

A. Koddouss <sup>1</sup>, K. Chnaou <sup>1</sup>, B. Khadiry <sup>1</sup>, M. Badi <sup>2</sup>, S. Janani <sup>2</sup>, S. Chiheb <sup>3</sup>, W. Khattabi <sup>4</sup>, H. Afif <sup>4</sup>, H. El Kabli <sup>5</sup>, J. El Bakkouri <sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Laboratoire d'immunoserologie, CHU Ibn Rochd - Casablanca (Maroc)

<sup>2</sup>Service de rhumatologie, CHU Ibn Rochd - Casablanca (Maroc)

<sup>3</sup>Service de dermatologie, CHU Ibn Rochd - Casablanca (Maroc)

<sup>4</sup>Service de pneumologie, CHU Ibn Rochd - Casablanca (Maroc)

<sup>5</sup>Service de médecine interne, CHU Ibn Rochd - Casablanca (Maroc)

## Introduction

Dans la pratique courante de recherche et d'identification des anticorps antinucléaires (AAN), il est fréquent d'être confronté à une situation où le dépistage par immunofluorescence indirecte (IFI) détecte la présence d'AAN à titres élevés, sans que l'on puisse déterminer.

## Objectif

L'objectif de l'étude est de déterminer la pertinence clinique et la signification diagnostique des AAN de spécificité antigénique indéterminée.

## Matériels & méthodes

Il s'agit d'une étude prospective menée au laboratoire d'immunoserologie du CHU Ibn rochd de Casablanca sur une période de 6 mois (Mars 2019– Août 2019) chez les patients hospitalisés dans des services cliniques et ayant un aspect de la fluorescence AAN non homogène, et un titre d'AAN supérieur ou égal à 1/320 avec un typage négatif.

Le dépistage des AAN était réalisé par IFI sur cellules Hep2 et chaque sérum positif était testé par IFI sur Crithidia luciliae (anti-AND natif) et un kit immunodot BlueDiver Dot ANA12 IgG® (anti-Sm, anti-Sm/RNP, anti-RNP 68 kD/AC, anti-SSA/Ro 60kD, anti-SSB, anti-Scl70, anti-PM-Scl100, anti-Jo1, anti-CENP A/B, anti-protéine ribosomale PO, anti-PCNA, anti-Ku).

## Résultats

419 demandes de recherche et d'identification d'AAN étaient adressées à notre laboratoire.

Le dépistage des AAN par IFI a révélé 140 (33,41 %) sérums positifs (le titre seuil étant de 1/160).

81 sérums (57,86 % des AAN positifs) avaient un typage négatif, et seulement 25 répondaient à nos critères d'inclusion.

On a pu extraire les données cliniques pour 17 patients.

Le **tableau 1** et **tableau 2** résume les caractéristiques et les signes cliniques de cette population d'étude.

L'âge moyen : 44 ans

Le **tableau 3** présente les résultats des différents diagnostics retenus chez nos patients.

**Tableau 1.** Caractéristiques des 17 patients inclus dans l'étude.

Caractéristiques	n
<b>Sexe</b>	
Homme	6
Femme	11
<b>Titre des AAN</b>	
1/320	9
1/640	6
1/1280	2
<b>Aspect de la fluorescence des AAN</b>	
Moucheté	11
Moucheté + FC* Homogène	1
Moucheté + FC* de type lysosomal	1
Moucheté + Centromère	1
Dots nucléaires	1
Nucléolaire	1
Nucléolaire + FC* Granulaire	1

\* Fluorescence cytoplasmique

**Tableau 2.** Signes cliniques des patients des 17 patients inclus dans l'étude

Signes cliniques	Nombre de cas	n
<b>Signes articulaires</b>		10
Arthralgies	9	
Arthrites	3	
Synovites	2	
Déformations	1	
<b>Signes cutanéomuqueux</b>		9
Érythème	6	
Xérostomie	2	
Xérophtalmie	2	
Photosensibilité	2	
Chute des cheveux	3	
Hyperpigmentation cutanée	2	
Sclérose cutanée	1	
<b>Signes généraux</b>		11
Asthénie	10	
Amaigrissement	9	
Fièvre	9	
Anorexie	8	
<b>Signes cardiorespiratoires</b>		11
Toux	6	
Dyspnée	11	
Douleur thoracique	2	
Pleurésie	1	
Myocardite	0	
palpitations	0	
Péricardite	1	
<b>Signes musculaires</b>		3
Myalgies	3	
Déficit musculaire	3	
<b>Autres</b>		
Phénomène de Raynaud		2
Thrombose veineuse		2

**Tableau 3.** Résultats des différents diagnostics retenus chez nos patients

Diagnostics	Nombre de patients
<b>Connectivités (n=9)</b>	
Myosites	2
Sclérodermie	1
Syndrome de Gougerot-Sjögren (SGS)	1
Lupus érythémateux systémique	5
<b>Autres maladies auto-immunes (n=2)</b>	
Arthrite juvénile idiopathique	1
Syndrome myasthénique à anti-musk	1
<b>Maladies non auto-immunes (n=6)</b>	
Lymphome non hodgkinien compliqué d'un syndrome d'activation macrophagique secondaire à une aspergillose pulmonaire	1
Syndrome tumoral	1
Lymphome hodgkinien	1
Surinfection avec dilatation des bronches	1
Pneumopathie interstitielle diffuse	1
Maladie d'horton	1
Maladie de Behcet	1

## Discussion - Conclusion

Nos résultats montrent que la prévalence des AAN positifs pour un seuil de 1/160 est de 33,41 % .

Selon S.Feki a et F.Frikha b, 2012, la prévalence des AAN positifs pour un seuil de 1/160 est de 17,4 % [1] .

Nous avons choisi un seuil relativement élevé (1/320) comme critère d'inclusion dans cette étude pour éviter la grande prévalence des AAN positifs à de faibles titres chez les sujets sains et afin d'augmenter le pourcentage des patients potentiellement malades.

Notre étude permet d'offrir des arguments en faveur de l'intérêt clinique de ces AAN même en l'absence de caractérisation de leurs cibles :

•Sur le plan technique : ces anticorps détectés par IFI sont d'isotype IgG. Il est rapporté que les AAN d'isotype IgG sont les plus importants pour le diagnostic et le suivi des connectivites, les IgM étant réputés sans pertinence clinique et les IgA peu étudiés [2] .

•Sur le plan épidémiologique : les résultats globaux ont montré une nette prédominance féminine, ce qui concorde avec la répartition selon le sexe des diverses connectivites [3-4].

Il en est de même concernant la moyenne d'âge (44ans) qui coïncide avec celle (> 40 ans) rapportée au cours de plusieurs de ces maladies : myosites [5], sclérodemie [6] et SGS [7].

Ainsi, la présence d'AAN sans spécificité déterminée pourrait alors être expliquée par la présence d'autres cibles antigéniques possibles dont la recherche peut être l'affaire de laboratoires spécialisés .

Notre étude montre l'intérêt diagnostique des AAN même en l'absence de spécificité antigénique connue .

Il serait intéressant de suivre l'évolution de nos patients et de réaliser des études prospectives qui concernent chaque pathologie à part.

## Références

[1] Feki, S., F. Frikha Y. 2012 , «Prévalence et valeur diagnostique des anticorps antinucléaires de spécificité antigénique indéterminée : étude rétrospective à propos d'une série de 90 patients ». *La Revue de Médecine Interne* 33, n° 9 (septembre 2012): 475-81.

[2] Meyer O. Lupus érythémateux systémique. EMC-Rhumatologie Orthopédie 2005;2:1-32.

[3] Combe B. Polyarthrite rhumatoïde : clinique et diagnostic. *Encycl Méd Chir, Appareil locomoteur* 2007; 14-220-A-10.

[4] Wijeyesinghe U, Russell AS. Outcome of high titer antinuclear antibody positivity in individuals without connective tissue disease: a 10-year follow-up. *Clin Rheumatol* 2008;27:1399-402.

[5] Hachulla E, Launay D. Sclérodemie systémique. *Encycl Méd Chir, Appareil locomoteur* 2005; 14-245-A-10.

[6] Lassoued K, Coppo P, Gouilleux-Gruart V. Place des anticorps antinucléaires en pratique clinique ? *Reanimation* 2005;14:651-6.

[7] Wijeyesinghe U, Russell AS. Outcome of high titer antinuclear antibody positivity in individuals without connective tissue disease: a 10-year follow-up. *Clin Rheumatol* 2008;27:1399-402.