

Une cause rare d'insuffisance cardiaque au cours de la sclérodermie systémique

Mariam GHRIBI, AHU, Médecine interne, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

Sahar Mekki, AHU, Médecine interne, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

Mouna GUERMAZI, AHU, Médecine interne, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

Nesrine REGAIEG, AHU, Médecine interne, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

Abir DERBEL, AHU, Médecine interne, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

Mayeda Ben Hamad, AHU, Médecine interne, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

Faten FRIKHA, , Professeur, Médecine interne, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

Zouheir BAHLOUL, Professeur, Médecine interne, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

Mouna SNOUSSI, Professeur Agrégée, Médecine interne, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

Sameh MARZOUK, Professeur, Médecine interne, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction:

La péricardite chronique constrictive (PCC) est une maladie inflammatoire chronique du péricarde, caractérisée par la transformation du péricarde en une coque fibreuse, parfois calcifiée responsable d'une gêne au remplissage ventriculaire. Les principales étiologies sont l'infection, la radiothérapie thoracique et la chirurgie cardiaque. La survenue de la PCC au cours de la sclérodermie systémique (ScS) est exceptionnelle avec seulement 8 cas rapportés dans la littérature.

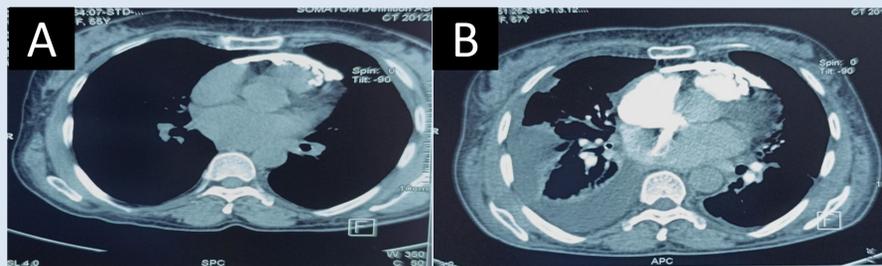
Nous rapportons un cas intéressant d'une patiente suivie pour une ScS compliquée d'une PCC.

Cas clinique:

Il s'agit d'une patiente âgée de 57 ans suivie pour une sclérodermie systémique depuis 2021. Le diagnostic a été retenu devant une sclérose cutanée du visage et des extrémités avec un score de Rodnon à 28, un phénomène de Raynaud avec à la capillaroscopie une microangiopathie organique et des anticorps anti-nucléaires fortement positifs à 1/1280 type anti-scl 70. La patiente n'avait pas une symptomatologie pulmonaire, l'auscultation était normale. La saturation était à 98% à l'air ambiant et le test de marche 6 minutes était normal.

L'échographie cardiaque a montré une fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) à 70%, sans valvulopathie et sans hypertension artérielle pulmonaire (HTAP).

En janvier 2023, la patiente était admise en urgence pour prise en charge d'une insuffisance cardiaque globale. Elle était en orthopnée, tachycarde à 100 battements par minute, la pression artérielle à 120/70 mmHG. L'auscultation pulmonaire a mis en évidence la présence de râles crépitants des 2 champs pulmonaires et une saturation artérielle en oxygène était à 93 % à l'air ambiant. Elle avait aussi un reflux hepato-jugulaire, une ascite de grande abondance et un œdème des 2 membres. Le pro-BNP était augmentée à 1740pg/ml et la troponine était à 32,5 ng/ml. Une ETT a montré une FEVG basse à 50%, une insuffisance tricuspide modérée, un ventricule droit dilaté et une HTAP à 50 mmHG. Un angioscanner thoracique a montré un aspect de surcharge pulmonaire et des calcifications péricardiques grossières. Par ailleurs, une embolie pulmonaire a été éliminée (photo A et B).



La patiente était mise sous diurétiques à forte dose et une oxygénothérapie. L'évolution était rapidement favorable avec disparition de la dyspnée, de l'ascite et de l'OMI. La radiographie thoracique de contrôle était normale et l'ETT a montré une amélioration de la FEVG à 60% et une diminution de l'HTAP à 32 mmhg.

Pour ces calcifications péricardiques, l'enquête infectieuse notamment la recherche de BK était négative. Elle n'avait pas d'antécédents de radiothérapie ni de chirurgie cardiaque.

En février 2023, elle était admise pour un deuxième épisode de décompensation cardiaque globale à prédominance droite. L'état général était altéré. Elle était pale avec une teinte grisâtre, une aggravation de la sclérose cutanée, un bruit de galop à l'auscultation cardiaque, des râles crépitants au 2 champs pulmonaires, une sato2 à 90 à l'AA. Une IRM cardiaque a été réalisée mais non interprétable devant l'instabilité rythmique. Elle était traitée par des diurétiques, des bêtabloquants et une anticoagulation orale. L'évolution était rapidement défavorable marquée par la survenue d'un arrêt cardio-respiratoire.

Conclusion:

Nous venons de rapporter un cas d'une PCC survenue au cours de la ScS et responsable d'une insuffisance cardiaque. Le diagnostic peut être difficile dans certains cas. Il est posé essentiellement par l'écho-Doppler cardiaque, le cathétérisme cardiaque et le scanner thoracique. Le traitement médical est symptomatique en attendant la chirurgie.