

INTRODUCTION :

Le lupus induit est un syndrome lupique essentiellement cutané-articulaire, lié à une exposition prolongée à un médicament et régressant après son arrêt. Il représente environ 10 % des lupus et l'isoniazide en est l'antituberculeux le plus incriminé. Le diagnostic repose sur des manifestations cliniques évocatrices, la positivité des anticorps antinucléaires et la régression des signes après l'arrêt du médicament en cause.

CAS CLINIQUE :

Une patiente âgée de 54 ans, traitée pour une tuberculose ganglionnaire par une quadrithérapie associant isoniazide, pyrazinamide, rifampicine et Ethambutol. Après une semaine de traitement elle avait présenté une éruption maculopapuleuse prurigineuse au niveau des régions photo-exposées et au niveau des membres supérieurs et inférieur.

L'examen cutané a objectivé des lésions hyperchromiques avec des lésions papuleuse au niveau du tronc, membres inférieurs et supérieurs et surtout au niveau des zones photo-exposées avec des plaques d'alopécie au niveau du cuir chevelu.

Au bilan biologique, on notait un syndrome inflammatoire protéine Créactive 30 mg/L et une anémie normochrome normocytaire avec Hb à 11 g/dl.

Un bilan immunologique a été pratiqué mettant en évidence l'élévation des anticorps anti-ADN natifs, anti RO52 et antihistone positif. La biopsie cutanée révèle un infiltrat inflammatoire périvasculaire et interstitiel essentiellement lymphocytaire.

L'isoniazide était alors interrompu puis on a mis la patiente sous corticothérapie 0,5mg/kg/j et l'évolution a été marquée après 6 semaines d'arrêt de tous les antibacillaires par une amélioration des signes cliniques ce qui a conforté notre hypothèse quant à l'imputabilité de l'isoniazide. Le traitement antituberculeux a été repris en excluant l'isoniazide.



Lésions papuleuse et hyperchromique au niveau du tronc



Lésions hyperchromique au niveau de jambes.

DISCUSSION :

L'isoniazide est classé parmi les antituberculeux majeurs de première ligne. Le lupus induit par l'isoniazide représente une complication rare, dont l'incidence est estimée à environ 1 %.

Le diagnostic repose sur cinq critères : absence de signes cliniques et biologique avant l'administration de médicament, prise d'un médicament potentiellement inducteur, Réversibilité des symptômes après l'arrêt du traitement, avec des délais variables allant de quelques semaines à deux ans, présence d'anticorps antinucléaire avec au moins un symptôme clinique de lupus systémique, le cinquième critère est celui de la réapparition des manifestations pathologiques si jamais le médicament est réintroduit. [1].

Sur le plan clinique, le lupus induit par l'isoniazide se caractérise le plus souvent par une symptomatologie modérée. Les arthralgies et myalgies constituent les manifestations prédominantes, rapportées dans 50 à 90 % des cas. Les atteintes cutanées, présentes chez 25 à 53 % des patients, sont également décrites, tandis que les formes à atteinte viscérale — notamment neurologique centrale ou rénale — restent exceptionnelles [2].

Sur le plan immunologique, le profil sérologique est typiquement marqué par des taux modérément élevés d'anticorps antinucléaires. La présence d'anticorps antihistones, en particulier les IgG dirigés contre le complexe H2A-H2B, est considérée comme fortement évocatrice sans toutefois être spécifique. Les anticorps anti-Sm, anti-SSa et anti-SSb sont habituellement absents [3]. Dans notre observation, tant la présentation clinique que le profil immunologique concordent étroitement avec les données rapportées dans la littérature.

L'évolution est généralement favorable après l'arrêt de l'isoniazide, la majorité des patients présentant une amélioration clinique en quelques semaines. En cas de manifestations plus sévères, le recours à une corticothérapie brève, d'une durée de 2 à 10 semaines, peut s'avérer nécessaire [4].

CONCLUSION :

Les antituberculeux sont à l'origine d'effets indésirables fréquents, généralement mineurs mais parfois sévères. L'apparition de manifestations cliniques et biologiques évocatrices d'un lupus chez un patient traité par isoniazide doit faire évoquer un lupus médicamenteux. La régression complète des anomalies après l'arrêt du médicament constitue un argument diagnostique déterminant.

REFERENCES:

- 1) Masson C, Couchouren T, Audran M. Lupus induits. RevRhum.2005 ; 72(2) : 168-175.PubMed
- 2) De Bandt M, Sibilia J, Le Loët X, Prouzeau S, Fautrel B, Marcelli C. Systemic lupus erythematosus induced by anti-tumour necrosis factor alpha therapy: a French national survey. Arthritis Res Ther. 2005;7(3):545–51. doi: 10.1186/ar1715.
- 3) Mahbouba Jguirim 1, Amna Jbeli 2 et al, Systemic lupus erythematosus induced by isoniazid: a rare complication to fear doi: 10.11604/pamj.2015.20.181.5470
- 4) Rakoston JL, Randriamanana D, Rakotomizao JR, et al. Lupus érythémateux systémique grave induit par l'isoniazide. Rev Pneumol Clin. 2009;65(6):361–4. doi:10.1016/j.pneumo.2009.08.006.