

Une cause rare de syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone anti-diurétique : la polyangéite microscopique

1^{er} Auteur : Timoumi Mayssa, médecine interne, Hôpital régional Ben Arous, Tunisie

- Chebbi Donia, Médecine interne, Hopital régional Ben Arous, Tunisie
- Derbal Samar, Médecine interne, Hopital régional Ben Arous, Tunisie
- Hentati Olfa, Médecine interne, Hopital régional Ben Arous, Tunisie
- Zammeli Imen, immunologie, Institut Pasteur de Tunis, Tunisie
- Ben Dahmen Fatma, Médecine interne, Hopital régional Ben Arous, Tunisie
- Moussa Ines, Assistante, immunologie, Institut Pasteur de Tunis, Tunisie
- Abdallah Maya, Professeur, Médecine interne, Hopital régional Ben Arous, Tunisie
- Cherif Yosra, Professeur agrégée, Médecine interne, Hopital régional Ben Arous, Tunisie

Introduction

- Polyangeite microscopique (PAM) : vascularite systémique des vaisseaux de petit calibre ; ANCA-MPO +
- Le syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone anti-diurétique (SIADH) : cause la plus fréquente d'hyponatrémie de dilution.
- Nous allons décrire un cas rare de SIADH en rapport avec une PAM.

Observation

Patiente âgée de 75 ans, Tableau Clinique :

Etat général	<ul style="list-style-type: none"> Fievre prolongée >3 mois
Atteinte pulmonaire	<ol style="list-style-type: none"> Toux sèche, une dyspnée d'effort de stade 2 mMRC Râles crépitants à l'auscultation pulmonaire PID type UIP au scanner thoracique Syndrome restrictif à l'EFR
Atteinte neurologique	<ul style="list-style-type: none"> Paresthésies des membres inférieurs Neuropathie périphérique type polyneuropathie multiple sensitivo-motrice des quatre membres prédominant aux deux membres inférieurs
Atteinte cutanée	<ul style="list-style-type: none"> Livédo aux 2 MI à l'orthostatisme
Anomalies biologiques et immuno,	<ul style="list-style-type: none"> SIB: vitesse de sédimentation accélérée à 80, une CRP élevée à 140 mg/L, Anémie d'allure inflammatoire Hyponatrémie à 127 mmol/L hypotonique (euvolémie clinique) Osmolarité urinaire à 126 mosm/L) avec une natriurèse inadaptée à 36 mmol/24 h (normalité du bilan rénal, du bilan thyroïdien et de la cortisolémie) p-ANCA de spécificité anti-MPO à 250 UI

Une enquête étiologique causes infectieuses et néoplasiques éliminées

PET-scan : pas d'anomalies de fixation .

Une vascularite à ANCA type PAM a été diagnostiquée vérifiant les critères de classification ACR/EULAR 2022 ainsi que le syndrome SIADH.

Traitement : corticothérapie orale à 1 mg/kg/j d'équivalent prednisone, associée à des cures mensuelles de cyclophosphamide.

Evolution : bonne / disparition de la toux, apyrexie stable, amélioration progressive des paresthésies et du livedo et la négativation du SIB.

L'hyponatrémie s'est également corrigée après la 2^e cure de cyclophosphamide.

Devant l'absence de prise médicamenteuse ou toxique expliquant le SIADH, l'absence de causes infectieuses ou de néoplasies actives, et avec le recul et l'amélioration sous traitement immunosuppresseur, la PAM a été retenue comme cause du SIADH.

Discussion

La SI-ADH a été rarement rapportée au cours des vascularites à ANCA, ceci peut être expliqué par deux hypothèses :

- Réduction du volume du lit capillaire alvéolaire à mesure que la fibrose pulmonaire progresse entraînant par conséquent une perte du retour veineux ainsi que l'hyperstimulation des barorécepteurs d'où la sécrétion excessive d'ADH.
- La surexpression des cytokines inflammatoires présente au cours de la phase active des vascularites, plus spécifiquement l'IL-6 qui joue un rôle central dans le processus pathologique qui stimule directement la sécrétion d'ADH.

Conclusion

Le SIADH peut être causé par des perturbations du système nerveux central, des tumeurs malignes et une variété de médicaments. Cependant, elle peut également être associée à d'autres pathologies telles que la vascularite PAM.

