

Fistulisation d'un anévrisme de l'artère sous-clavière dans la bronche principale gauche dans le cadre d'une maladie de Behçet.

1er Auteur : Omayma, EZZAROUKI, médecin résident, Service de Médecine Interne CHU, Mohammed VI d'Oujda ; Laboratoire d'Immuno-Hématologie et Thérapie Cellulaire; Faculté de médecine et de pharmacie Oujda; Université Mohammed Premier d'Oujda , Maroc.

- Zahida, AQODQD, Professeur assistant, Service de médecine interne, CHU, Oujda, Maroc
- Samia, SABRI, Professeur assistant, Service de médecine interne, CHU, Oujda, Maroc
- Ikram, SADKI, Professeur assistant, Service de médecine interne, CHU, Oujda, Maroc
- Houda, BACHIR, PES, Service de médecine interne, CHU, Oujda, Maroc
- Habiba, ALAOUI BENNASSER, PES, Service de médecine interne, CHU, Oujda, Maroc
- Siham, HAMAZ, PES, Service de médecine interne, CHU, Oujda, Maroc
- Khalid, SERRAJ ANDALOUSSI, PES , Service de médecine interne, CHU, Oujda, Maroc

Introduction:

La maladie de Behçet est une vascularite systémique caractérisée par ses atteintes multiples cutanée, oculaire, articulaire, neurologique et vasculaire. L'atteinte vasculaire est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité de la maladie de Behçet, elle pourrait intéresser les vaisseaux de tout calibre ; Elle s'exprime essentiellement par des faux anévrismes touchant l'aorte et ses branches , des sténoses et des thromboses .

Nous rapportons le cas d'une patiente chez qui la maladie de Behçet a été révélée par une hémoptysie.

Observation:

Patiente âgée de 39 ans qui avait comme antécédents pathologique une fausse couche en 2018 , une méningite à liquide clair lymphocytaire aseptique traitée comme tuberculeuse en 2015 compliquée d'une paresthésie des deux membres inférieurs , et la notion des aphtes buccaux récurrents à raison de cinq fois par an. La patiente avait consulté aux urgences pour une hémoptysie de faible abondance , chez qui l'examen clinique avait révélé une aphtose buccale , une cicatrice génitale et un souffle surajouté sur le trajet de l'artère sous clavière gauche. La bronchoscopie initiale était normale , le scanner Cervico Thoraco Abdomino Pelvien avait objectivé deux faux anévrismes: le premier à la naissance de l'artère sous clavière gauche mesurant 47 mm et le second intéressant la naissance de l'artère iliaque commune gauche mesurant 32 mm .

Nous avons retenu le diagnostic de la maladie de Behçet à tropisme cutané et vasculaire devant l'aphtose bipolaire et les lésions vasculaires . Nous avons mis la patiente sous bolus de méthylprednisolone à raison de 15mg/kg/j pendant trois jours suivi d'un relais oral à 1 mg/kg/j .

Deux mois plus tard, l'aphte buccal avait disparu, cependant l'hémoptysie avait persisté. Nous avons réalisé une 2ème bronchoscopie qui avait objectivé une fistule entre la bronche principale gauche et l'anévrisme de l'artère sous-clavière .

Nous avons remis notre patiente sous forte dose de méthylprednisolone IV puis relai oral en association au cyclophosphamide à la dose de 0.7mg/m² en bolus en cures mensuelles, dont elle avait reçu une dose.

Compte tenu de la gravité des lésions vasculaires , nous avons indiqué le recours à la chirurgie de l'anévrisme, différée jusqu'à ce que les phénomènes inflammatoires soient contrôlés . Deux jours après la 1ère cure de cyclophosphamide, notre patiente avait présenté un état de choc hémorragique suite à la rupture de l'anévrisme de l'artère sous clavière dans la bronche principale gauche ce qui a causé son décès.

Discussion :

L'atteinte artérielle dans le contexte de la maladie de Behçet pourrait se manifester par des anévrismes, des occlusions ou des hémorragies. Il s'agit de l'une des atteintes pronostiques graves de cette maladie. Les patients présentant des symptômes tels que des douleurs thoraciques, abdominales ou des signes d'hémorragie interne nécessitent une évaluation rapide pour exclure la présence d'anévrismes. A ce titre, l'angio-scanner et l'angio-IRM représentent les examens clés au diagnostic .

La gestion des anévrismes chez les patients atteints de la maladie de Behçet pourrait être complexe et nécessite une approche multidisciplinaire. Les options thérapeutiques incluent la corticothérapie, les immunosuppresseurs ou encore la biothérapie afin de contrôler l'inflammation vasculaire et induire une rémission durable. Le traitement chirurgical ou par radiologie interventionnelle en cas de lésion menaçant le pronostic du patient, à l'exception des lésions menaçant le pronostic vital, le timing de l'intervention est conditionné par l'accalmie de l'inflammation de la paroi vasculaire.

conclusion :

Les anévrismes représentent une complication vasculaire grave de la maladie de Behçet, nécessitant une vigilance clinique et une gestion appropriée. Une compréhension approfondie de ces risques vasculaires est essentielle pour une prise en charge efficace des patients atteints de cette maladie.

Références :

- Tascilar K, Melikoglu M, Ugurlu S, Sut N, Caglar E, Yazici H. " Vascular involvement in Behçet's syndrome «
- Desbois AC, Wechsler B, Cluzel P, Helft G, Boutouyrie P, Huang DL, et al. "Imaging of vascular involvement in Behçet's disease "
- Kwon OC, Cho SB, Kim WU, Lee CK. "Management of large arterial involvement in Behçet's disease."
- Desbois AC, Wechsler B, Resche-Rigon M, Piette JC, Huang DL, Papo T, et al. "Long-term outcome of arterial lesions in Behçet disease: a series of 101 patients.

