Phlébologie 2012, 65, 2, p. 50-52

Une vascularite de cause rare.

A rare cause of vasculitis.

Brion N., Chleir F.

Résumé

Il s'agit d'une patiente de 64 ans ayant présenté une éruption purpurique des membres inférieurs, de l'abdomen et à un moindre degré des membres supérieurs. Cette femme présentait comme seul facteur de risque un alcoolisme chronique assez sévère. Vivant dans un environnement socio-économique et culturel favorisé, il n'avait pas été envisagé, dans un premier temps, une malnutrition avec carence vitaminique. Néanmoins, le dosage des vitamines a révélé une absence totale de vitamine C dans le sang. Il s'agissait donc d'une vascularite secondaire à un scorbut. Le déficit en vitamine C n'a pu s'expliquer que par une malnutrition extrême, secondaire à un alcoolisme sévère et à une alimentation dénuée de fruits et de légumes frais.

Mots-clés : *vascularite, purpura, vitamine C, scorbut.*

Summary

The patient was a 64-year-old woman who presented with a purpuric rash of the lower limbs, the abdomen and to a lesser extent the upper limbs. The only risk factor in this woman was chronic rather severe alcohol abuse. As she was from a privileged socio-economic and cultural background, the initial appraisal did not consider malnutrition with vitamin deficiency. Nonetheless a blood test revealed the total absence of vitamin C in the blood. The vasculitis was therefore secondary to scurvy. The vitamin C deficiency could only be explained by extreme malnutrition, secondary to severe alcohol abuse and a diet completely devoid of fresh fruit and vegetables.

Keywords: vasculitis, purpura, vitamin C, scurvy.

Motif d'hospitalisation

Purpura probablement vasculaire.

Antécédents

Consommation alcoolique majeure avec épisodes d'ictère, de cytolyse, d'élévation majeure des gamma GT et d'anémie formidablement macrocytaire avec folates sériques indosables.

Histoire clinique

Patiente de 64 ans, alcoolique chronique, vivant seule chez elle depuis que son mari a été hospitalisé pour complications d'une cirrhose décompensée sévère. Seule à son domicile, elle a une consommation alcoolique très certainement plus importante que d'habitude. Surtout, on note l'apparition d'une éruption décrite par le fils comme « à points rouges », touchant les jambes et l'abdomen **(Photos page suivante)**.

Examen clinique

Il existe une éruption purpurique, infiltrée touchant les membres inférieurs, l'abdomen, à un moindre degré les membres supérieurs. On a également des placards rouges très érythémateux des phalanges distales et des éléments purpuriques dans les paumes des mains, qui sont assez évocateurs de vascularite.

Examens complémentaires

Biologie

- 10,7 g/100 mL ; glycémie : 6,6 mmol/L ; hyponatrémie à 131 mmol/L.
- Acide urique : 431 µmol/L pour une normale inférieure à 339 µmol/L.
- Bilirubine normale.
- Ferritine : 601 ng/mL.
- Transaminases normales (ce qui n'était pas le cas en juin 2011, où elles étaient à deux fois la normale).

Hôpital Américain de Paris, 63, boulevard Victor-Hugo – BP 109 – 92202 Neuilly-sur-Seine Cedex
E-mail : brion@ahparis.org
Accepté le 30 avril 2012



- Phosphatases alcalines discrètement élevées. Gamma GT : 82 UI/L (299 UI/L le 29 juin 2011).
- CRP : 103 mg/L.
- Hypo-albuminémie modérée à 33,7 g/L.
- Numération : 10,7 g/dL d'hémoglobine – VGM 82.
- TSH 4,89 µUI/mL (pour une normale inférieure à 4,2 µUI/mL).
- Bilan immunologique en cours.
- Hémocultures stériles.
- Biopsies cutanées avec immunofluorescence.

Imagerie

Échographie abdominale

Vésicule exclue probablement de façon ancienne. Voies biliaires fines. Pas d'autre anomalie.

Échographie cardiaque

Minime épanchement péricardique 6 à 10 mm de la paroi postéro-latérale du ventricule gauche et 1 à 2 mm en latéral du ventricule droit non compressif. Le reste de l'échographie est normal.

Anatomopathologie

L'épiderme est orthokératosique. Le derme superficiel renferme un infiltrat inflammatoire composé de polynucléaires à noyau souvent fragmenté. Ils entourent et traversent la paroi de capillaires qui est parfois remaniée plus éosinophile que normalement. On note également la présence de lymphocytes à noyau rond au sein de cet infiltrat. Des hématies extravasées sont visibles, nombreuses. Ces altérations sont plus discrètes dans le derme moyen respectant le derme profond.

Conclusion : cette image confirme l'hypothèse d'une vascularite leucocytoclasique.

Examen en immunofluorescence directe

On note la présence de quelques discrets dépôts intravasculaires en C3, sans dépôt en anti IgA et anti 19G.

Conclusion : discrètes lésions de vascularite en C3.

Traitement et évolution clinique

Disparition de l'évolutivité du purpura dès l'entrée avec très rapide diminution des plages de vascularite érythémateuse des extrémités des doigts.

Dans ce contexte particulier, un dosage de la vitamine C est demandé. La vitamine est non mesurable dans le sang de Mme X. Elle est donc traitée par Vit C *per os*. Les signes cliniques cutanés cèdent rapidement, la patiente sort après huit jours d'hospitalisation avec un traitement essentiellement fait de vit B et C.

Commentaires

Les vascularites sont des affections rares dont les causes et les mécanismes pathogéniques exacts restent mal connus.

Le purpura est un syndrome clinique fait de taches hémorragiques apparaissant spontanément et ne s'effaçant pas à la pression. Il est dû au passage des hématies à travers la paroi vasculaire (artérioles, veinules ou capillaires) au niveau du derme ou de l'hypoderme. Il peut s'agir d'un purpura pétéchial ou ecchymotique.

Le purpura des vascularites (le plus souvent pétéchial) est retrouvé dans les vascularites d'hypersensibilité et le purpura rhumatoïde, le purpura des cancers, les vascularites associés aux connectivites, les cryoglogulinémies, les vascularites systémiques nécrosantes.

Les purpuras emboliques sont retrouvés dans le myxome de l'oreillette, les embolies graisseuses ou de cholestérol.

Le purpura des vasculopathies (plus souvent ecchymotique) est retrouvé lors de la corticothérapie, de l'amylose, de l'insuffisance veineuse, il peut être sénile ou secondaire à une carence en vitamine C.

Lors de la carence en vitamine le premier signe clinique est le purpura qui peut être pétéchial ou ecchymotique. Lorsque la carence n'est pas corrigée, des troubles des phanères apparaissent, accompagnés de polyarthralgies et d'un syndrome hémorragique touchant les gencives, les muscles, les viscères). Le dosage de la vitamine C plasmatique confirme le diagnostic. Le traitement par vitamine C *per os* ou en intraveineuse corrige rapidement la symptomatologie.

Conclusion

Si de nos jours le scorbut est devenu extrêmement rare, notamment dans les pays occidentaux où la malnutrition aboutissant à une carence vitaminique est exceptionnelle, il faut savoir y penser, notamment dans la population aisée. La malnutrition conduisant à une alimentation carencée en vitamine C peut aussi se retrouver lors d'un déséquilibre alimentaire majeur (sans fruits, ni légumes frais), que l'on rencontre chez les alcooliques chroniques.

Références

1. Baptiste N., Aufaure S., Olivier M.L. Vascularite des membres inférieurs révélatrice d'une carence en vitamine C (scorbut). La Revue de gériatrie A 2004 ; 29 (9) : 745-50.
2. Gonzalez-Gay M.A., Garcia-Porrua C., Lueiro M., Fernandez M.L., Afonso E., Basanta D., Moreno-Lugris C. Le scorbut peut simuler une vascularite : trois observations. Revue du rhumatisme 1999 ; 66 (6) : 414-5.