

Extrémités violettes sur peau noire

Iba Ba J¹, Mipinda JB², Makanga R¹, Bignoumba Ibouili R¹, Coniquet S¹,
Moussavou Kombila JB¹, Boguikouma JB¹

1. Service de Médecine A,
2. Service de cardiologie,
Centre Hospitalier, Libreville, Gabon

Med Trop 2010; **70** : 283-284

Observation

Une femme de 30 ans, gabonaise sans emploi, quadrigeste avec 2 fausses couches au cours du premier trimestre, avec un indice de masse corporelle (IMC) de 23,18 kg/m², non tabagique, normotendue, avec des antécédents familiaux d'hypertension artérielle, présentait depuis 8 mois des poussées récurrentes de polyarthrites distales et symétriques des membres (métacarpo et métatarso-phalangiennes, et interphalangiennes proximales), sensibles à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. A trois mois d'une contraception orale par levonorgestrol/éthinyloestradiol (Adépal®), elle présentait brutalement une cyanose pulpaire des 2^e, 3^e, 4^e et 5^e orteils droits, des 3^e, et 4^e orteils gauches (figures 1, 2), du 5^e doigt droit, et du pouce gauche. Il n'y avait pas de fièvre, pas de souffle vasculaire ou cardiaque audible. La glycémie, le bilan lipidique, l'hémogramme, le taux de prothrombine et le temps de céphaline activée, les marqueurs d'inflammation étaient sans anomalie.



Figures 1 et 2. Cyanose pulpaire bilatérale des orteils

Quel est votre diagnostic ?

• Correspondance : ibabajose@yahoo.fr
• Article reçu le 17/10/2009, définitivement accepté le 13/03/2010.

Réponse

Orteils pourpres (blue toe) révélateurs d'un syndrome des antiphospholipides

Ce diagnostic était retenu devant la positivité du taux des anticorps anti-phospholipides (16 UGPL/mL (N<10) et l'absence d'autre étiologie. Le doppler artériel retrouvait une artériopathie partiellement oblitérante des artères inter-osseuses et plantaires, de l'artère interdigitale du 4^e et 5^e doigt de la main droite.

Discussion

Le cas clinique de cette patiente faisait discuter une ischémie aiguë acrale chez une patiente en activité génitale, au décours d'une thérapeutique à base d'oestrogestif. Dans ces conditions pouvaient être évoquées :

- des embols septiques notamment dans le cadre d'une endocardite : l'absence d'éléments anamnestiques (pas de toxicomanie et de cathétérisme intraveineux), cliniques (absence de fièvre, de purpura, de souffle cardiaque), et biologique (pas d'inflammation), rendait ce diagnostic peu probable ;

- des embols de cristaux de cholestérol : mais le jeune âge de la malade, l'absence de contexte fébrile, de prise d'anticoagulant ou de réalisation récente d'un geste vasculaire, étaient peu en faveur. Aucune biopsie cutanée n'avait été effectuée ;

- une vascularite de type périartérite noueuse : l'âge de la patiente, l'absence de fièvre, d'altération de l'état général, de purpura, de livedo étaient peu en faveur pour ce diagnostic ; les anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles étaient négatifs ;

- une cyroglobulinémie semblait improbable ; sa recherche n'avait pas été réalisée ;

- une artérite du sujet jeune : l'absence de tabagisme ou de consommation de hashich éliminait une maladie de Buerger ;

- une artériopathie oblitérante athéroscléreuse compliquant la prise d'oestrogestatif au long cours : notre patiente ne présentait pas de dyslipidémie, d'hypertension ou de diabète ;

- une thrombophilie majorée par la prise d'oestrogestatif et notamment un syndrome des antiphospholipides (SAPL). En effet, l'anamnèse chez cette patiente retrouvait des épisodes de fausses couches spontanées durant le premier trimestre. Le diagnostic est posé par la positivité du taux des anticorps anti-phospholipides (antiprothrombinase ou anticardioliipines > 20 UGPL ou 20 UMPL) à deux reprises et à au moins 6 semaines d'intervalle (1, 2) ; les résultats de notre malade sont donc limites. Un lupus compliqué d'un SAPL secondaire était évoqué devant l'existence d'une polyarthrite. En l'occurrence les anticorps antinucléaires étaient positifs à 1 280 de spécificité SSA/Ro et RNP sans anti DNA natifs. Un bilan complet d'hémostase n'a pas pu être effectué.

L'association d'une héparinothérapie précoce à un traitement anti-agrégant plaquettaire (acide acétyl salicylique 160 mg/jour) , à une corticothérapie de 60 mg/jour de prednisolone précédée d'assauts de bolus de methyl prednisolone 1 g/jour pendant 3 jours, couplée à l'azathioprine (150 mg /jour), permettait une régression significative de l'ischémie mais la constitution de nécroses pulpaire imposait à 2 mois l'amputation partielle de plusieurs orteils (figures 3, 4) comme décrit dans la littérature (3).



Figure 3 et 4. amputations pul-paires distales

Références

1. Bauersachs R, Kuhl H, Lindhoff-Last E, Ehrly AM. Risk of thrombosis with oral contraceptives: value of a thrombophilia screening test. *Vasa* 1996; 25 : 209-20.
2. Hachulla E, Hatron PY. Syndrome primaire des antiphospholipides. In « Hachulla E, Hatron PY. Détecter les maladies systémiques auto-immunes », Masson ed, Boulevard Saint germain 2000, pp 71-81.
3. Asherson RA, Cervera R, Klumb E, Stojanovic L, Sarzi-Puttini P, Yin J, *et al.* Amputation of digits or limbs in patients with antiphospholipid syndrome. *Semin Arthritis Rheum* 2008 ; 38 : 124-31.

EXTRÉMITÉS VIOLETTES SUR PEAU NOIRE : ORTEILS POURPRES RÉVÉLATEURS D'UN SYNDROME DES ANTIPHOSPHOLIPIDES

RÉSUMÉ • Une ischémie acrale peut résulter de plusieurs mécanismes mais il importe en présence d'orteils pourpres de rechercher un syndrome des antiphospholipides éventuellement associé au lupus.

MOTS-CLÉS • orteils pourpres, antiphospholipides, Gabon

PURPLE EXTREMITIES IN BLACK-SKINNED PATIENTS: BLUE TOE SYNDROME AS PRESENTING SIGN OF ANTIPHOSPHOLIPID ANTI-BODY SYNDROME

ABSTRACT • Although acral ischemia can involve several underlying mechanisms, suspicion of lupus warrants testing for antiphospholipid antibodies in patients with blue toe syndrome..

KEY WORDS • Blue toe. Antiphospholipid. Gabon.