

Info ou intox

1^{er} Auteur : Marvin, PIOT, Interne, Médecine d'urgence, CHU, Poitiers, FRANCE

Autres auteurs, équipe :

- Florent, BROCA, Chef de clinique Assistant, Médecine interne, CHU, Poitiers, FRANCE
- Mylène, DUFRENOY, Chef de clinique Assistant, Médecine interne, CHU, Poitiers, FRANCE
- Elise, PUEL, Interne, Pneumologie, CHU, Poitiers, FRANCE
- Pascal, ROBLOT, PU-PH, Médecine interne, Poitiers, FRANCE
- Mickaël, MARTIN, MCU-PH, Médecine interne, Poitiers, FRANCE

Introduction :

La périartérite noueuse (PAN), vascularite des moyens vaisseaux entraîne des micro-anévrysmes des artères rénales, mésentériques ou encore hépatiques. Une neuropathie sensitive ou motrice périphérique est aussi décrite dans 59-79 % des cas (1,2). Nous rapportons ici une PAN découverte dans un contexte d'intoxication aux champignons.

Observation :

Patient de 75 ans, aux antécédents de bioprothèse pour rétrécissement aortique serré, capsulite rétractile, bronchopneumopathie chronique obstructive post-tabagique (80 PA). Autonome à domicile, retraité, ancien chef d'entreprise.

Après ingestion de champignons de type Inocybes/Hébélomes, il présentait un syndrome muscarinique avec hypotension et bradycardie sévère, nécessitant un support par noradrénaline et atropine.

Quelques heures après surviendraient brutalement des rectorragies. Le scanner montrait une **pancréatite aiguë nécrosante** et de faux anévrysmes de 5 mm de l'artère gastrique gauche et de la branche de l'artère mésentérique supérieure.

Lors de l'artériographie pour embolisation des faux anévrysmes, il était constaté **de multiples micro-anévrysmes diffus des vaisseaux digestifs**, évocateurs d'une vascularite.

Quatre jours après, apparaissait une **sciatalgie droite tronquée**. L'électromyogramme objectivait un **ralentissement des vitesses de conductions sensitives** de façon symétrique ainsi que **des ralentissements des conductions proximales aux membres inférieurs et une atteinte motrice des deux nerfs radiaux**.

L'interrogatoire retrouvait une asthénie et perte de poids > 10 kg précédant l'intoxication. La CRP était à 190 mg/L en début d'hospitalisation. Le **bilan infectieux** (sérologies VIH, VHB, VHC, EBV, CMV, syphilis, Bartonella, fièvre Q et hémocultures) **revenait négatif, de même que le bilan immunologique** (ANCA, FAN, cryoglobuline, CH50, C3, C4). Il existait une **hypogammaglobulinémie** avec IgG à 4,37 g/L et IgM indosables (hyper-IgA polyclonale à 3,17 g/L). L'immunofixation était négative. Une recherche de déficit en ADA2 revenait négative. Le myélogramme était normal, notamment sans excès de blastes, de signes de dysmyélopoïèse ou de vacuoles dans les précurseurs myéloïdes en faveur d'un VEXAS. La TEP-TDM revenait normale sans argument pour une néoplasie ou une vascularite active. Le diagnostic de PAN était évoqué sur l'existence d'une **vascularite digestive** avec présence de **multiples micro-anévrysmes et pancréatite nécrosante présumée vasculaire**, de **l'amaigrissement**, du **syndrome inflammatoire**, d'une **mononeuropathie multiple d'apparition concomitante** et **l'absence d'argument pour un diagnostic différentiel**. Le patient recevait 3 bolus quotidiens de METHYLPREDNISOLONE 500mg, relayés par de la PREDNISONE (1 mg/kg/j), associée à du CYCLOPHOSPHAMIDE devant l'atteinte digestive grave (FFS 1996). L'évolution était rapidement favorable avec régression des douleurs abdominales, des douleurs neuropathiques et du syndrome inflammatoire.

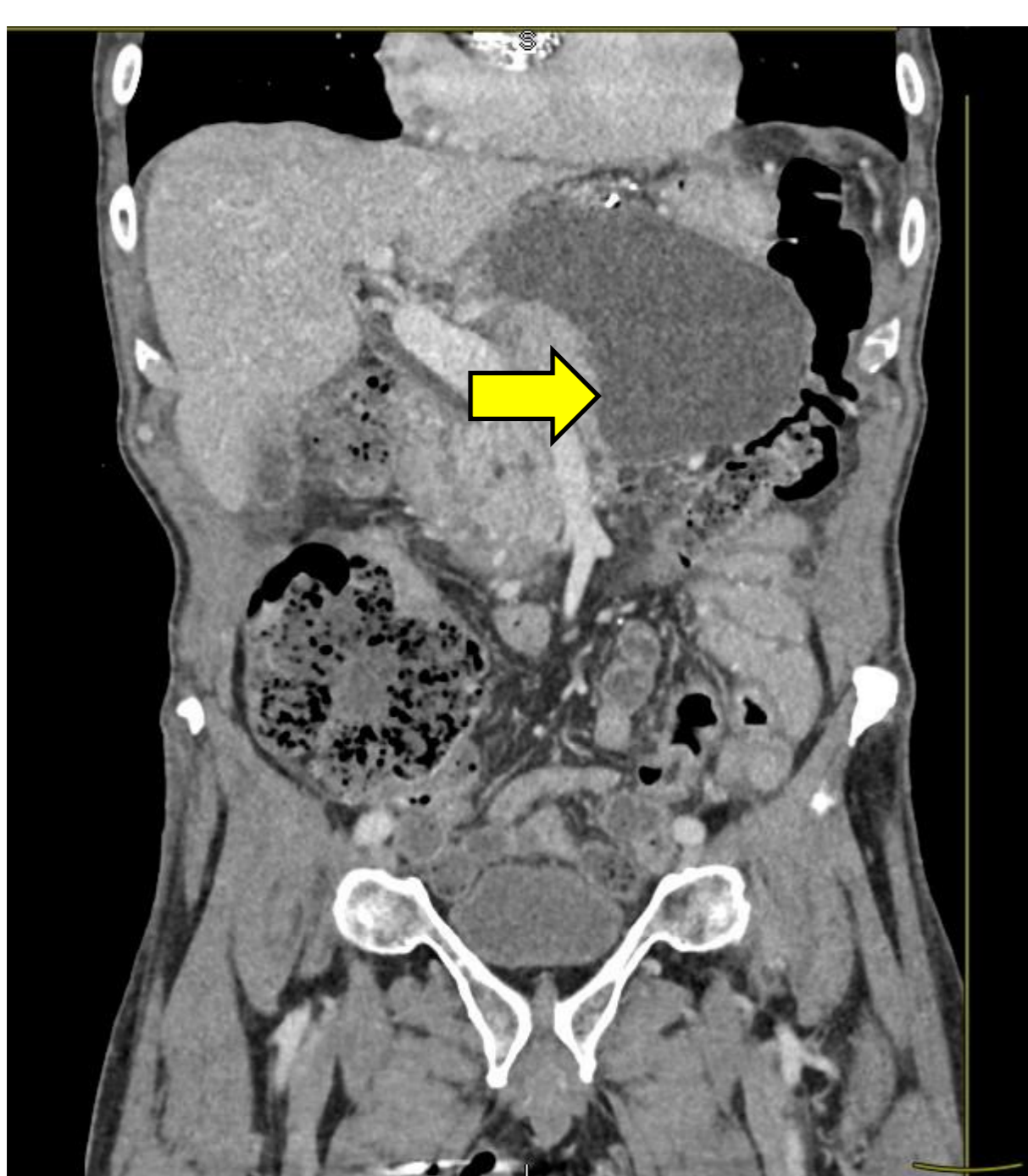


Figure 1 : TDM abdomino-pelvienne en coupes coronales mettant en évidence une pancréatite aiguë nécrosante compliquée d'un volumineux pseudo-kyste

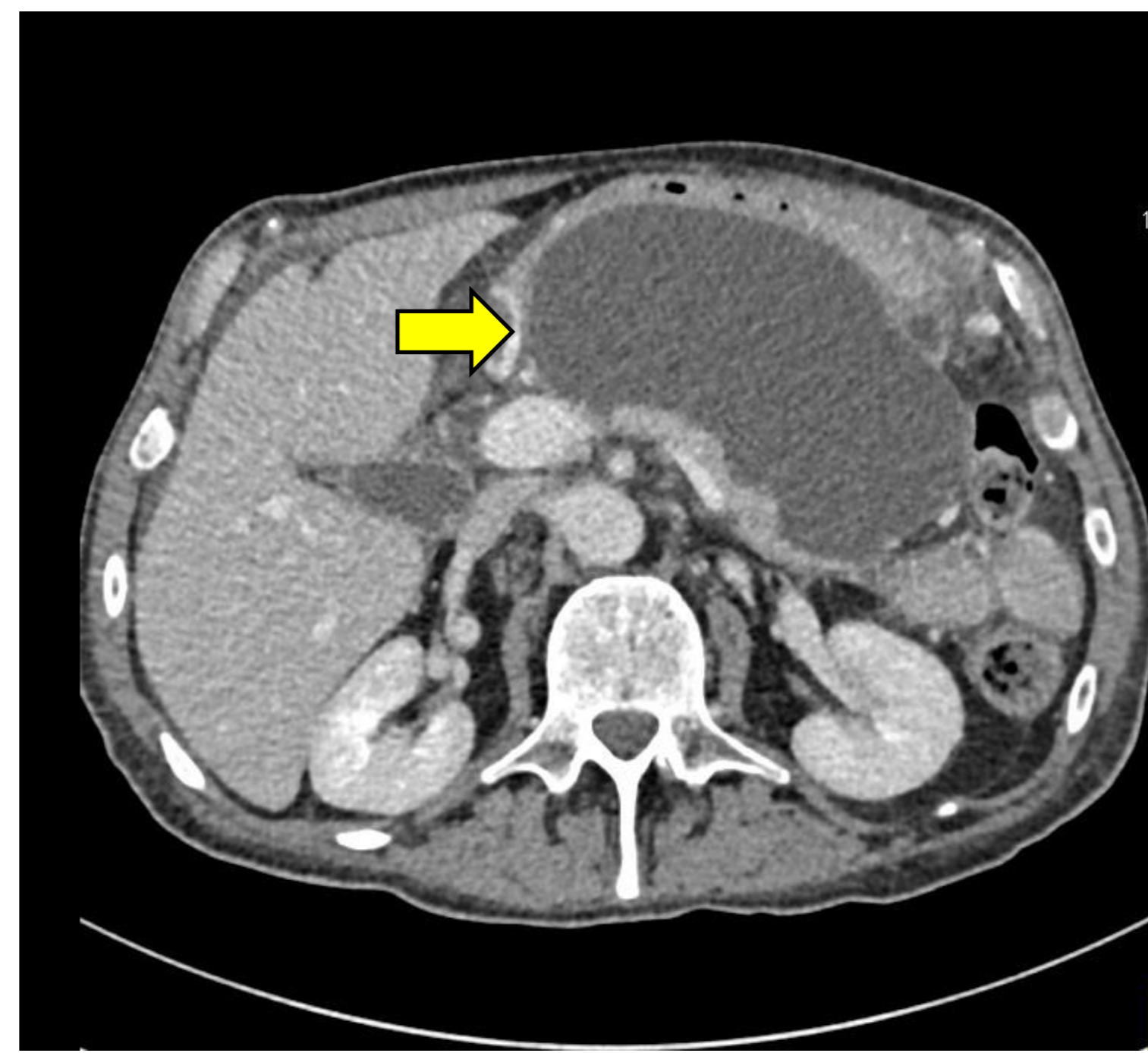


Figure 2 : TDM abdomino-pelvienne en coupes axiales mettant en évidence une pancréatite aiguë nécrosante compliquée d'un volumineux pseudo-kyste

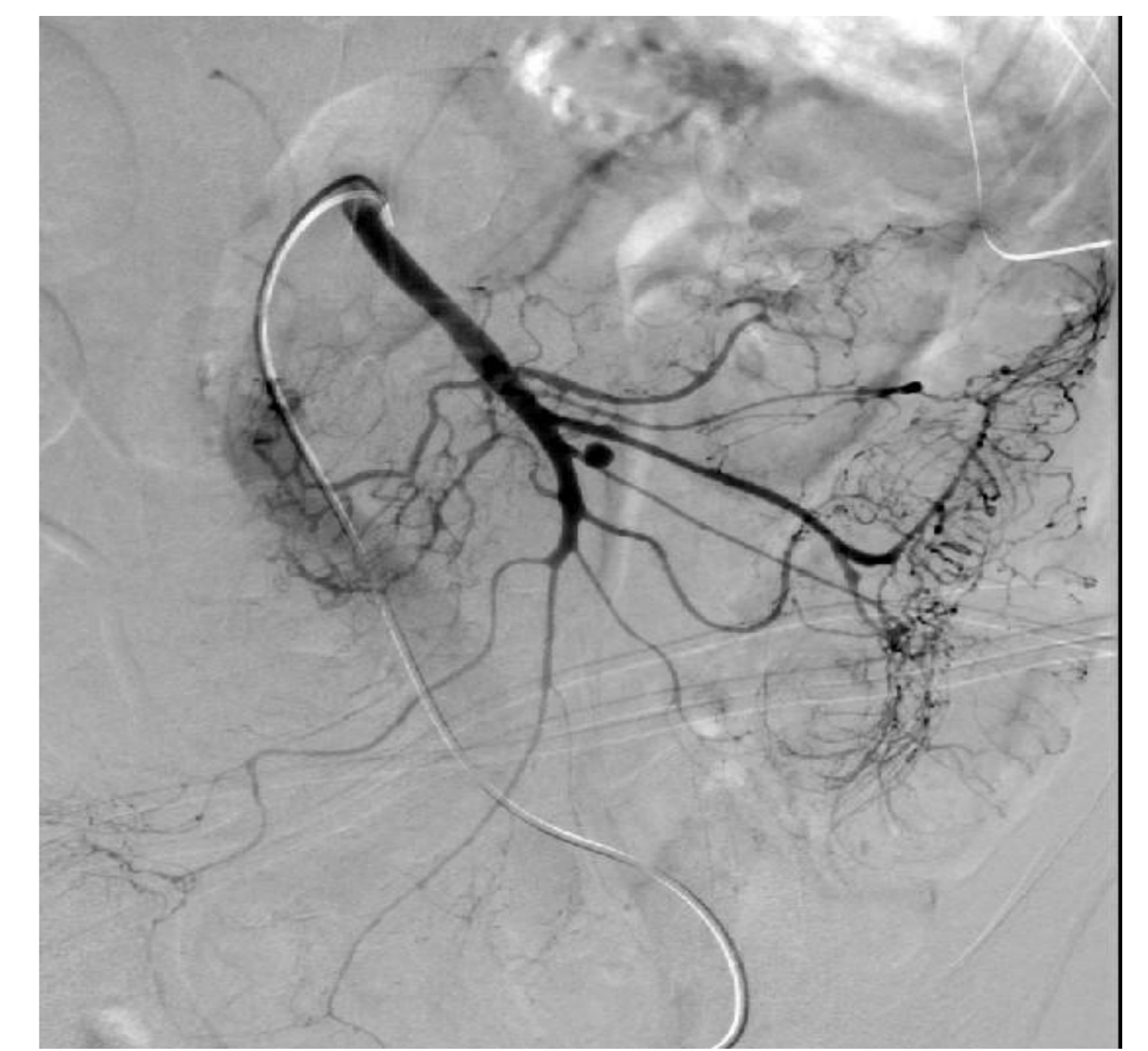


Figure 3 : Artériographie de l'artère mésentérique supérieure mettant en évidence de nombreux micro-anévrysmes des vaisseaux digestifs

Discussion :

Bien que le lien de causalité entre intoxication aux champignons et la PAN soit impossible à prouver, la survenue concomitante de ces deux événements est étonnante. Il est possible que l'intoxication ait été un facteur aggravant/précipitant de la vascularite, cette dernière semblant probablement déjà active antérieurement devant l'asthénie et l'amaigrissement initiaux. La recherche d'un déficit en ADA2 a été motivée devant la présence d'une vascularite sévère et une hypogammaglobulinémie profonde qui existait déjà deux ans auparavant. Concernant la pancréatite nécrosante, il est suspecté une étiologie vasculaire en lien avec la PAN, signant une atteinte digestive grave devant les images de vascularite digestive. En effet, la pancréatite nécrosante pourrait s'intégrer dans une pancréatite ischémique sur état de choc initial qui en fait le principal diagnostic différentiel mais cela n'expliquerait pas les images de vascularite digestive ni les faux anévrysmes. En outre, il n'y avait pas d'autre cause de pancréatite aiguë (notamment hypertriglycéridémie, hypercalcémie, intoxication éthylique ou lithiases).

Conclusion :

A notre connaissance, aucun cas de PAN révélée dans un contexte d'intoxication aux champignons n'a jamais été décrite dans la littérature. Les mécanismes physiopathologiques restent inconnus.

Références bibliographiques principales

1. Pagnoux C, Seror R, Henegar C, Mahr A, Cohen P, Le Guern V, et al. Clinical features and outcomes in 348 patients with polyarteritis nodosa: a systematic retrospective study of patients diagnosed between 1963 and 2005 and entered into the French vasculitis study group database. *Arthritis Rheum* 2010;62:616–26.
2. Wolff L et al. Polyarteritis Nodosa : old Disease, new etiology. *International Journal of Molecular Sciences* 2023;24,16668

