

Le rôle de l'IRM dans la cardiomyopathie du behçet

Role of cardiac MRI in the Behçet cardiomyopathy

Ouassima Berroho*, Aida Soufiani**, Nessma Bendagha*, Nadia Fellat*, Rokaya Fellat*, Naima El Haitem*, Zoubida Tazi**

* : Service de cardiologie A, C.H.U Ibn Sina, Université Mohamed V, RABAT, MAROC

** : Service de médecine interne, C.H.U Ibn Sina, Université Mohamed V, RABAT, MAROC

Résumé

La maladie de Behçet est une vascularite multi systémique d'origine inconnue. Les manifestations cardiaques sont rares et peuvent toucher les 3 tuniques. Parmi ces manifestations, l'atteinte myocardique est fréquente. Il peut s'agir d'une myocardite inflammatoire, ou le plus souvent d'une atteinte secondaire à une coronaropathie.

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 45 ans, ayant comme facteurs de risque cardiovasculaire un tabagisme chronique avec obésité abdominale, suivi pour maladie de Behçet à tropisme vasculaire et cutané depuis 2009, qui s'est présenté avec un tableau d'insuffisance cardiaque globale en rapport avec une cardiomyopathie dilatée en dysfonction systolique sévère du ventricule gauche (VG). Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cardiaque a été réalisée dans le but de différencier entre une myocardite inflammatoire spécifique et une atteinte myocardique secondaire à une coronaropathie. Un rehaussement tardif de localisation sous endocardique dans le territoire présumé de l'artère inter-ventriculaire antérieure (IVA) a été objectivé. Ces données ont été confirmées par la coronarographie qui a mis en évidence une occlusion de l'artère IVA. Le traitement médicamenteux de la cardiopathie ischémique a été instauré (seul vu l'absence de viabilité), la colchicine a été maintenue.

Cette observation illustre l'intérêt de l'IRM dans le diagnostic étiologique d'une cardiomyopathie dilatée et en particulier à différencier entre une myocardite inflammatoire spécifique et une atteinte secondaire à une coronaropathie.

Mots-clés

Maladie de behçet, IRM, myocardite inflammatoire, coronaropathie

Summary

Behçet's disease is a chronic, multisystemic vasculitis of unknown cause. Rarely, it can be accompanied by cardiac manifestations affecting 3 tunics. Among these manifestations, myocardial involvement is very common. It may be an inflammatory myocarditis, or most often, myocardial disease secondary to coronary artery disease. We report the case of a 45-year-old patient who has no coronary risk factors except an addiction to smoking and abdominal obesity, followed for Behçet's disease with vascular and cutaneous tropism since 2009, he was admitted with signs of congestive heart failure in relation with dilated cardiomyopathy with left ventricular severe systolic dysfunction. Cardiac MRI was performed to differentiate between specific inflammatory myocarditis and myocardial disease secondary to coronary artery disease. Transmural delayed myocardial enhancement in the territory of the left anterior descending artery (LAD) was objectified. These data were confirmed by coronary angiography, which revealed an occlusion of the LAD artery. Drug therapy for ischemic heart disease was initiated (only in the absence of viability), colchicine was maintained. Our patient highlights the importance of MRI in the distinguishing between specific inflammatory myocardial damage and myocardial infarction thereby providing better medical decisions.

Keywords

Behçet disease, MRI, myocardial inflammatory, coronary artery disease

Correspondance

Ouassima Berroho

Service de cardiologie A*, C.H.U Ibn Sina, Université Mohamed V, RABAT, MAROC

e-mail : ouassimaberroho@gmail.com

Adresse : 141 brika 2 ème étage Kenitra

Cardiologie Tunisienne - Volume 15 N°01 - 1^{er} Trimestre 2019 -48-50

INTRODUCTION

La maladie de Behçet (MB) est une vascularite systémique rare d'étiologie inconnue avec une prédominance de lésions cutané-muqueuses et oculaires. Les complications cardiaques sont plus rares (1 à 6 %) touchant les trois tuniques (1-2). La présence d'une atteinte myocardique au cours de la maladie du behcet est très fréquente, il peut s'agir d'une myocardite inflammatoire ou le plus souvent, d'une atteinte secondaire à une coronaropathie. Le but de cette observation est d'illustrer l'intérêt de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) dans le diagnostic différentiel entre une myocardite inflammatoire spécifique et une atteinte secondaire à une coronaropathie.

OBSERVATION

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 45 ans, ayant comme facteurs de risques cardiovasculaires un tabagisme chronique avec obésité abdominale. Chez qui le diagnostic de la maladie de Behcet a été posé en 2009 devant une aphtose bipolaire récidivante, une thrombophlébite intéressant le membre inférieur gauche en 2001 puis le membre inférieur droit en 2006, il a été mis depuis sous corticoïdes, traitement immunosuppresseur, colchicine et traitement antivitaminé K.

Le patient s'est présenté aux urgences pour une dyspnée aiguë stade IV de la NYHA avec orthopnée et dyspnée paroxystique nocturne sans notion de douleur thoracique associée à une augmentation du volume abdominal et des 2 membres inférieurs en rapport avec un tableau d'insuffisance cardiaque droite.

L'examen clinique à l'admission a trouvé un patient conscient, apyrétique, eupnéique, une pression sanguine à 110/70 mmHg au niveau des deux bras et une fréquence cardiaque à 78 bpm, des signes d'insuffisance cardiaque droite. L'examen cutanéomuqueux révélait quelques lésions de pseudo folliculite au niveau du dos. Le reste de l'examen somatique était sans anomalie. L'électrocardiogramme a objectivé un rythme régulier sinusal à 90 bpm avec des ondes T négatives en latéral. Sur le plan biologique, les marqueurs de nécrose myocardiques étaient normales : La troponine à 0.004 ng/ml, Les CK (créatine kinase) à 200 UI/l, les ASAT (aspartate aminotransférases) à 20 UI/l et les LDH (lactate déshydrogénase) à 220 UI/l, avec un profil évolutif normal. La recherche d'un facteur de risque d'athérosclérose était négative. La glycémie à jeun était à 1g/l, le bilan lipidique était normal, la fonction rénale conservée. L'hémogramme était normal. La vitesse de sédimentation était à 15 mm la 1re heure, la CRP (protéine c réactive) à 6 mg/L et le fibrinogène à 2,5 g/L.

L'échocardiographie trans-thoracique (ETT) a mis en évidence un aspect de cardiomyopathie dilatée en dysfonction systolique sévère du ventricule gauche (VG) estimée à 25 % avec une hypokinésie globale et akinésie septale et antérieure, les cavités cardiaques de taille normale et de fonction systolique conservée avec absence d'hypertension pulmonaire au repos.

Après stabilisation clinique, mais avec persistance d'une ascite de moyenne abondance, une IRM cardiaque a été réalisée dans le but de différencier entre une myocardite inflammatoire spécifique et une atteinte myocardique secondaire à une coronaropathie. Elle a montré un VG très dilaté (VTD $I=139\text{ml/m}^2$, VTSL $=107\text{ml/m}^2$) en dysfonction systolique importante (FE à 22%) sur troubles de la cinétique segmentaire et globale (akinésie de l'apex, des segments apicaux adjacents, du segment médian de la paroi antérieure et antéro septale, hypokinésie du segment médian de la paroi antérolatérale, hypokinésie sévère des segments basal et médian de la paroi inféroseptale); un rehaussement tardif (RH) transmural dans le territoire présumé de l'IVA a été objectivé. Le ventricule droit (VD) est très dilaté avec une dysfonction systolique modérée (FE à 30%).

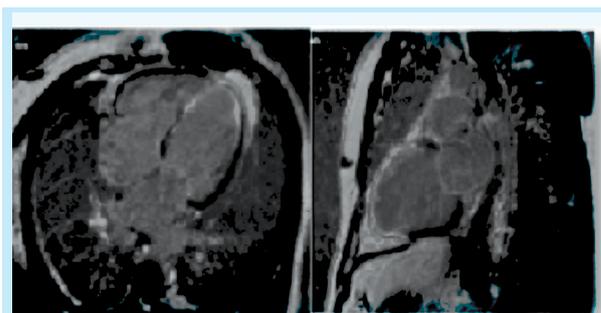


Figure 1: IRM cardiaque: coupe 4 et 2 cavités objectivant un rehaussement tardif taransmural

La coronarographie a mis en évidence une occlusion de l'IVA. Devant le RT transmural témoignant de l'absence de viabilité, le patient n'a pas fait l'objet d'une angioplastie ; Le traitement médicamenteux de la cardiopathie ischémique a été instauré, la colchicine avec corticoïdes et les immunosuppresseurs ont été maintenus. L'exploration de l'ascite persistante en service de médecine interne a retrouvé l'existence d'une tuberculose péritonéale traitée pendant 2 ans. Au cours du suivi, un élargissement de l'espace QRS a été constaté, le patient restant symptomatique sous traitement médical. La mise en place d'un pace maker triple chambre et d'un défibrillateur automatique implantable (DAI) a été proposée.

DISCUSSION

La maladie de Behcet est une vascularite chronique et récurrente caractérisée par des lésions cutanéomuqueuses, ophtalmiques, articulaires, cardiovasculaires et du système nerveux central. Les complications cardiaques peuvent toucher les 3 tuniques avec par ordre de fréquence: les péricardites (29%), les atteintes de l'endocarde (25%), les thromboses intracardiaques (29%), les atteintes myocardiques (infarctus du myocarde (15%), myocardite, fibrose endomyocardique (8%) et anévrisme du ventricule gauche (4%). Des anévrysmes coronariens ont également été décrits (3).

L'atteinte myocardique peut être soit liée à une atteinte coronarienne, soit à une atteinte inflammatoire du myocarde.

L'IRM représente l'examen de référence pour la mesure des volumes et le calcul de la fraction d'éjection. L'évaluation des cardiomyopathies en particulier dilatée représente une de ses grandes indications cliniques. Elle a une capacité de caractérisation tissulaire et aide dans le diagnostic étiologique des cardiomyopathies, notamment en utilisant la méthode du réhaussement tardif au Gadolinium mais aussi le T1 mapping ou le T2 mapping ou T2*, tous validés par des études histologiques. (4)

L'équipe de Mc Crohon (5) a démontré dès les années

2000, la présence d'un RT chez environ un tiers des patients avec cardiomyopathie dilatée (et coronaires « saines »). Ce RT pouvait être de trois types. Un aspect ischémique reclassant alors la CMD en cardiopathie ischémique avec corollaire thérapeutique. Un aspect de type non ischémique avec RT médio-septal linéaire qui témoigne pour la plupart du temps de l'évolutivité de la CMD avec un impact pronostic. Enfin un aspect de type myocarditique : RT sous-épicaire en motte ou en flammèche typiquement séquentaire d'une myocardite. Chez notre patient le diagnostic de la cardiopathie ischémique avec absence de viabilité a été posé avec un impact thérapeutique et pronostic.

CONCLUSION

L'atteinte cardiaque est rare au cours de la maladie de Behcet. Elle est dominée par l'atteinte coronarienne et myocardique qui constitue les atteintes les plus sévères pouvant engager ainsi le pronostic vital. La séquence de RT est indispensable au protocole IRM quelle que soit la pathologie suspectée. La distinction entre atteinte ischémique et non ischémique repose sur la localisation de l'hyper signal dans la paroi et sur sa systématisation ou non a un territoire vasculaire.

CONFLITS D'INTERETS : Néant

REFERENCES

1. Saadoun D, Asli B, Wechsler B, Houman H, Geri G, Desseaux K, et al. Long-term outcome of arterial lesions in Behc, et disease: a series of 101 patients. *Medicine (Baltimore)* 2012; 91:18-24.
2. Lakhapal S, Tani K, Lie JT, Katoh K, Ishigatsubo Y, Ohokubo T. Pathologic features of Behc, et's syndrome: a review of Japanese autopsy registry data. *Hum Pathol* 1985;16:790-5
3. Wechsler B, Du LT, Kieffer E. Cardiovascular manifestations of Behcet's disease. *Ann Med Interne* 1999,150:542-54.
4. Kwong R., Petersen S., Schulz-Menger J., E. Arai A., Scott E. Bingham S. Chen Y. and al. The Global Cardiovascular Magnetic Resonance Registry (GCMR) *J Cardiovasc Magn Reson.* 2017. 19:23
5. McCrohon JA, Moon JC, Prasad SK, et al. Differentiation of heart failure related to dilated cardiomyopathy and coronary artery disease using gadolinium-enhanced cardiovascular magnetic resonance. *Circulation* 2003; 108:54-9