

SESSION

Des oedèmes fascinants

Alexandre PFEFFER
D.E.S cardiovasculaire
AP-HP

2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Orateur : Alexandre PFEFFER, Paris

☒ Je n'ai pas de lien d'intérêt potentiel à déclarer

Alexandre PFEFFER
D.E.S cardiovasculaire
AP-HP

Madame S, 56 ans

Antécédents: HTA depuis 2019, conisation sur HPV, syndrome dépressif

Fdr CV : Tabac sevré > 90 PA

Traitement habituel : FLUOXETINE, TOPALGIC, IEC suspendu (toux)

Adressée pour coronarographie programmée +/- IRM cardiaque

Histoire de la maladie:

- **2019** : début des symptômes avec douleurs thoraciques angineuses de repos et dyspnée d'effort
- **Eté 2020** : Bilan cardiovasculaire avec ETT dans les limites de la normale
- **Mars 2021** : Apparition d'oedèmes des 4 membres avec prise de 10 kg

(**Avril 2021** : vaccination MODERNA)

Histoire de la maladie:

Hospitalisation en médecine interne

Bilan étiologique écartant une étiologie rénale et hépatique.

Orientation vers une entéropathie exsudative devant une hypoalbuminémie isolée avec diarrhée chronique (FOGD + colo février 2021 normales)

TAP scanner et TEP scanner sans lésion suspecte

Eosinophilie 0.5-1 G/L

Au plan cardiologique:

Hypothèse d'insuffisance cardiaque devant symptômes angineux, dyspnée, oedèmes

NT pro BNP à 1400 -> 500 après LASILIX.

ETT:

FEVG conservée. Anomalie de la cinétique segmentaire avec hypokinésie apicale et inférieure. Comblement de la pointe échogène pouvant correspondre à une épaisse bandelette mais thrombus à éliminer.

-> Adressée dans notre service pour coronarographie diagnostique et IRM cardiaque

Clinique:

Auscultation cardiaque régulière sans souffle perçu.
Pas de signe d'insuffisance cardiaque gauche ni droite.
Oedèmes des membres inférieurs mais:

- Associés à des oedèmes des avant bras
- Très indurés, avec discret aspect de peau d'orange
- Myalgies ++
- Arthralgies d'horaire inflammatoire

ECG :

Ondes T négatives en V3-V6 et inférieur

Biologie :

Hb 10.4 g/dl VGM 86 fl

Leucocytes: 8.42 G/l CRP 11 mg/l

- PNN 6 G/L
- Lymphocytes 0.93 G/L
- Eosinophiles 1.15 G/L

Fonction rénale normale

Bilan hépatique normal

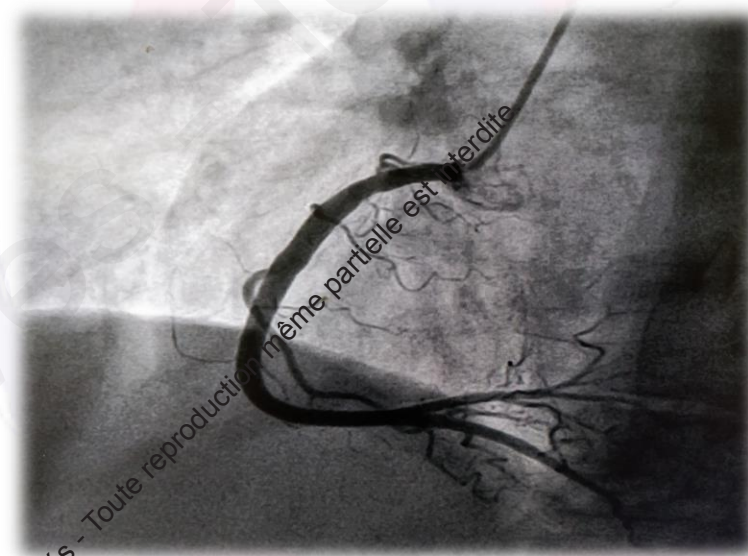
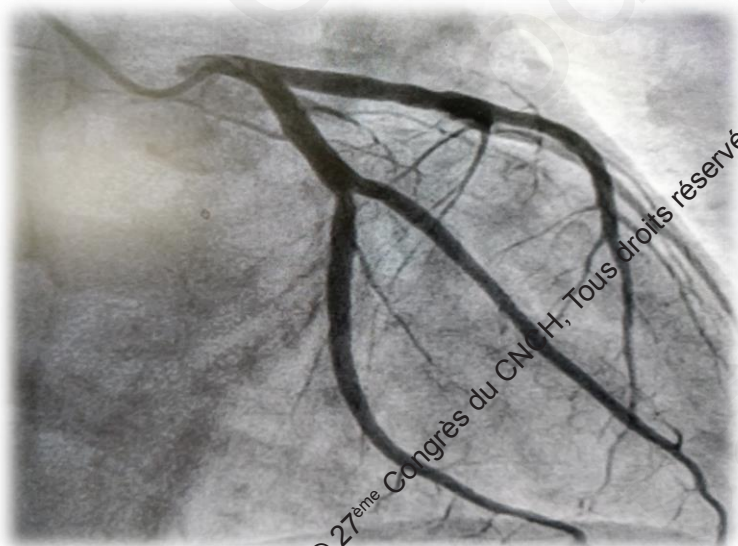
Albumine 28 g/l

Alexandre PFEFFER

D.E.S cardiovasculaire
AP-HP

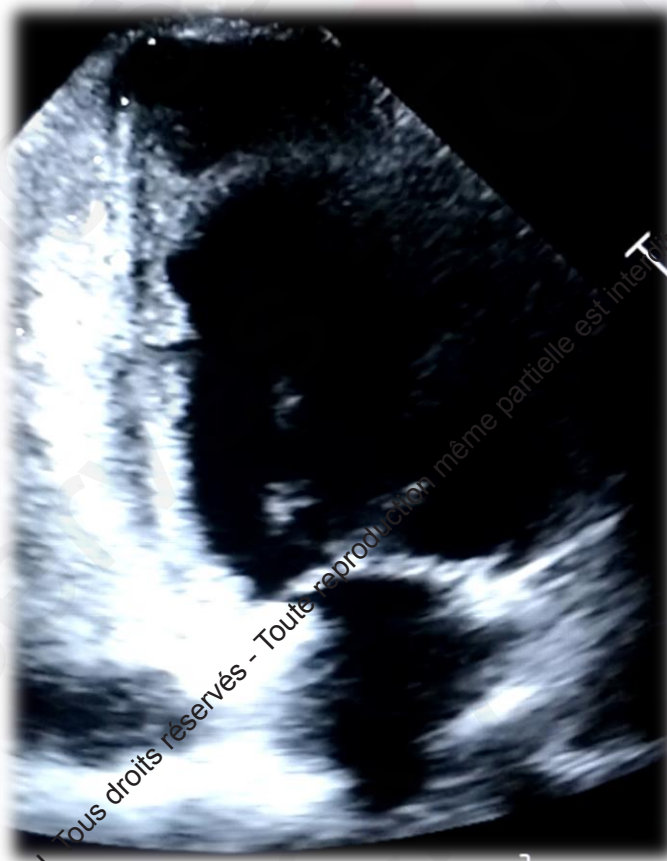
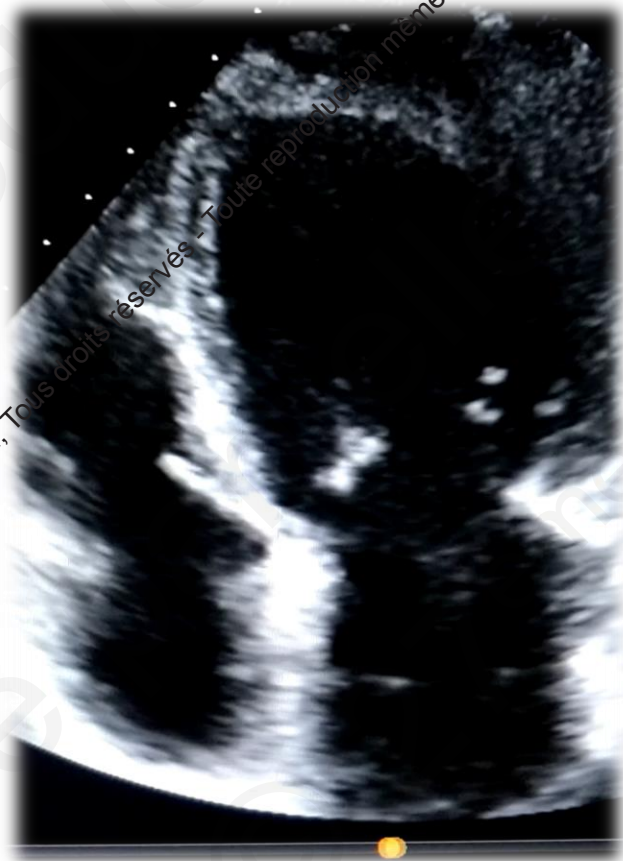
Coronarographie:

Des oedèmes fascinants



Alexandre PFEFFER
D.E.S cardiovasculaire
AP-HP

ETT:



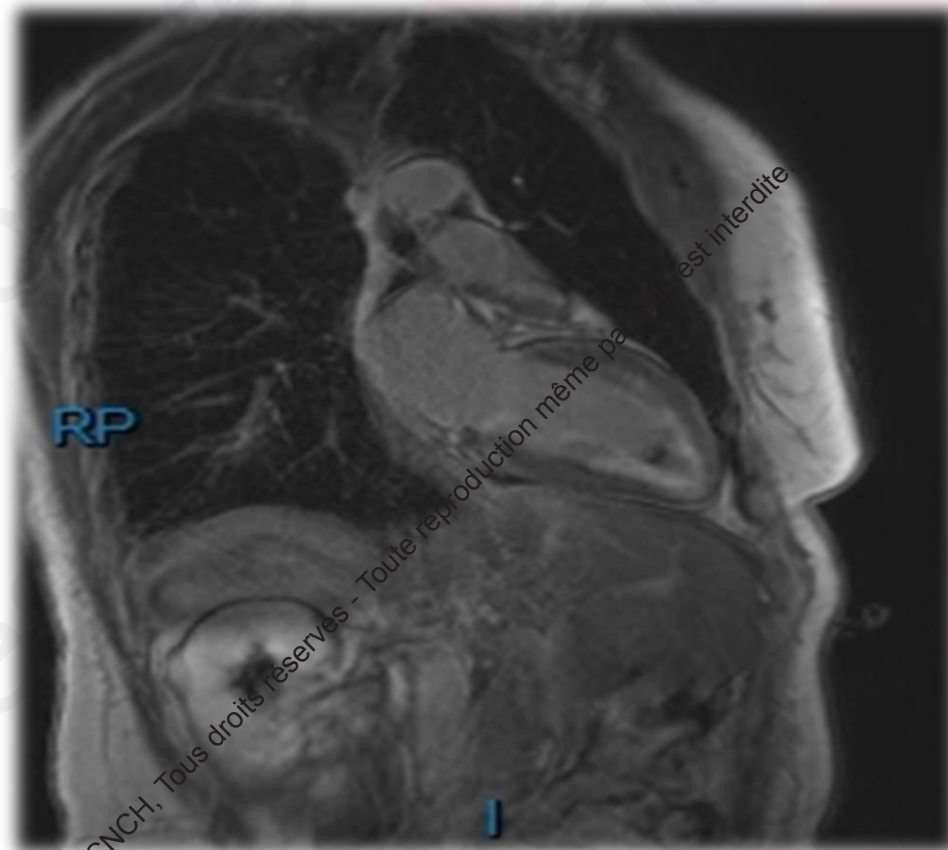
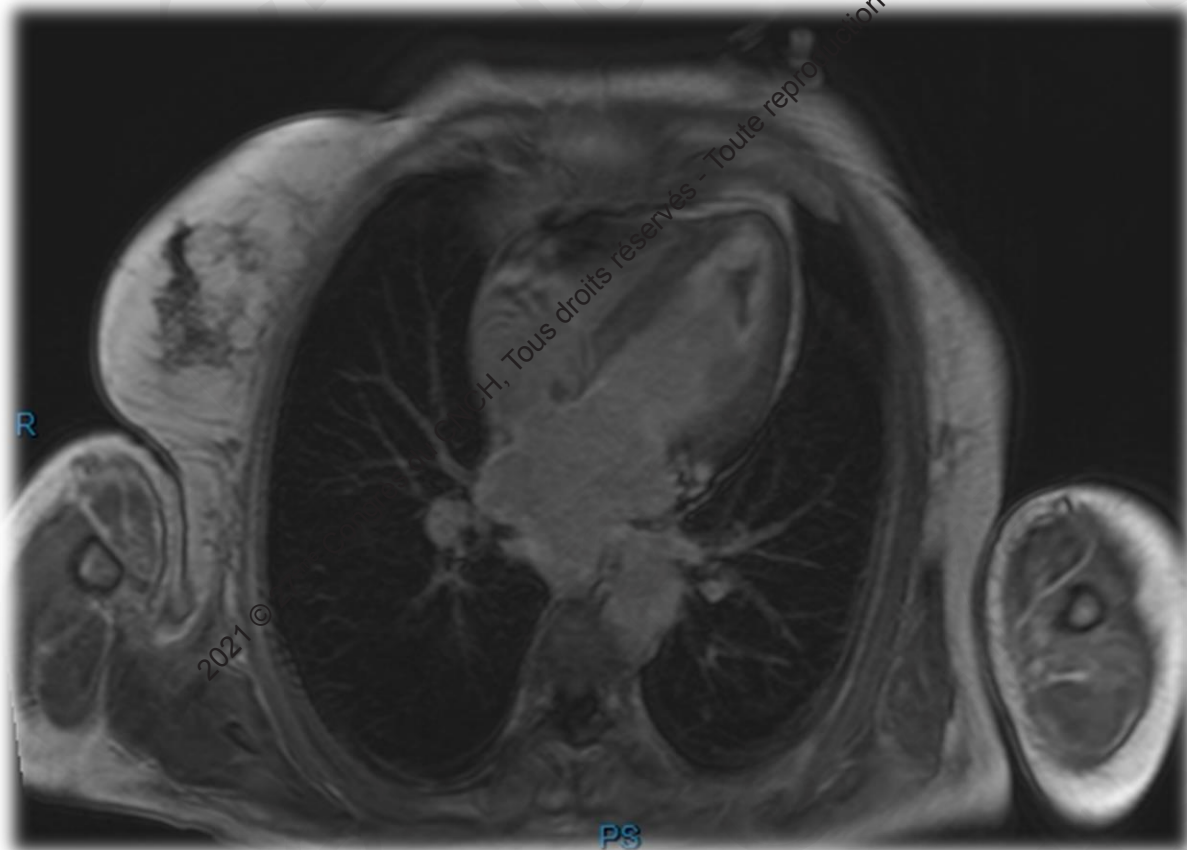
Alexandre PFEFFER
D.E.S cardiovasculaire
AP-HP

ETT:



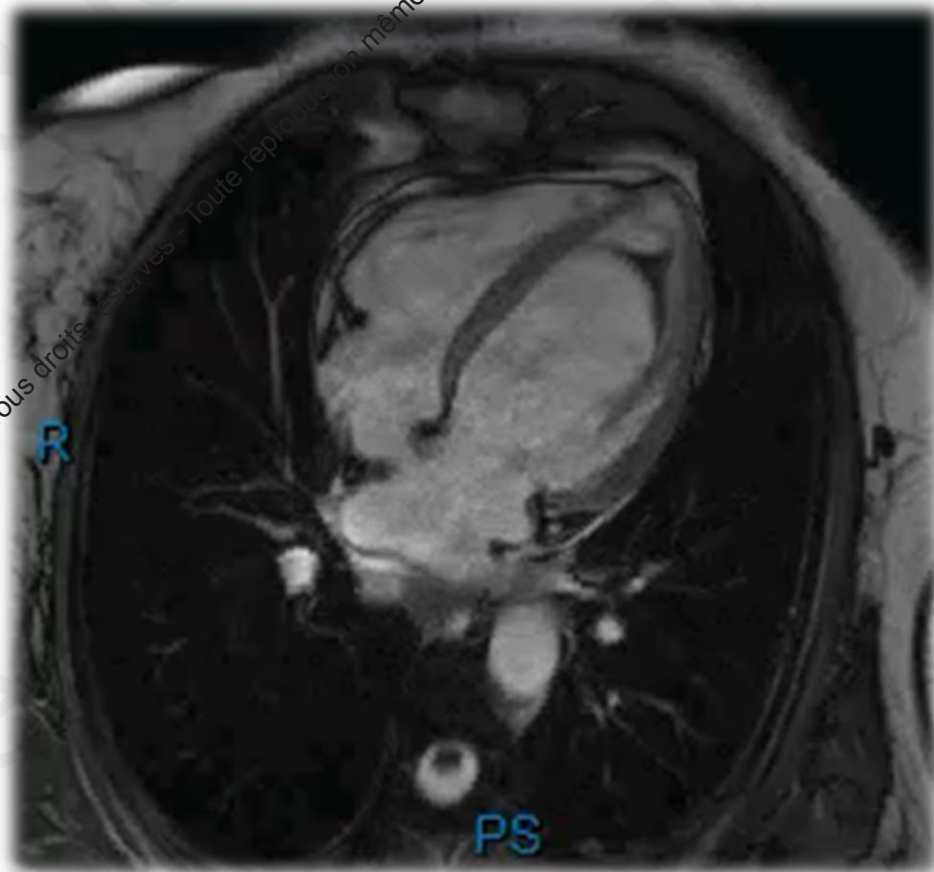
Alexandre PFEFFER
D.E.S cardiovasculaire
AP-HP

IRM cardiaque



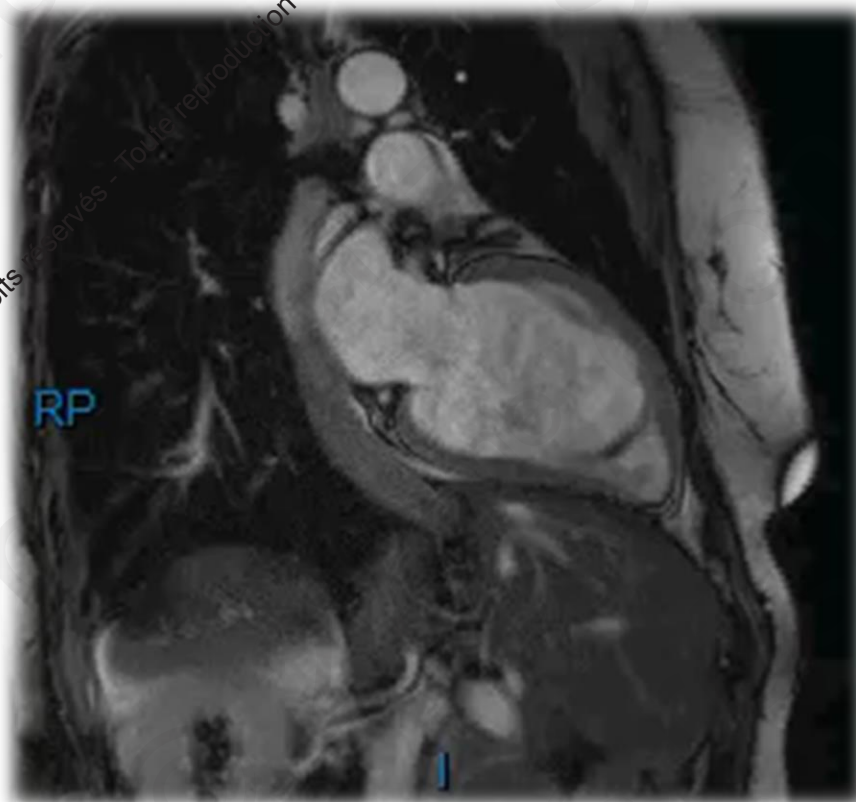
Alexandre PFEFFER
D.E.S cardiovasculaire
AP-HP

IRM cardiaque



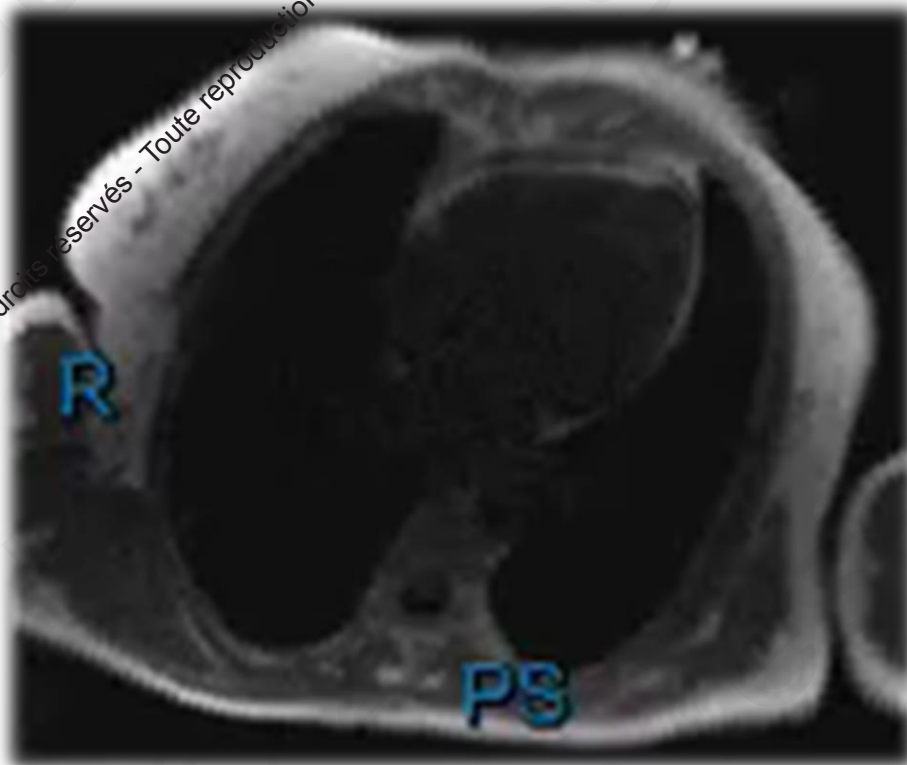
Alexandre PFEFFER
D.E.S cardiovasculaire
AP-HP

IRM cardiaque



Alexandre PFEFFER
D.E.S cardiovasculaire
AP-HP

IRM cardiaque



Alexandre PFEFFER
D.E.S cardiovasculaire
AP-HP

2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

IRM cardiaque

VG modérément dilaté (VTD 180 mL soit 102 mL/m²)

Trouble de cinétique apicale débordant en inféro-apical et latéro-apical

FEVG préservée

Cartographie T1 pré-injection montrant une fibrose interstitielle assez nette des parois antérieure, septale et inférieure.

Partie apicale VG comblée par une prise de contraste intra cavitaire relativement épaisse, au contact des segments apicaux, avec à la jonction tiers médian-tiers apical un probable volumineux thrombus de forme et mobilité très atypiques, longiligne et mobile moulant la prise de contraste. (> 3cm de longueur dans les différents plans)

Absence de rehaussement myocardique pathologique par ailleurs sur les séquences tardives.

-> Aspect de fibrose endomyocardique

Prise en charge :

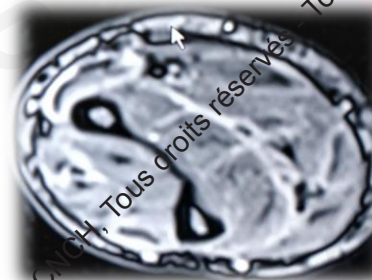
Transfert en médecine interne

Bilan diagnostics différentiels:

- Pas d'argument pour une connectivite (FAN positifs 1/640 nucléolaires aspécifiques)
- Pas d'argument pour une néoplasie
- Sérologies virales et parasitaires normales

IRM membre supérieur : hypersignal T2 et diffusion diffus intéressant les différentes aponévroses des plans musculaires en particulier antérieurs de l'avant bras. Rehaussement après injection

Aspect compatible avec une fasciite de l'avant bras.



Prise en charge :

Pas de biopsie fascia musculaire retenue devant la concordance clinico-bio-iconographique

Diagnostic de fasciite à éosinophiles avec fibrose endomyocardique

Traitement :

Corticothérapie

Bolus 250 mg méthylprednisolone pendant 3 jours (atteinte endomyocardique)

Relais per os Cortancyl 60 mg

Amélioration dans la semaine avec à J8:

- Disparition des myalgies et polyarthralgies, régression significative de l'infiltration des membres
- Normalisation des éosinophiles et de la CRP

Prise en charge :

Diagnostic de fasciite à éosinophiles avec fibrose endomyocardique

Traitement :

Anticoagulation curative pour thrombus par AVK

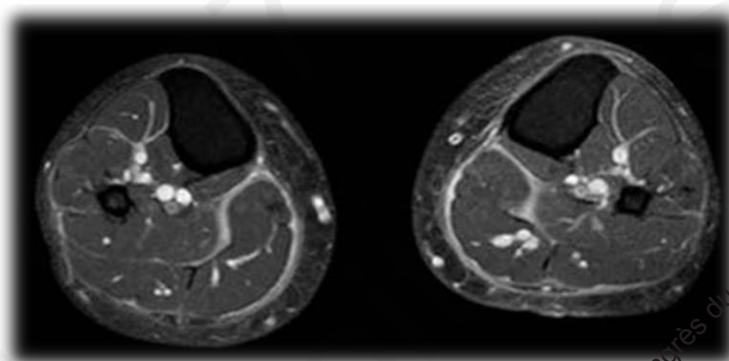
ARA II à activité antifibrosante, chez une patiente par ailleurs hypertendue (avec toux sous IEC)

Fasciite à éosinophiles (Shulman)

- Rare, sporadique
- Pics incidence : 20-30 ans ou 45-60 ans
- **Physiopathologie** : Infiltrat lympho-plasmocytaire +/- éosinophiles (alors que présents dans le sang) des fascia
- **Clinique** :
 - Phase inaugurale : oedèmes des membres sensibles, douloureux, symétriques, arthralgies
 - Phase d'état : progressive, disparition oedème, induration cutanée
- **≠ Sclérodermie**
 - Epargne le visage et les extrémités
 - Aspect « en peau d'orange », Signe du Canyon +/- zones de morphées
 - Pas de Raynaud, capillaroscopie sous unguéale normale
 - Pas d'atteintes systémiques typiques
- **Biologie** : Eosinophilie, parfois importante, diminue progressivement/disparaît lorsqu'apparaît l'induration sous cutanée, pas de marqueur auto immun
- **IRM** : diagnostic de fasciite, oriente la biopsie
- **Diagnostic de certitude** : Biopsie (de la peau au muscle)
- **Bilan étiologique** (hémopathies ++, infectieux, toxiques...)
- **Traitement** : Corticoides +/- Immunosuppresseurs

Fasciite à éosinophiles (Shulman)

Des oedèmes fascinants



Alexandre PFEFFER
D.E.S cardiovasculaire
AP-HP

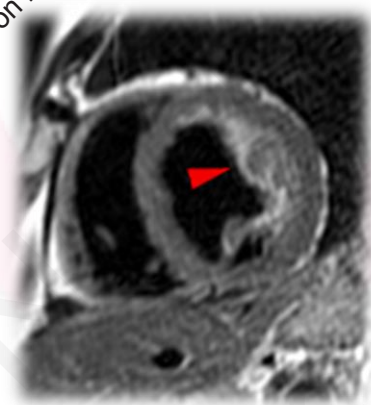
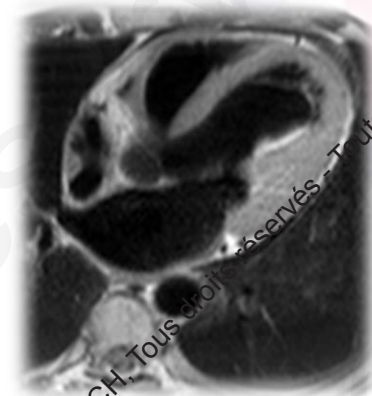
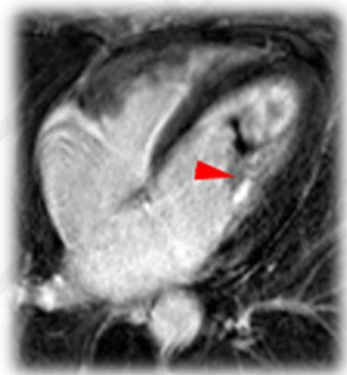
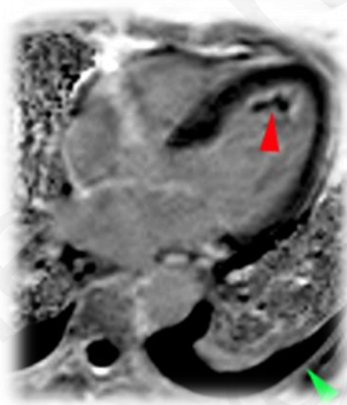
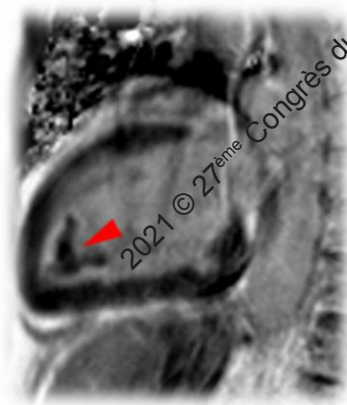
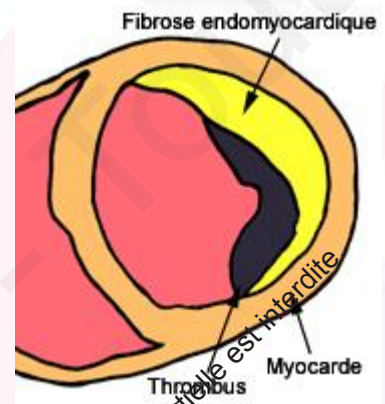
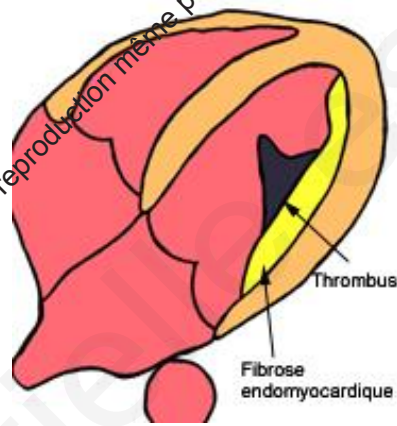
Sources :

- <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2012/revue-medicale-suisse-337/fasciite-a-eosinophiles-ou-syndrome-de-shulman>
- Sène D. Fasciite à éosinophiles (maladie de Shulman): mise au point diagnostique et thérapeutique [Eosinophilic fasciitis (Shulman's disease): Diagnostic and therapeutic review]. Rev Med Interne. 2015 Nov;36(11):738-45. French. doi: 10.1016/j.revmed.2015.08.002. Epub 2015 Sep 16. PMID: 26385125

Fibrose endomyocardique (ou endocardite de Loeffler)

Des oedèmes fascinants

- Rare, diagnostic difficile
- Etiologie mal connue (autoimmune, génétique, parasitaire, toxique..)
- Régions tropicales ++, mais peut se voir en régions tempérées
- Responsable de cardiopathie restrictive
- Hyperéosinophilie fréquente, facteur de mortalité chez les patients avec syndrome hyperéosinophilique. Possible toxicité directe des éosinophiles entraînant fibrose et thrombus
- **Clinique** : AEG, fatigue, dyspnée, œdèmes, thrombo-embolies
- **ETT** : normale, ou cardiopathie restrictive, thrombus (apical ++), épaissement endocardique, masse pseudo-tumorale
- **IRM** : spécifique, réhaussement endocardique touchant l'apex du/des ventricule(s), non systématisé, cinétique le plus souvent normale dans la zone atteinte, thrombus
Aspect typique en trois couches : Myocarde sain – Fibrose – Thrombus
- **Diagnostics différentiels** : coronaropathie (réhaussement systématisé, amincissement myocardique, dyskinésie segmentaire, lésions coro), myocardite (hypersignal sous épicardique, paroi latérale), CMH
- **Diagnostic de certitude** : biopsie endomyocardique



Alexandre PFEFFER
 D.E.S cardiovasculaire
 AP-HP

source : irmcardiaque.com

SESSION

Des oedèmes fasciinants

Fasciite à éosinophiles avec fibrose endomyocardique

Alexandre PFEFFER
D.E.S cardiovasculaire
AP-HP

Suivez le CNCH sur le Social Média !

#CNCHcongres



@CNCHcollege



@CNCHcollege