

Le syndrome coronarien aigu dans les maladies auto-inflammatoires et auto-immunes A propos de 3 observations

1^{er} Auteur : mohamed hamza, BOUCHOUAREB, Assistant, Service de médecine interne, CHU Beni Messous, Alger, ALGERIE

Autres auteurs, équipe:

- Imene, GOUICHICHE, Interne, Service de médecine interne, CHU Beni Messous, Alger, ALGERIE
- Soraya, AYOUB, chef de service, Service de médecine interne, CHU Beni Messous, Alger, ALGERIE

Introduction

Le **syndrome coronarien aigu (SCA) du sujet jeune** est rare et probablement sous-estimé. Les étiologies sont dominées par la thrombophilie et les maladies inflammatoires entraînant un état d'hypercoagulabilité et accélèrent le processus de l'athérosclérose. La maladie de **Behçet** et le **Lupus erythemateux systémique** touchent le sujet jeune, dont l'atteinte coronarienne est exceptionnelle et seulement quelques cas ont été rapportés dans la littérature.

Nous rapportons **trois cas**, en précisant leur profil clinique, étiologique et évolutif sous traitement.

1ere Observation

Mr B.R âgé de 30 ans, non fumeur chez qui nous avons diagnostiqué une **maladie de Behçet** : 05 points selon les derniers critères de classification de 2013 : Aphtose buccale à répétition, pseudo-folliculites, TVS et antécédent de TVC, et une atteinte neurologique périphérique : algie vasculaire de la face. Associé à une localisation cardiaque rare : **Myocardite segmentaire** à l'IRM cardiaque

Au cours de son bilan pré-thérapeutique pour traitement immunosuppresseur, il a présenté des précordialgies persistantes avec ascension des troponines à 5X puis 8X la normale sans modification du tracé ECG. La coronarographie a objectivé un **thrombus au niveau de l'artère interventriculaire antérieure proximale**.

Vu l'atteinte grave, nous avons réadapté le traitement:

- Bolus de corticoïdes de 1g/j pendant 3 jours puis relais à 1mg/kg/j + traitement de fond type Azathioprine + Colchicine
 - Double anti-agrégation plaquettaire, beta bloquant, IEC, statine et HBPM.
- L'évolution était **favorable** : régression des douleurs et des troponines, recanalisation de l'artère obstruée.

2eme Observation

Mr Y.H âgé de 34 ans, fumeur a raison de 15 PA suivi pour **lupus** cutané-articulaire sans atteinte rénale retenu sur les arguments suivants :

- Atteinte articulaire faite d'arthralgies des grosses et petites articulations (MCP, IPD, poignets, chevilles, genoux) de façon bilatérale et symétrique
- Atteinte cutanée faite d'un purpura vasculaire (qui n'est pas un critère diagnostique)
- FAN 1/1000, AC anti-DNA + à 300 UI AC anti-SM +++++ AC anti-PCNA +++++

Le patient a été perdu de vue pendant 1 an puis consulte pour précordialgies aiguës révélant un **SCA ST+ thrombolysé avec succès**.

Le patient avait des facteurs de risques cardio-vasculaires : sexe masculin et l'obésité BMI à 34 kg/m² mais sans HTA, ni de diabète ni de dyslipidémie et la coronarographie ne retrouve qu'une discrète sténose ce qui nous laissent évoquer un IDM sur coronaires saines avec bilan du SAPL négatif, une atteinte très rare du lupus systémique.

Traitement :

Corticothérapie à 1 mg/kg/j + traitement fond type hydroxychloroquine à 400mg/j Double anti-agrégation plaquettaire, beta bloquant, IEC, statine et HBPM L'évolution fût **favorable** : régression des douleurs et normalisation des ECG

3eme Observation

Mr M.A. âgé de 42 ans non fumeur, qui a présenté des précordialgies aiguës persistantes en rapport avec **SCA ST+**, avec un **thrombus** objectivé à la coronarographie.

L'enquête étiologique était négative et le patient fût traité par double anti-agrégation plaquettaire, beta bloquant, IEC, statine et HBPM, l'évolution était favorable avec recanalisation de l'artère obstruée.

Un an après, il a présenté des douleurs abdominales intenses en rapport avec une **péritonite** sur perforation intestinales opéré avec mise en place d'une stomie, puis dans un 2^{ème} temps rétablissement de la continuité.

2 ans après, il présente une grosse jambe droite rouge chaude douloureuse en rapport avec une TVP confirmée au doppler vasculaire. Il présentait en parallèle une aphtose bipolaire récidivante et des pseudofolliculites.

Le diagnostic de **maladie d'angio-entéro-Behçet** a été retenu, traité par corticoïdes, AVK, colchicine et azathioprine, avec une évolution **favorable**.

Discussion

Dans notre série portant sur l'atteinte des **artères coronaires** dans les maladies auto inflammatoires et auto-immunes, la prédominance **masculine** était nette avec un âge moyen relativement **jeune**.

Le diagnostic du syndrome coronarien aigu était relativement aisé chez nos patients reposant sur une symptomatologie typique, des troponines élevées et une coronarographie qui confirme le diagnostic. Les troubles électriques n'étaient pas constants.

Dans notre modeste série nous notons une **faible prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire**, tels que l'hypertension artérielle et la dyslipidémie. Cependant, un de nos patients était fumeur.

En plus du traitement conventionnel du syndrome coronarien aigu, tous nos patients avaient reçu une **corticothérapie** et des **immunosuppresseurs** et l'évolution fût **favorable** avec un recul minimum à 5 ans.

Conclusion

Le SCA du sujet jeune est une **urgence** thérapeutique et diagnostic à la fois.

Le SCA du sujet jeune doit faire rechercher systématiquement une maladie auto-inflammatoire ou auto-immune (cause rare mais non négligeable), car son pronostic et son traitement diffère du traitement du SCA d'origine athéromateuse. un diagnostic **précoce** est nécessaire pour une mise en route **rapide** d'un traitement immunosuppresseur.

L'atteinte cardiaque au cours des ces maladie n'est pas rare, toutes les tuniques peuvent être atteintes.

L'atteinte **coronaire** est en revanche **rare**, savoir l'évoquer lors du suivi n'est pas évident, notamment devant un tableau atypique.

Bibliographie

1. Acute coronary syndrome and Behçet's disease [Olivia Manfrini](#), Eur J Rheumatol 2021; 8(1): 31-5. DOI: [10.2459/JCM.0b013e328354b27e](#)
2. M.K Hong ,S.Y. Cho ,I.K Hong ,K.J Chang ,I. Mochung ,M. Hyoung-Lee , H.M , Wook-Lims, Kwon et al. Acute myocardial infraction in the young adults. Yonsei-Med. J, 35 (2) : 184 — 9 , 1994.
3. S. Kraiem et al. Maladie de Behçet : cause rare d'infarctus du myocarde Annales de Cardiologie et d'Angiologie 53 (2004) 109–113..
4. Collet JP, Ripoll L, Choussat R, Lison L, Montalescot G. La maladie athérothrombotique coronaire du sujet jeune : état des lieux. Sang Thrombose Vaisseaux 2000;12:218–25.

❖ Conflits d'intérêt: Aucun