

## Syndrome hyperéosinophilique idiopathique : à propos d'un cas

H. BEN SALEM, S. BOUZID, F. NESSIB

Service des consultations externes, hôpital Mahmoud El Matri de l'Ariana

### Introduction:

- Le syndrome hyperéosinophilique (SHE) idiopathique est une affection rare et souvent méconnue dont le diagnostic repose sur la présence d'une hyperéosinophilie (HE) persistante et marquée à l'origine d'une atteinte multisystémique et sur l'exclusion des causes possibles d'HE.
- Nous décrivons dans cette observation, le cas d'un patient chez qui le SHE a été découvert à l'occasion d'une complication cardiaque

### Observation:

- Un patient de 65 ans avait été adressé du service de cardiologie pour exploration d'une pleuro-péricardite.
- On notait dans ses antécédents, un épisode de dyspnée d'effort survenu deux mois auparavant et traité par corticoïdes inhalés pendant une courte durée.
- Le jour de son hospitalisation, le patient avait brutalement présenté une symptomatologie faite de dyspnée d'effort, douleur thoracique et accès de palpitations. L'électrocardiogramme mettait en évidence une fibrillation auriculaire; à l'échographie cardiaque transthoracique, la fraction d'éjection du ventricule gauche était conservée mais on notait un épanchement péricardique circonferentiel non compressif de 14 mm. Le scanner thoracique montrait, outre l'épanchement péricardique, un épanchement pleural de faible abondance. Il n'y avait pas d'atteinte parenchymateuse pulmonaire.
- Le patient avait reçu un traitement à base d'amiodarone et colchicine et nous avait été adressé.
- L'état général était conservé mais il gardait des douleurs thoraciques et une dyspnée d'effort stade III de NYHA.

- L'hémogramme révélait une hyperleucocytose à 16490/ $\mu$ l avec une HE majeure à 9420/ $\mu$ l sans atteinte des autres lignées.
- L'interrogatoire ne trouvait pas la notion de voyage récent ni d'introduction médicamenteuse récente en dehors du traitement inhalé reçu deux mois auparavant.
- L'enquête infectieuse (sérologies virales, parasitaires, coproculture, recherche de BK et IDR à la tuberculine) était négative, de même que le bilan immunologique. Il n'y avait pas de signes d'appel cliniques ni radiologiques en faveur d'une néoplasie. La biopsie ostéomédullaire révélait une hyperplasie éosinophile. La recherche du transcrite FIP1L1-PDGFRa était négative.
- Parallèlement à l'enquête étiologique, au vu de l'atteinte viscérale, le patient avait bénéficié d'une corticothérapie à la dose de 1mg/kg/j de prednisonne.
- L'évolution était marquée par une résolution de la symptomatologie, le tarissement des épanchements à l'imagerie et une normalisation de l'hémogramme.
- Le traitement avait été arrêté après une décroissance progressive sur plusieurs mois.
- Un an après, le patient est toujours en rémission clinique et biologique.

### Conclusion:

- La toxicité tissulaire des éosinophiles peut être responsable d'atteintes viscérales potentiellement graves, constituant une urgence thérapeutique.
- Dans ces situations, le bilan étiologique est lui aussi urgent mais ne doit en aucun cas retarder la mise en route du traitement.