Situations fréquentes en médecine interne

CA 142

Attention aux thromboses sévères au cours des hyperéosinophilies !

Dora ZGHAL, Résidente, Médecine interne, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie[1]
- Mouna GUERMAZI, AHU, Médecine interne, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie[1]
- Sahar MEKKI, AHU, Médecine interne, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie[1]
- Asma ZRIBI, Résidente, Médecine interne, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie[1]
- Abir DERBEL, AHU, Médecine interne, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie[1]
- Zouheir BAHLOUL, Professeur, Médecine interne, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie[1]
- Wiem FEKI, Professeur agrégé, Imagerie médicale, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie[2]
- Zeineb Mnif, Professeur, Imagerie médicale, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie[2]
- Mouna SNOUSSI, Professeur agrégé, Médecine interne, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie[1]
- Sameh MARZOUK, Professeur, Médecine interne, C.H.U Hedi Chaker, Sfax, Tunisie[1]
-

Introduction:

- L'hyperéosinophilie (HE) est une entité hétérogène caractérisée par une **élévation prolongée du nombre d'éosinophiles,** responsable d'atteintes tissulaires variées dont les **complications cardiaques** qui constituent l'une des **formes les plus graves.**
- **Les thrombus intracardiaques (TIC) constituent une complication redoutable.**
- D'où l'interet d'un **diagnostic précoce** et **une prise en charge rapide** pour prévenir des **complications fatales.**
- **Nous rapportons deux cas d'HE compliquée de TIC.**

➢ Observation n°1:

- Homme âgé de 70 ans
- Antécédents de **cardiopathie ischémique stentée**
- Admis pour exploration d'une **ischémie digitale**
- Examen clinique :
  - Une gangrène sèche pulpaire du 4ème doigt
  - Patient apyrétique
  - Reste de l'examen sans particularités
- Le bilan biologique : **HE à 2300 el/mm3 et un déficit en vitamine B12**
- L'ECG : normal
- L'échocardiographie montrait un **anévrysme de l'apex qui est le siège d'un thrombus mesurant 24*15mm**
- **Le bilan étiologique de l'HE était négatif**
- Le TIC était rapporté à la **toxicité des éosinophiles** et à une **hyperhomocystéinémie secondaire à un déficit en vitamine B12**
- **Une supplémentation vitaminique** était débutée associée à un **traitement anticoagulant au long cours**
- **Evolution : régression de la taille du thrombus** mais **persistance de l'hyperéosinophilie**
- Le recul actuel est à 2 ans

➢ Observation n°2:

- Homme âgé de 50 ans
- Sans antécédents pathologiques particuliers
- Hospitalisé pour exploration d'une **insuffisance cardiaque globale hypertrophique**
- Examen clinique :
  - Apyrétique
  - Etat général conservé
  - Reste de l'examen sans particularités
- Le bilan biologique : **une HE massive à 4000 el/mm3**
- ECG : normal
- L'échocardiographie cardiaque : une bonne fonction ventriculaire gauche, et un **aspect de fibrose endomyocardique**
- **L'IRM cardiaque** retrouvait une endocardite pariétale fibroblastique avec un **thrombus laminaire apico latéral du ventricule gauche**
- L'enquête étiologique : négative
- **Le TIC était rapporté à l'hyperéosinophilie**
- Le patient a reçu une **corticothérapie** associée au **traitement anticoagulant**
- **Evolution : régression partielle de la taille du thrombus** à 1 an de traitement

➢ Discussion :

- L'hyperéosinophilie expose à **un risque thrombotique élevé**, notamment **intracardiaque**, en raison de **la toxicité des éosinophiles sur l'endocarde.**
- La libération de protéines granulaires toxiques provoque une **destruction cellulaire** et une **inflammation locale** qui **endommagent l'endocarde**, établissant un **microenvironnement inflammatoire pro thrombotiques**.
- Ces observations illustrent l'importance d'un **dépistage précoce**, notamment par **imagerie cardiaque**, afin d'initier une **anticoagulation efficace** pour **prévenir les embolies systémiques et améliorer le pronostic.**
- Un **diagnostic précoce** est essentiel pour limiter le **risque de complications majeures** et **améliorer le pronostic des patients.**