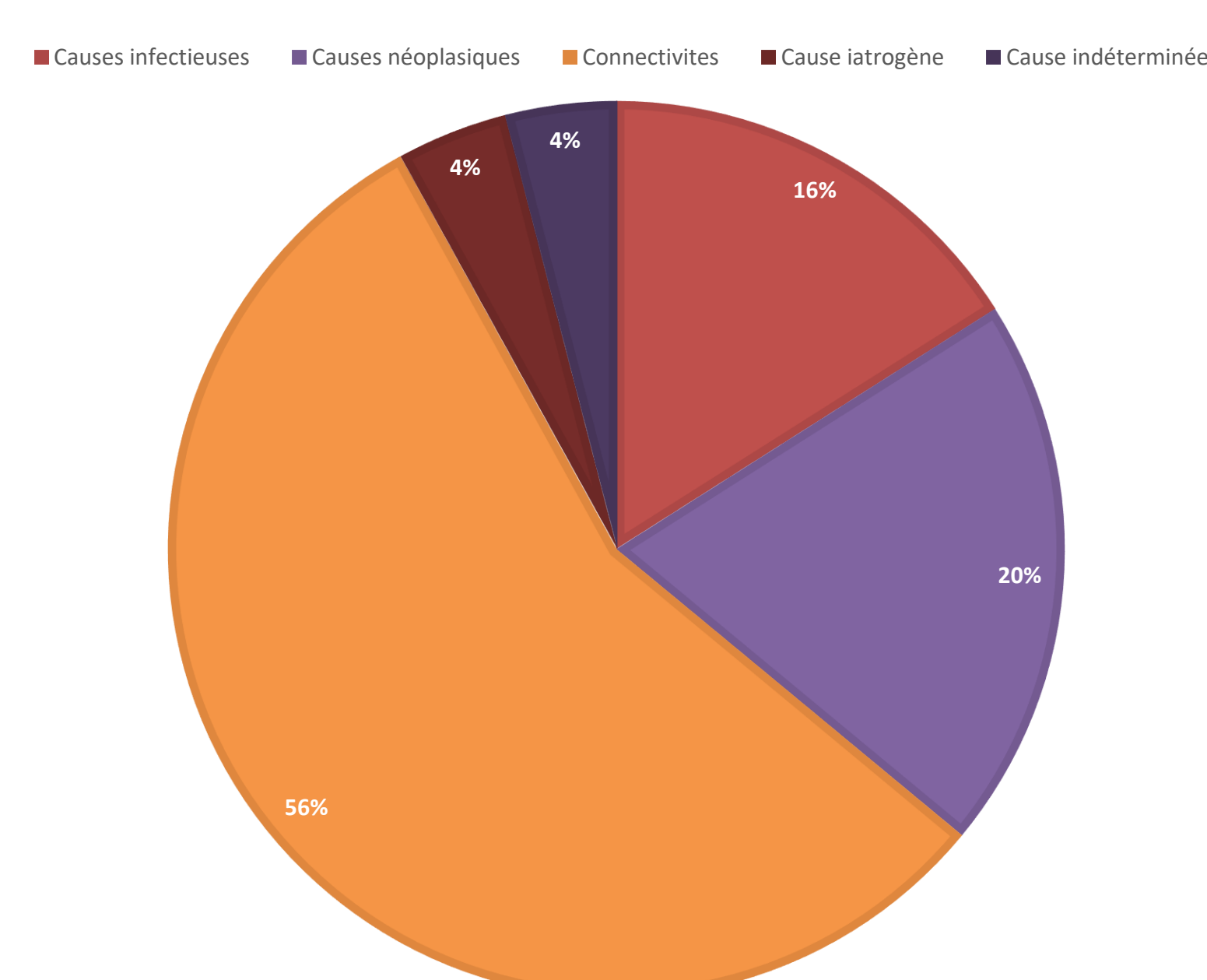
### Résultats:

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. Les fréquences des différentes étiologies retrouvées sont représentées sur la figure 1.

### Méthodes

Nous avons mené une étude monocentrique, rétrospective incluant 25 cas de SAM colligés dans le service de médecine interne de l'hôpital la Rabta de Tunis, durant la période allant de 2007 à 2021. Nous avons relevé les données cliniques, biologiques, histologiques et évolutives de tous les patients. La saisie et l'analyse des données était réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 21.

Figure 1: Fréquences des différentes étiologies de SAM chez nos patients



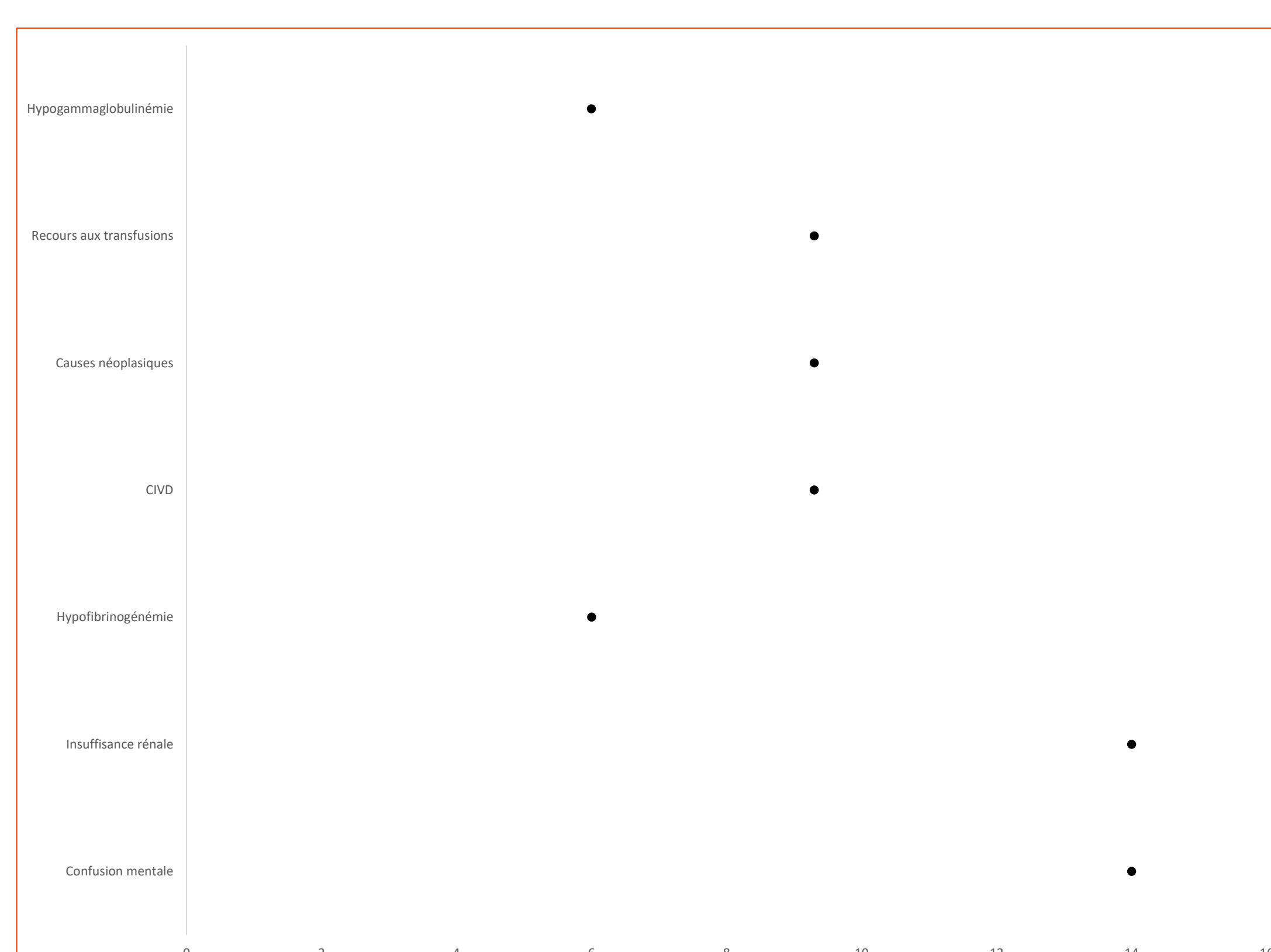
Dix patients sont décédés au cours de leur hospitalisation. Le délai moyen entre l'hospitalisation et la survenue du décès était de  $14,1 \pm 8,5$  jours.

La confusion mentale (OR=14 ; p=0,023), l'insuffisance rénale (OR=14 ; p=0,023), l'hypofibrinogénémie (OR=6 ; p=0,041), la survenue d'une coagulation intravasculaire disséminée (OR=9,3 ; p=0,041), les causes néoplasiques (OR=9,3 ; p=0,041), les transfusions (OR=9,3 ; p=0,034) et l'hypogammaglobulinémie (p=0,017) étaient associés à un pronostic défavorable. Ces résultats sont résumés sur la figure 2.

La tension artérielle (p < 10<sup>-3</sup>), l'albuminémie (p=0,027) et la clairance de la créatinine (p=0,006) étaient plus basses chez les patients décédés. Ces derniers avaient par contre une triglycéridémie (p=0,02), une CRP (p=0,021) et une LDH (0,024) plus élevées.

Dans notre série, l'âge, le genre, les antécédents, l'indice de masse corporelle, le nombre de lignées affectées de cytopénie, la natrémie, la ferritinémie, la corticothérapie et les immunomodulateurs n'interféraient pas significativement avec le pronostic de la maladie.

Figure 2: Les OR des facteurs associés à un pronostic défavorable



### Conclusion

Le SAM présente une urgence diagnostique et thérapeutique pouvant engager le pronostic vital des patients. Dans notre série, le taux de mortalité était de 40%, en accord avec la littérature.

Certains facteurs comme les signes neurologiques, l'insuffisance rénale, les hémopathies malignes et la CIVD présentent des facteurs pronostiques.

