

Myonécrose diabétique : une entité peu connue!

QR CODE

Helali Wiem¹, Essouri Mariem¹, Farhat Emna², Ben Elhaj Wiem¹,
Redissi Azza¹, Oueslati Imen¹, Khammassi Naziha¹

1. Service de Médecine interne, Hôpital Razi, Manouba, Tunisie

2. Laboratoire de biopsie musculaire, Clinique les Jasmins, Tunis, Tunisie

Introduction : La myonécrose diabétique (MD) est une entité rare survenant chez les diabétiques de longue date pouvant mimer le tableau d'une myosite focale. Nous rapportons un cas.

Observation : Il s'agit d'un patient âgé de 63 ans, tabagique, hypertendu, diabétique type 2 sous antidiabétiques oraux depuis 9 ans, au stade de complications dégénératives. Il s'est présenté pour une douleur de la cuisse droite, d'aggravation progressive évoluant depuis 6 mois avec troubles de la marche et dérobement du membre occasionnant des chutes. A l'examen on note une diminution de la force motrice au niveau de la cuisse droite prédominant sur les adducteurs, associée à une douleur à la pression du muscle quadriceps droit, sans signes inflammatoires locaux. A la biologie, il n'y avait pas de syndrome inflammatoire, les enzymes musculaires étaient normales. Les chiffres glycémiques étaient élevés avec une HbA1c à 7,3%. L'EMG était normal. L'IRM musculaire avait trouvé des anomalies de signal de type inflammatoires du muscle vaste médian droit évoquant une myosite. Le diagnostic de myosite focale était initialement suspecté. Une enquête exhaustive avait éliminé les causes iatrogènes, métaboliques et infectieuses. Le bilan immunologique était négatif.

La biopsie musculaire avait montré des foyers de nécrose et de régénération avec des infiltrats inflammatoires focaux et un œdème du tissu conjonctif (Figure 1), associés à une atteinte neurogène discrète (Figure 2). Il n'y avait pas de signes en faveur d'un myosarcome. Le marquage immunohistochimique par les anticorps anti-HLA classe 1 était négatif (Figure 3b), ce qui n'était pas en faveur de l'origine auto-immune. Le diagnostic de MD était posé, le patient s'est amélioré suite à l'équilibration du diabète, le repos et la prise d'antalgiques de pallier 1.

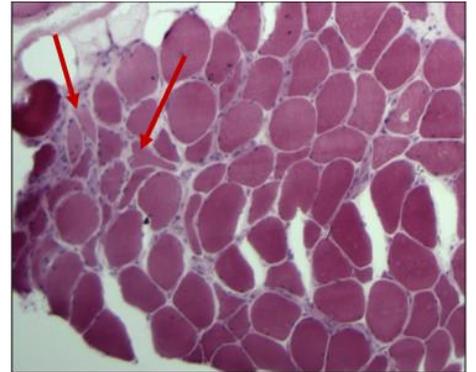


Fig1: coupe transversale du muscle quadriceps en coloration hématine et éosine: foyers de nécrose avec infiltrats inflammatoires modérés et œdème.

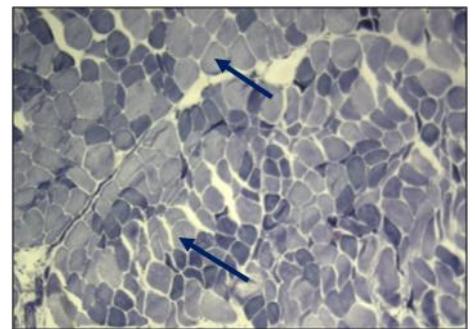


Fig2: coupe transversale du quadriceps en coloration DPNH montrant une prédominance des fibres de type 2 en faveur d'une atteinte neurogène.

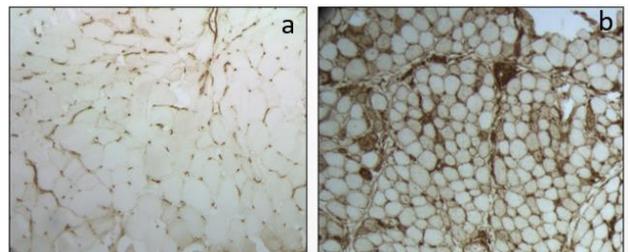


Fig3: immunomarquage du muscle à l'anticorps anti-HLA classe1: (a). Négatif avec absence de dépôt significatif chez le patient rapporté, (b). Positif avec surexpression au niveau des fibres musculaires et des vaisseaux chez un témoin atteint de myosite auto-immune

Discussion : Nous rapportons un rare cas de MD. Cette pathologie peut survenir chez des diabétiques de type I ou II. Elle est le plus probablement une complication de la microangiopathie. Tout comme notre patient, la MD semble toucher principalement le quadriceps (dans 80 % des cas). La lésion est douloureuse et présente les mêmes caractéristiques qu'une myosite focale. Les signes généraux sont souvent absents. L'IRM peut montrer d'authentiques territoires musculaires infarcis, qu'on n'observe pas au cours de la MF. L'histologie montre de larges plages de nécrose musculaire (1). Le pronostic à court terme est favorable après optimisation du contrôle glycémique, et ce au bout de quelques semaines. Le pronostic à long terme est mauvais en raison d'une micro-angiopathie étendue sous-jacente (2).

Conclusion : La MD est une entité importante à connaître et à évoquer devant un tableau de myosite focale chez le diabétique.

L'immunomarquage du HLA-classe1 au niveau du tissu musculaire est un outil diagnostique permettant de différencier ces deux entités.

1. Gallay L, Streichenberger N, Benveniste O, Allenbach Y. [Focal myositis: An unknown disease]. Rev Med Interne. oct 2017;38(10):679-84.

2. Bhasin R, Ghobrial I. Diabetic myonecrosis: a diagnostic challenge in patients with long-standing diabetes. J Community Hosp Intern Med Perspect. 17 avr 2013;3(1):10.3402/jchimp.v3i1.20494.