

## Myocardite aigüe à anti SRP : une entité rare à ne pas méconnaître

Y. Boussoukaya (1) , Médecine interne, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie  
R. Kchaou (2), (1) , service de cardiologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie  
M. Thabet (1) , Médecine interne, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie  
W. Ben yahia (1) , Médecine interne, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie  
G. Ahmed (1) , Médecine interne, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie  
A. Amira (1) , Médecine interne, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie  
N. Ghannouchi (1) , Médecine interne, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

### Introduction

immunes caractérisée par la gravité de l'atteinte musculaire et des atteintes extra musculaires à savoir l'atteinte cardiaque qui conditionne le pronostic vital des patients.

### Observation

Une femme âgée de 50 ans suivie pour myopathie autoimmune nécrosante depuis juillet 2022 réfractaire au traitement corticoïdes et immunosuppresseur.

Janvier 2023 :

- douleur thoracique rétro sternale persistante d'allure angineuse avec dyspnée hospitalisée en cardiologie pour suspicion d'un SCA ST- troponines+ (douleur thoracique sans sus décalage du segment ST avec une élévation des enzymes cardiaque).
- A l'ETT : pas de troubles de la cinétique ; FEVG conservée, pas d'autres anomalies.
- IRM cardiaque : Absence de signes IRM en faveur d'une myocardite ni de cardiopathie ischémique décelable à cet examen.

Devant cette myopathie nécrosante réfractaire et la suspicion d'atteinte cardiaque, nous avons commencé le tt par anti CD20 (biothérapie) : Rituximab :500 mg toutes les 2 semaines (total de 2g) avec un relais par MMF (immunosuppresseur) débuté en février 2023 avec augmentation progressive des doses.

Alors qu'elle était sous 2g de MMF, la patiente a présenté des douleurs thoraciques avec survenue de plusieurs épisodes de douleur thoracique rétro sternale persistante avec dyspnée stade 3 NYHA.

Re-hospitalisée en cardio en Avril 2023, **Une IRM cardiaque a été réalisée qui a redressé le diagnostic : il s'agit d'une myocardite aigüe.**

La patiente a été traitée par beta bloquants et un IEC avec des corticoïdes à forte dose et switch vers un autre traitement immunosuppresseur : le cyclophosphamide.

Actuellement la patiente reçoit le cyclophosphamide de façon mensuelle (1g par mois) et elle va bien, on prévoit un total de 6g (1g par mois) avec dégression progressive des corticoïdes.

### Discussion

La myocardite à anti SRP est une entité rare, elle survient au cours de myopathie inflammatoire nécrosante à anti SRP (avec ou sans atteinte musculaire) et en conditionne le pronostic.

L'atteinte cardiaque au cours de cette maladie peut avoir une traduction clinique polymorphe à type de douleurs thoraciques, palpitations, une insuffisance cardiaque congestive des modifications électro cardiographiques et écho-cardiographiques au mieux par l'**IRM** qui montre un indice de masse du ventricule gauche (LV), un indice de volume du ventricule droit (RV), une cartographie T1, T2 naturelles du myocarde et du squelette et un volume extracellulaire (ECV) plus élevés que chez les témoins sains.

Les anomalies sont corrélées à l'activité de la maladie[1].

On doit exclure les autres maladies cardiaques (ischémiques surtout).

La réponse est généralement favorable à l'immunothérapie.

Contrairement à notre patiente qui présente une atteinte réfractaire à deux types d'immunosuppresseurs conventionnels et à la biothérapie.

### Conclusion

La myopathie inflammatoire à anti SRP est une maladie auto-immune spécifique du muscle avec un risque accru d'atteinte cardiaque qui peut être réfractaire au traitement et qui nécessite une collaboration étroite entre cardiologue et interniste pour faire le diagnostic positif et indiquer le changement thérapeutique à temps.

