

L'atteinte cardiaque au cours des myopathies inflammatoires idiopathiques

H. Masrour; R. felk; L. Lerhrib ; W. Rhandour, S. Saoudi, K. Meliani, S.Bouchnafati, A. Oudghiri, M. Bouzayd, N. Al Sadiq, L. Abarkan, R. Hanini, Y. Chekkori, M. Ouazzani, Z. Khammar, R. Berrady.

Médecine interne et onco-hématologie, C.H.U Hassan II, Fès, Maroc.

Introduction:

La présence d'une atteinte cardiaque au cours des maladies de système s'accompagne d'une évolution et d'un pronostic plus péjoratifs. Dans ce travail, nous étudions les caractéristiques et l'impact pronostique de cette atteinte au cours des myopathies inflammatoires idiopathiques (MII), afin d'assurer une meilleure prise en charge globale de ces patients.

Patients et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, portant sur les patients atteints d'une myopathie inflammatoire et qui ont développé une atteinte cardiaque liée à l'activité de la maladie, suivis dans un service de Médecine interne et d'onco-hématologie sur la période s'étalant entre Janvier 2012 et Janvier 2022.

Résultats:

Dans notre série de 25 patients atteints de MII, l'atteinte cardiaque est retrouvée chez 8 patients (32%) dont 4 patients atteints de dermatomyosite, 3 d'un syndrome des antisynthétases et 1 patient avec une polymyosite. Le délai moyen d'apparition de l'atteinte cardiaque dans notre série est de 11.37 mois (± 17.58 mois) après le diagnostic. L'atteinte est asymptomatique chez 62.5% des cas, et découverte en périodes de poussée chez 75% des cas.

L'atteinte myocardique vient en premier et a été objectivée chez 5 patients, elle est associée à une péricardite (tableau de myopéricardite) chez 3 patients. L'atteinte péricardique isolée est retrouvée chez 2 autres patients. L'atteinte valvulaire est notée chez un seul patient.

Les signes cutanés ont une association significative avec l'atteinte cardiaque : l'érythème maculeux en bande des mains ($p < 0.001$), les papules de Gottron ($p < 0.001$), le rash héliotrope ($p < 0.001$) et la photosensibilité ($p < 0.001$). Nous avons également établi une association significative entre l'atteinte cardiaque et la présence des atteintes systémiques : pulmonaire ($p < 0.001$), neurologique ($p < 0.001$), ostéoarticulaire ($p < 0.001$) et digestive ($p = 0.006$).

La prise en charge thérapeutique se base sur la corticothérapie chez 6 patients avec une bonne évolution et rémission cardiaque globale. L'administration d'un traitement immunosuppresseur (le cyclophosphamide) a été indiqué principalement, au moment du diagnostic de l'atteinte cardiaque, devant la sévérité des atteintes associées (rénale ou neurologique) dans les deux autres cas. Trois patients ont présenté une poussée cardiaque au cours du suivi, avec très bonne réponse à la corticothérapie chez deux patients. Le troisième cas a présenté une insuffisance cardiaque avec BAV nécessitant la mise en place d'un Pacemaker. Nous déplorons deux décès objectivés au cours de l'évolution et qui ne sont pas liés directement à l'atteinte cardiaque, ils étaient secondaires à un choc septique.

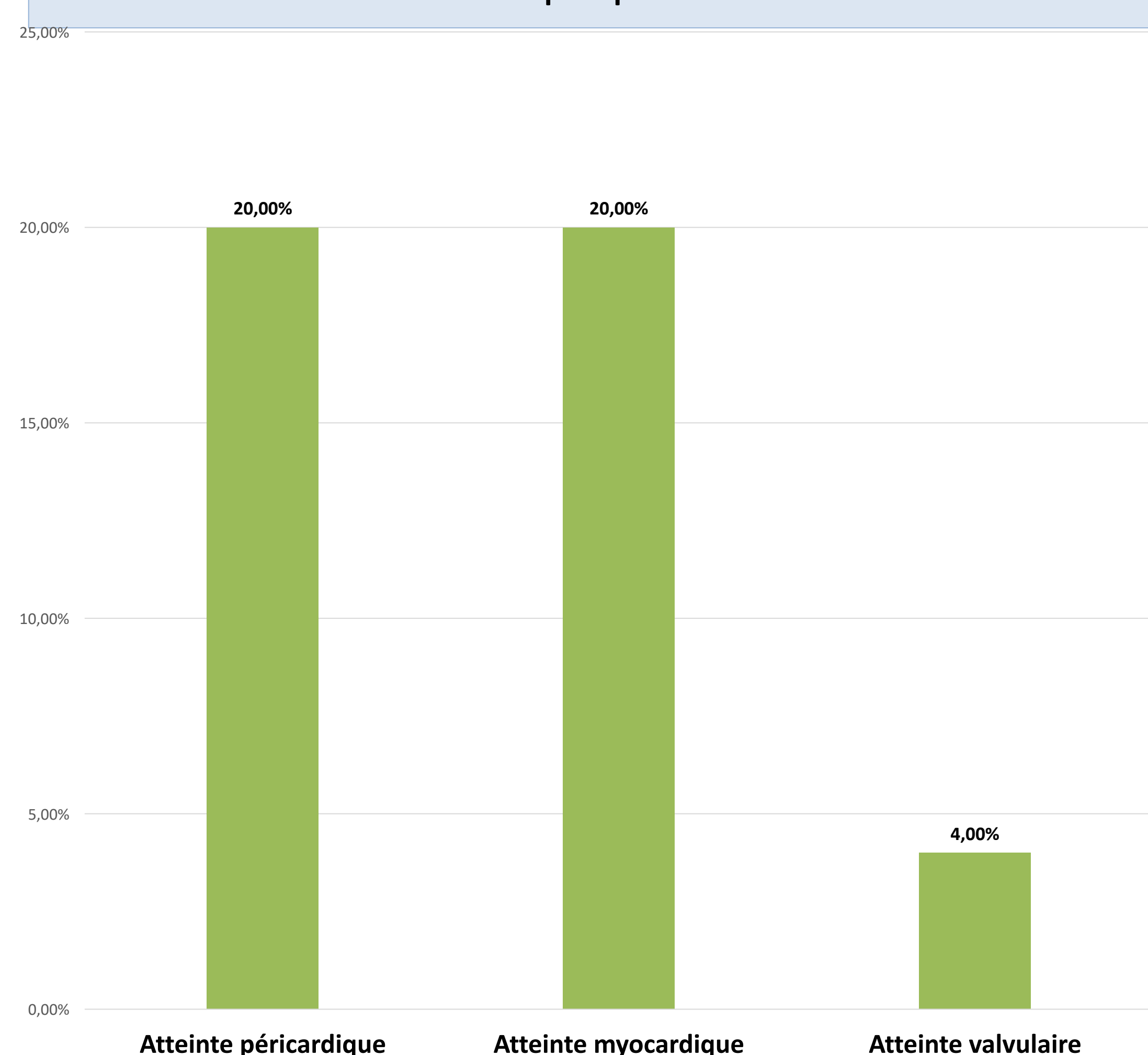


Figure 1: type et prévalence d'atteinte cardiaque dans notre étude.

Manifestations systémiques et immunologiques	p
Erythème en bandes des mains	<0.001
Papules de Gottron	<0.001
Rash héliotrope	<0.001
Atteinte pulmonaire	<0.001
Atteinte neurologique	<0.001
Atteinte ostéoarticulaire	<0.001
Atteinte digestive	0.006

Tableau 1: Manifestations significativement associées à l'atteinte cardiaque dans notre étude.

Discussion et conclusion:

Notre profil d'atteinte cardiaque au cours des MII est similaire à celui observé dans les autres séries de littératures [1]. Il y'a des différences entre études en fonction de la méthode utilisée, la sélection des patients et la définition retenue de l'atteinte cardiaque [2].

La recherche d'une atteinte cardiaque doit systématiquement être effectuée au diagnostic et aux périodes de poussée de ces maladies en raison de son caractère infra-clinique prédominant et sa gravité potentielle [3] [4].

Références:

- [1]. Turki C, Snoussi M, Frikha F, et al. Atteinte cardiaque au cours des dermatomyosites et polymyosites : à propos de 10 cas. Rev Médecine Interne. 2018;39:A229. doi:10.1016/j.revmed.2018.03.228
- [2]. Taylor AJ, Wortham DC, Burge JR, Rogan KM. The heart in polymyositis: a prospective evaluation of 26 patients. Clin Cardiol. 1993;16(11):802-808. doi:10.1002/clc.4960161110
- [3]. Gupta R, Wayangankar SA, Targoff IN, Hennebry TA. Clinical cardiac involvement in idiopathic inflammatory myopathies: a systematic review. Int J Cardiol. 2011;148(3):261-270. doi:10.1016/j.ijcard.2010.08.013
- [4]. Zhang L, Wang G, Ma L, Zu N. Cardiac involvement in adult polymyositis or dermatomyositis: a systematic review. Clin Cardiol. 2012;35(11):686-691. doi:10.1002/clc.22026