

Anticoagulants au cours de la maladie de Behçet : oui mais pas que !

Rihem Boukhzar, Abir derbel, Raida Ben Salah, Mona Snoussi, Chifa Damak, Faten Frikha, Sameh Marzouk, Zouhir Bahloul
Service de médecine interne, Hôpital Hedi Chaker, Sfax

Introduction :

L'atteinte vasculaire au cours de la maladie de Behçet est considérée comme la complication la plus grave de la maladie, mettant en jeu le pronostic vital des patients justifiant ainsi la nécessité d'une prise en charge thérapeutique rapide et agressive. Celle-ci repose sur les corticoïdes et les immunosuppresseurs. L'intérêt des anticoagulants reste controversé.

Nous rapportons le cas d'un patient suivi pour une maladie de Behçet chez qui l'atteinte vasculaire n'était pas contrôlée sous antivitamine K (AVK) et anticoagulants oraux directs (AOD).

Observation:

Il s'agissait d'un patient âgé de 36 ans suivi depuis 2015 pour une maladie de Behçet dans sa forme cutanéomuqueuse et cardiovasculaire. Le diagnostic était retenu devant des apthes buccaux et génitaux récidivants, des lésions de pseudofolliculite et une embolie pulmonaire avec thrombus intracardiaque. Devant l'atteinte vasculaire grave il a été traité initialement par colchicine, corticothérapie, anti vitamine k de type acénocoumarol et azathioprine. L'évolution était marquée par l'extension de l'embolie pulmonaire après 1 mois, la disparition totale du thrombus intracardiaque au contrôle à 2 mois puis la survenue d'une thrombose veineuse profonde du membre inférieur droit après 4 ans. Le contrôle échographique a mis en évidence la réapparition du thrombus intracardiaque après 7 ans. Alors qu'il était sous azathioprine et acénocoumarol, une récurrence de la thrombose veineuse profonde a été constatée. La décision était alors de switcher vers les anticoagulants oraux (ADO). Lorsqu'il était sous ADO (xaban), l'échographie doppler a montré une extension de la thrombose veineuse profonde du membre inférieur droit et la réapparition du thrombus intracardiaque après 2 mois du traitement. Devant la persistance des signes d'évolutivité de la maladie on a arrêté les AOD et on l'a mis sous AVK de type fluinidione (Previscan) associé à une forte dose de corticothérapie et cyclophosphamide. L'évolution était défavorable avec récurrence de la thrombose au membre inférieur. Actuellement le patient est à sa 9ème cure de cyclophosphamide, sous fluinidione et une faible dose de corticothérapie avec au dernier contrôle échographique absence de thrombus intracardiaque.

Conclusion:

La place du traitement anticoagulant dans la prise en charge des atteintes vasculaires veineuses est débattue mais reste recommandée, le mécanisme thrombotique au cours de la maladie de Behçet est essentiellement une inflammation de la paroi vasculaire. Le traitement de ces atteintes particulièrement graves repose sur les corticoïdes et les immunosuppresseurs.