

Polymyosite et hépatocarcinome : une observation au Gabon

Iba-Ba J¹, Assengone Zeh Y², Bignoumba Ibouili R¹, Missounga L¹, Lasseghé D³, Coniquet S¹, Moussavou Kombila JB¹, Boguikouma JB¹

1. Service de Médecine A, Centre Hospitalier

2. Service de Neurochirurgie

3. Service de réanimation, Fondation Jeanne Ebori
Libreville- Gabon

Med Trop 2009; **69** : 548

L'association d'une myopathie inflammatoire et d'un hépatocarcinome est rarement rapportée dans la littérature, et à ce jour aucun cas n'est répertorié dans la population noire africaine. Un homme de 37 ans présentait des arthromyalgies des quatre membres, une dysphonie et des épisodes itératifs de fausses routes motivant son hospitalisation dans le service de médecine interne. L'examen clinique retrouvait une amyotrophie prédominante au niveau des membres inférieurs et des myalgies diffuses à la pression, avec une échelle fonctionnelle (EF) à 22/88. La CRP était élevée à 196 mg/L (N<5), la vitesse de sédimentation à 94 mm (N<10), les CPK à 8,5 fois la normale, avec activité des ASAT et ALAT respectivement à 3 et 1,2 N. Les sérologies des hépatites B (Ag Hbs) et C, du VIH 1, 2, étaient négatives, ainsi que la recherche d'anticorps antinucléaires. La biopsie musculaire du quadriceps droit confortait à l'histologie le diagnostic de polymyosite. La tomodynamométrie abdomino-pelvienne retrouvait une tumeur de 7 centimètres du lobe gauche (Fig. 1), dont l'histologie révélait un hépatocarcinome. Des bolus de méthyl prednisolone intraveineux (750 mg/jour pendant 3 jours), relayés par 50 mg/jour de prednisolone, permettaient une normalisation des CPK en 3 jours, sans amélioration clinique musculaire et de l'EF. Le rajout de méthotrexate (10 mg/semaine) permettait une amélioration de l'EF en 15 jours à 43/88 puis à 57/88 à un mois de son introduction, avec concomitamment réduction de 2 centimètres de la tumeur hépatique. Le patient décédait de choc septique à 3 mois.



Figure 1. Hépatocarcinome objectivé par la tomodynamométrie abdominale.

L'association d'une myopathie inflammatoire à une tumeur a été pendant longtemps considérée comme un syndrome paranéoplasique, l'évolution de la myopathie inflammatoire étant dépendante du traitement spécifique de la tumeur. En réalité, les profils évolutifs de la myosite et du cancer peuvent être indépendants (1). La myopathie inflammatoire précède l'expression de la tumeur maligne dans 70% des cas, avec un délai moyen de survenue entre ces affections, inférieur à 1 an ; l'âge de survenue se situe après 50 ans, et il existe une prédominance masculine (2). L'hépatocarcinome est rarement rapporté bien qu'il s'agisse de la tumeur hépatique la plus fréquente dans cette association (3); les diverses thérapeutiques utilisées dans sa prise en charge sont décevantes, rendant le pronostic sombre; le décès du patient survient habituellement dans l'année suivant la découverte de cette tumeur (3). ■

RÉFÉRENCES

1. Benveniste O, Dubourg O, Herson S. Nouvelles classifications et physiopathologies des myopathies inflammatoires. *Rev Med Interne* 2007; 28 : 603-12.
2. Bernardini D, Arniaud D, Castellani P, Gauthier A, Mattei JP, Botta-Fridlund D. Association dermatomyosite et carcinome hépatocellulaire : un cas. *Gastroenterol Clin Biol* 1998; 22 : 104.
3. Apostolidis L, Kahlert C, Siegmund A, Thom R, Horstmann S, Jäger D, et al. Remission of paraneoplastic dermatomyositis associated with hepatocellular carcinoma under prednisolone and azathiopin, and concomittant sorafenid. *Onkologie* 2009; 32 : 50-3.

• Correspondance : ibabajose@yahoo.fr