

Les facteurs cardiovasculaires au cours de la maladie de Behçet : à propos de 41 cas

Wiem, Ben Elhaj, Résidente en médecine interne, Service de médecine interne, Hôpital Razi, Manouba, Tunisie

Mariem, Jebri, Spécialiste en médecine interne, Service de médecine interne, Hôpital Razi, Manouba, Tunisie

Wiem, Helali, Résidente en médecine interne, Service de médecine interne, Hôpital Razi, Manouba, Tunisie

Azza, Redissi, Spécialiste en médecine interne, Service de médecine interne, Hôpital Razi, Manouba, Tunisie

Rania, Ghariani, Spécialiste en médecine interne, Service de médecine interne, Hôpital Razi, Manouba, Tunisie

Mariem, Essouri, Assistante hospitalo-universitaire, Service de médecine interne, Hôpital Razi, Manouba, Tunisie

Imene, Oueslati, Spécialiste en infectiologie, Service de médecine interne, Hôpital Razi, Manouba, Tunisie

Asma, Dorgham, Médecin nutritionniste, Service de médecine interne, Hôpital Razi, Manouba, Tunisie

Khaled, Touati, Médecin de santé publique, Service de médecine interne, Hôpital Razi, Manouba, Tunisie

Haykel, Abdelhedi, Assistant hospitalo-universitaire, Service de médecine interne, Hôpital Razi, Manouba, Tunisie

Neziha, Khammassi, professeur en médecine interne, Service de médecine interne, Hôpital Razi, Manouba, Tunisie

Introduction

- La Maladie de Behçet (MB) est une vascularite systémique, de large spectre clinique évoluant par poussées récidivantes.
- Elle présente une affection redoutable par ses complications pouvant mettre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel.
- L'objectif de cette étude est de déterminer la fréquence des facteurs de risque cardiovasculaire (FDRCV) puis d'évaluer l'impact de ce risque sur la présentation clinique de ces patients.

Patients et méthodes

- Etude rétrospective portant sur 41 malades ayant la MB hospitalisés dans notre service de médecine interne sur une période de 17 ans (2005–2022) et qui répondaient aux critères de la classification internationale de la MB.
- Les FDRCV recherchés sont : une hypertension artérielle, un diabète, un surpoids/une obésité, un tabagisme, une dyslipidémie et une prise prolongée de corticoïdes.

Résultats

- Il s'agissait de 30 hommes et 11 femmes soit un genre ratio (H/F) de 2,73.
- L'âge moyen était de 39,9 ans.
- Vingt patients avaient au moins un FDRCV, soit une fréquence de 48,8% des cas.
- Le nombre de FDRCV variait entre 1 et 5 facteurs simultanés chez un même patient.
- Les FDRCV sont résumés sur la figure 1 par ordre de fréquence décroissant.
- Nous avons procédé à une étude comparative du profil clinique de la MB entre un groupe des patients ayant des FDRCV (G1) versus un groupe des patients sans FDRCV (G2).
- Concernant les manifestations cutanées, il n'avait pas de différence significative sur la survenue d'une aphtose buccale ou génitale, d'un érythème noueux ou de pseudofolliculite entre les deux groupes.
- Par ailleurs, on notait 4 cas d'aphtose cutanée chez le groupe G1 versus un seul patient du groupe G2 ($p=0.136$).
- Il n'avait pas chez les patients ayant des FDRCV, d'augmentation de la fréquence des signes généraux ni des manifestations articulaires.
- Dans le groupe G1, 3 avaient présenté un événement thromboembolique (1 embolie pulmonaire, 1 thrombose veineuse superficielle du membre inférieur et une thrombose veineuse profonde du membre supérieur), versus 2 cas de thromboses de la veine cave inférieure et supérieure et une thrombophlébite cérébrale dans l'autre groupe.
- Aucun événement artériel n'était noté chez les patients ayant des FDRCV alors qu'on a noté la survenue d'un accident vasculaire cérébral ischémique et un infarctus du myocarde chez les patients non connus porteurs de FDRCV.
- Les manifestations oculaires étaient plus fréquentes ($p=0,023$) chez le groupe G1 (8 patients versus 2).
- On objectivait une uvéite postérieure ($n=4$), des occlusions veineuses ($n=4$), une vascularite rétinienne ($n=4$), une uvéite antérieure ($n=2$), une panuvéite ($n=1$) et un hypopion ($n=1$).
- Concernant les manifestations neurologiques, aucune différence n'avait été observée entre le groupe G1 ($n=11$) et le groupe G2 ($n=9$).
- Aucun des groupes n'avait présenté un entérobehçet.
- L'évolution était comparable dans les deux groupes avec la survenue d'une moyenne de 4 poussées.

- Prise de corticoïdes
- Obésité
- Hypertension artérielle
- Surpoids
- Tabagisme
- Diabète

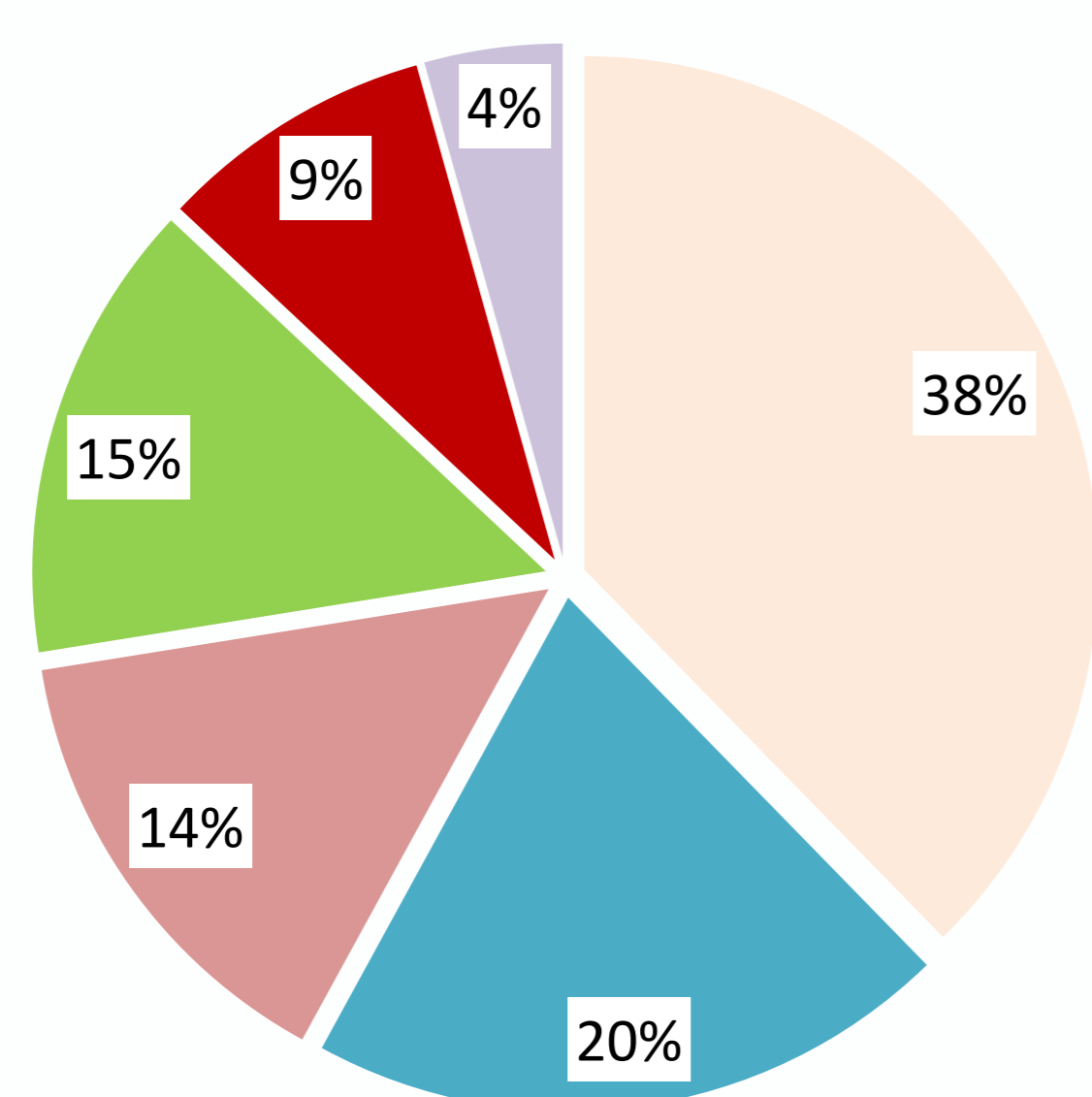


Figure 1: Répartition des FDRCV chez les patients ayant une MB

Conclusion

Les FDRCV doivent être recherchés systématiquement dès le diagnostic de la MB et au cours de l'évolution afin d'éviter des complications surajoutées.

Dans notre série, la présence de FDRCV était associée à une fréquence plus importante des manifestations oculaires et neurologiques sans qu'il y ait une augmentation de risque d'événement artériel ischémique.

Toutefois, une étude à large échelle est nécessaire pour mieux établir ces liens.