

La myélite : une atteinte rare au cours de la maladie de Behçet

- Hiba, SOUIAI, Résidente, service de médecine interne , CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie
- Mouna, SNOUSSI, MCA, service de médecine interne , CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie
- Amal, BOUHMED, Résidente, Service de Neurologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie
- Hanen, HAJ KACEM,AHU, Service de Neurologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie
- Mariam, DAMAK, PHU, Service de Neurologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie
- Faten, FRIKHA, PHU, service de médecine interne , CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie
- Sameh, MARZOUK, PHU, service de médecine interne , CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie
- Zouhir, BAHLOUL,PHU , service de médecine interne , CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction :

L'atteinte neurologique au cours de la maladie de Behçet (MB) est polymorphe. Elle affecte le système nerveux central (SNC) dans 98% des cas. L'atteinte médullaire reste rare et exceptionnellement isolée.

Dans ce travail, nous étudierons les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives de la myélite au cours de la MB.

Matériels et méthodes :

Étude rétrospective et descriptive colligeant des patients atteints d'une MB suivis dans les services de Neurologie au CHU Habib Bourguiba et de Médecine interne au CHU HédiChaker de Sfax, sur une période allant de 1996 au 2018.

Les cas de MB compliqués de myélite ont été retenus.

Résultats :

Nous avons colligé 75 patients présentant un neuro-Behçet (NB). L'atteinte médullaire était décrite chez 6 patients (8% des cas) avec un sexe ratio égal à 1.

L'âge moyen et le mode d'apparition sont présentés dans la Figure 1.

La myélite était révélatrice de la MB dans tous les cas.

Les manifestations cliniques des patients atteints de myélite sont illustrées dans le diagramme 1.

L'atteinte médullaire a été significativement associée à une Névrite optique (NO) dans notre série (40% contre 0% ; $p= 0.00$).

A l'imagerie, la myélite était cervicale et/ou thoracique et non étendue dans 83,3% des cas. Sur le plan axial, elle était soit centrale (50%) soit corodonale postérieure (50%). Nous avons noté essentiellement des lésions médullaires multiples chez 5 patients (83,3%). Aucune lésion active ni œdématisée n'a été objectivée.

L'étude du LCR a montré un cas d'hyperprotéinorachie à 0,58g/l sans hypercellularité associée.

Le traitement consistait à une corticothérapie à forte dose initiée par des bolus de solumédrol dans tous les cas associés au cyclophosphamide dans 4 cas.

L'évolution était marquée par une amélioration clinique complète dans 2 as et partielle dans 4cas.

Dans notre série, la myélite était significativement corrélée à l'atteinte bulbaire en 1er plan(100% des myélites ; $p=0,000$) et à l'atteinte pontique (100% des myélites; $p=0,003$),cérébelleuse (33,3% des myélites ; $p=0,007$) et calleuse (66,7% des myélites ; $p=0,000$).

La myélite est faiblement corrélée au sexe féminin ($p=0,028$).

Tous les patients ont présenté au moins 2 poussées durant leurs suivis ($p=0,000$).

Figure 1

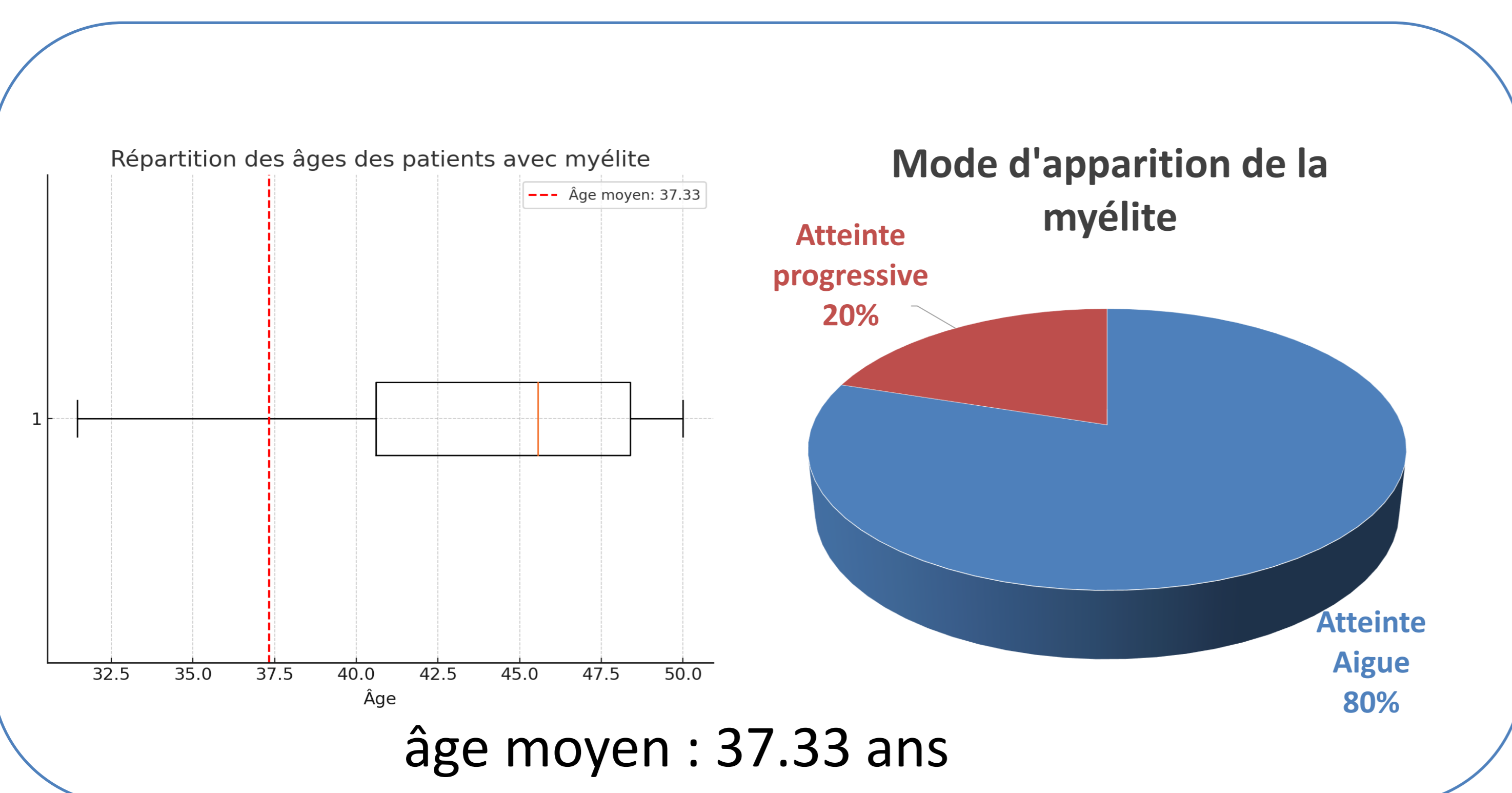
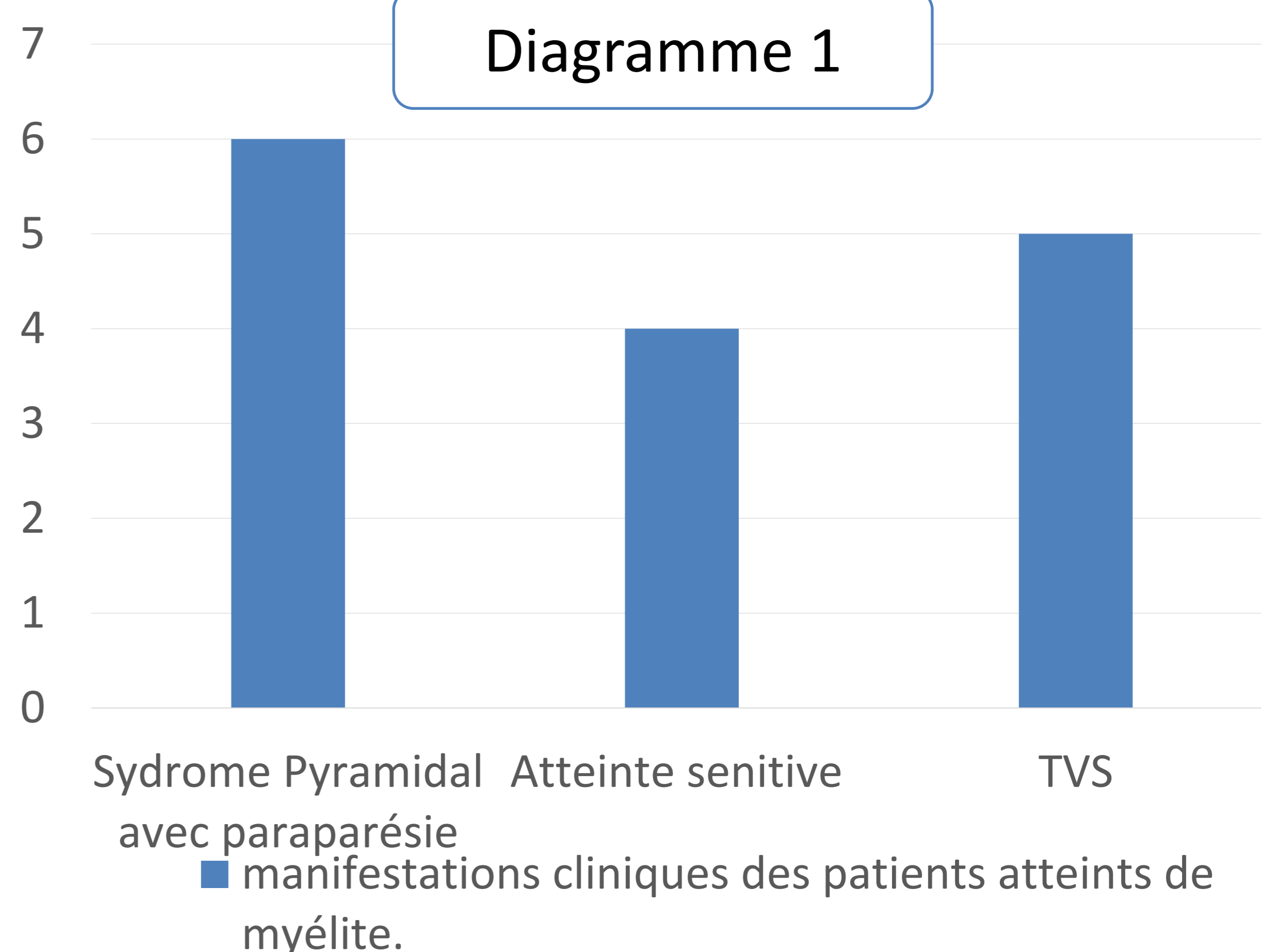


Diagramme 1



Conclusion :

La myélite est une manifestation rare au cours de NB. Elle constitue un enjeu diagnostique et thérapeutique notamment dans les formes révélatrices. Selon notre étude, l'atteinte médullaire était corrélée à l'atteinte du tronc cérébral et à la NO, ce qui constitue un facteur de mauvais pronostic en l'absence de prise en charge rapide.

