



Infarctus du myocarde inaugural d’un syndrome des antiphospholipides primaire: 3 observations

- **Faten FRIKHA**, professeure Service de Médecine interne Sfax TUNISIE,
- Leila ABID, professeure Service de Cardiologie Sfax, TUNISIE
- Abir Derbel, AHU **Service de Médecine interne Sfax TUNISIE**,
- **Mouna Snoussi**, Professeure Service de Médecine interne Sfax TUNISIE,
- Sameh MARZOUK, Professeure Service de Médecine interne Sfax TUNISIE,
- Zouhir BAHLOUL, professeur **Service de Médecine interne Sfax TUNISIE**,

INTRODUCTION

L’atteinte cardiaque au cours du syndrome des antiphospholipides (SAPL) est rare mais grave. Elle peut toucher toutes les tuniques du coeur. L’atteinte coronaire se traduisant par une ischémie myocardique est la deuxième atteinte en fréquence parmi les atteintes cardiaques du SAPL. Les complications coronaires sont graves et représente une cause fréquente de mortalité. Nous rapportons 3 observations de patients ayant présenté un infarctus de myocarde (IDM) inaugural d’un SAPL primaire.

OBSERVATIONS

Observation1: Une femme âgée de 30 ans, ayant des antécédents de fausses couches spontanées à répétitions, était admise en cardiologie pour une douleur thoracique rétrosternale. À l’examen clinique, la patiente était tachycarde à 120 battements/minute. Sa PA était de 80/40 mmHg. L’ECG objectivait un sus décalage du segment ST dans toutes les dérivations. Le diagnostic d’un IDM antérieur compliqué d’un choc cardiogénique a été retenu. L’échocardiographie bidimensionnelle a révélé une FEVG très diminuée (30 %) ainsi qu’une akinésie des parois antérieure, latérale inférieure et du SIV inférieur. Une coronarographie en urgence a été réalisée: une thrombose associée à une sténose de l’artère IVA au niveau de son segment proximal (Figure 1) . Une angioplastie coronaire transluminale percutanée avec pose directe de stent a été réalisée, permettant une reperméabilisation. Une anticoagulation par héparine intraveineuse a été instaurée en association au clopidogrel, l’aspirine et la pravastatine. L’insuffisance cardiaque congestive a été contrôlée par des diurétiques, des dérivés nitrés et de faibles doses de dobutamine. La patiente ne présentait aucun facteur de risque d’athérosclérose (diabète, dyslipidémie, HTA ou tabagisme). Les taux de protéines S, C et d’antithrombine étaient normaux. L’anticoagulant lupique était négatif. Les anticorps anti-β2-glycoprotéine I et les ACL revenaient positifs avec des taux de 23,41 MPL et 26,74 U/ml respectivement. Les AAN et les anticorps anti-ADN étaient négatifs. Les APL contrôlés à 12 semaines sont restés positifs permettant de confirmer le diagnostic d’un SAPL primaire. Un traitement anticoagulant par AVK a été maintenu avec une évolution favorable à 24 mois.

Observation 2: Un homme âgé de 30 ans a été admis l’ unité de soins intensifs en cardiologie pour une ischémie aiguë bilatérale des membres inférieurs. A ’examen clinique, les pouls périphériques des membres inférieurs étaient absents. L’ECG révélait un aspect QS dans les dérivations V1, V2, V3 et V4. L’échocardiographie mettait en évidence un volumineux thrombus apical mesurant 38 × 18 mm, associé à un amincissement de la paroi du ventricule gauche, suggérant un infarctus du myocarde indolore (Figure 2) . La FEVG était très diminuée (19 %). Le patient a été transféré au service de chirurgie cardiovasculaire, où une embolectomie bilatérale à la sonde de Fogarty a été réalisée. Une anticoagulation par héparine intraveineuse a été instaurée, associée à l’aspirine et au clopidogrel . Les examens hématologiques ont montré des taux normaux de protéines C, S et d’antithrombine . En revanche, l’ACC revient positif ainsi qu’un test VDRL faussement positif. Les anticorps anticardiolipines se sont révélés positifs pour l’isotype IgM à faible titre (19,25 MPL). Les AAN, anti- ADN étaient négatifs. L’ensemble de ces éléments était compatible avec un SAPL primaire. Le patient est décédé 15 jours après son admission, par défaillance multiviscérale.

Observation 3: Un homme âgé de 34 ans, sans antécédents, consultait pour une douleur thoracique. L’ECG montrait un sus décalage du segment ST aux territoires antérieur et inférieur. L’évolution était marquée par la survenue d’un arrêt cardiorespiratoire suite une fibrillation ventriculaire. Une réanimation cardiopulmonaire, une défibrillation immédiate et une intubation étaient pratiquées avec succès. La coronarographie réalisée montrait la présence de plusieurs images de thrombose le long de l’IVA. Le bilan immunologique révélait un taux d’ACC positif et persistant à un intervalle de 12 semaines. Les AAN, les anticorps anti-B2GP1 et les anticorps étaient négatifs. Ainsi, le diagnostic d’un SAPL primaire était retenu. Un traitement anticoagulant au long cours était associé. L’évolution était favorable.



Figure 1 : une thrombose associée à une sténose de l’artère IVA au niveau de son segment proximal

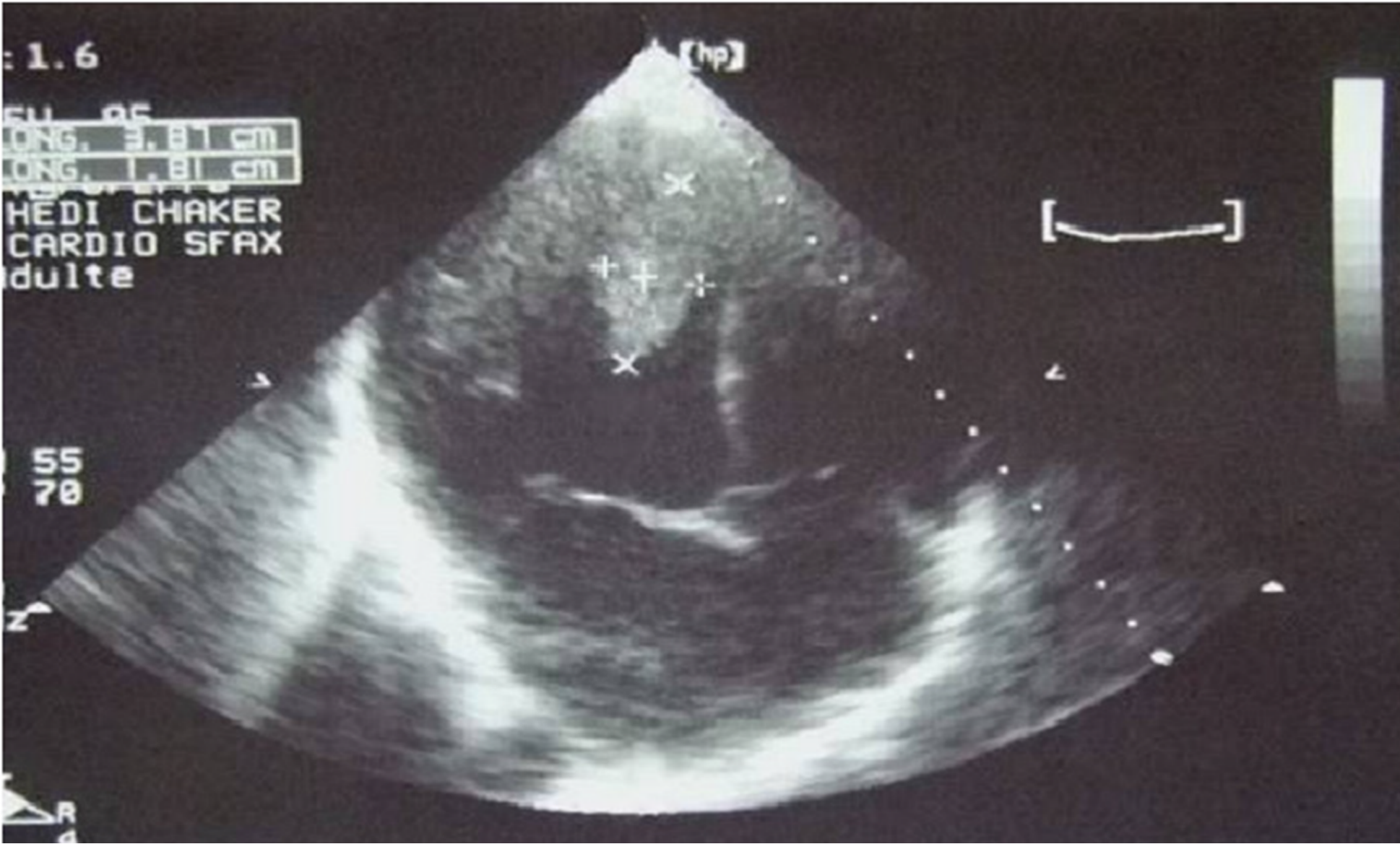


Figure 2: ETT: un volumineux thrombus apical mesurant 38 × 18 mm, associé à un amincissement de la paroi du ventricule gauche, suggérant un infarctus du myocarde indolore.

COMMENTAIRES

Une récente re vue de la littérature a inclus 108 cas d’IDM compliquant un SAPL dont 47 cas de SAPL primaire et 60 cas de SAPL secondaire à un LES. L’âge moyen au moment du diagnostic était de 36,37 ± 13,95 ans. Parmi les sujets, 36 n'avaient aucun antécédent d'événements thromboemboliques , 34 présentaient une thrombose veineuse profonde et 10 avaient présenté des événements thromboemboliques d'origine cardiaque. La présentation la plus fréquente de l'IDM chez les sujets atteints de SAPL était un infarctus avec sus-décalage du segment ST chez 90 sujets (83 % des cas). Le temps de céphaline activée médian était de 54 s (écart interquartile : 42–84 s). Une thrombocytopénie a été observée dans 23 cas, tandis que 11 cas présentaient une thrombocytose. Les résultats positifs pour les anticorps antiphospholipides comprenaient l'anticorps anticardiolipine dans 75 cas, l'anticoagulant circulant de type lupique dans 60 cas et l'anti-β2 glycoprotéine I dans 25 cas. Le pronostic global était favorable, avec un taux de survie de 93,5 % (101 personnes ont survécu), 7 décès et 15 épisodes de récidence d'IDM (13,8 % des cas) (1)

CONCLUSION

L’atteinte cardiaque en particulier coronaire coronaire fait toute la gravité du SAPL. Cette atteinte peut révéler un SAPL surtout chez le sujet jeune. L’anticoagulation demeure la pierre angulaire du traitement.

Référence (1) Dehkordi et al. Acute myocardial infarction and antiphospholipid syndrome: an updated systematic review and meta-analysis
Annals of Medicine & Surgery 2025

