

INFARCTUS MEDULLAIRE SECONDAIRE AU LUPUS ERYTHEMATEUX SYSTEMIQUE

Soukaina Mounsif, Résidente, service de Médecine Interne, C.H.U Ibn Rochd, Casablanca, Maroc
Khadija Echchilali ; Meriem Benzakour ; Mina Moudatir ; Hassan El Kabli, Professeurs, service de Médecine interne, C.H.U Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction:

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie auto-immune chronique aux multiples facettes. En effet, elle peut affecter de nombreux organes notamment le système nerveux. L'infarctus médullaire est une complication rare et dévastatrice, responsable de divers déficits neurologiques pouvant comporter une tétra- ou paraplégie sévère. Plusieurs rapports impliquent le syndrome des anti-phospholipides et la vascularite comme causes. Nous rapportons le cas clinique d'une patiente âgée de 50 ans, suivie pour lupus érythémateux systémique, admise au service de médecine interne du CHU IBN ROCHD de Casablanca pour complément de prise en charge, ayant présenté un infarctus médullaire spinal antérieur sans syndrome des anti-phospholipides.

Observation médicale :

Patiente âgée de 50 ans, ayant comme antécédents une thyroïdectomie en 2016 sous traitement substitutif, un lupus érythémateux systémique diagnostiqué en 2018, mal suivi, avec notion d'arrêt thérapeutique intempestif, des événements obstétricaux « fausse couche spontanée au 1er trimestre, mort post-natale de 2 jumeaux de sexe masculin », ayant présenté un tableau médullaire aigu survenu 2 mois avant son hospitalisation initiale, fait d'une rétention urinaire, puis de paresthésies douloureuses des membres inférieurs (sensation de coups de couteaux), ayant laissé place en quelques jours à une lourdeur totale des membres inférieurs, d'emblée bilatérale et symétrique avec déficit sensitif arrivant au niveau sternal, notion de fièvre non chiffrée et d'altération de l'état général, dont le diagnostic retenu était en faveur d'un infarctus médullaire spinal antérieur. A l'interrogatoire, la patiente rapportait des arthralgies inflammatoires intéressant les grosses, moyennes et petites articulations avec notion de dérouillage matinal, un érythème malaire, une photosensibilité, des ulcérations buccales et chez qui l'examen clinique a retrouvé une patiente confinée au lit (marche et station debout impossible), hypertonie spastique aux membres inférieurs en bilatéral, force musculaire « 0/5 à droite et 1/5 à gauche en rotation interne », ROT « vifs et diffus » aux membres inférieurs, Babinski bilatéral, sensibilité superficielle et profonde conservées, trouble sphinctérien à type d'incontinence urinaire et une escarre trochantérienne gauche « stade 4 ». Au bilan d'évolutivité : une anémie hypochrome microcytaire à 10.5 g/dl, le test de Coombs était négatif, une fonction rénale normale, une Protéinurie de 24h « négative », un syndrome inflammatoire fait d'une CRP à 109 mg/l. Au bilan immunologique : AAN + à 1280 moucheté et Ac-anti-Sm +. Par ailleurs, le bilan du syndrome des anti-phospholipides (anticoagulant lupique, les Ac-anticardiolipines IgM et IgG, les Ac-anti-beta2 glycoprotéines IgM et IgG) était négatif à deux reprises. A l'IRM médullaire : hyper signal de la moelle, étendu sur 3 vertèbres à partir de D4 « hypersignal punctiforme en regard de l'artère spinale, hypersignal nodulaire de la vertèbre », atrophie de la moelle.

Devant ce tableau le diagnostic de LES avec infarctus médullaire spinal antérieur a été retenu : L'infarctus médullaire spinal antérieur a été évoqué cliniquement devant l'installation aiguë et brutale du déficit neurologique et à l'IRM devant l'hypersignal punctiforme et l'atrophie de la moelle.

Le LES était retenu selon les critères SLICC 2012, devant : l'érythème malaire, les ulcérations buccales, les arthralgies inflammatoires et les AAN + avec Ac-anti-Sm +.

Sur le plan thérapeutique, la patiente a bénéficié : D'un bolus de Méthyl Prednisolone relayé par une corticothérapie par voie orale à raison de 20mg/j associé au traitement adjuvant ainsi que 6 bolus de cyclophosphamide, HBPM à dose curative, un antiagrégant plaquettaire et un traitement de fond « hydroxy chloroquine 400mg /j », ainsi que 10 séances de rééducation physique.

L'évolution fût marquée par la non amélioration sur le plan neurologique avec une négativation de la CRP.

Discussion /Conclusion :

Bien que les accidents vasculaires médullaires soient rares, le LES avec infarctus médullaire est une entité moins décrite que la myélite aiguë transverse. Cependant, une thérapie agressive à base de corticoïdes à forte dose et du cyclophosphamide par voie intraveineuse relayé par voie orale, n'est pas toujours prometteuse d'une amélioration du déficit neurologique quoique quelques données ont été rapportées dans la littérature suggérant que cette approche thérapeutique pourrait s'avérer efficace.