

## LA MYASTHÉNIE : FACTEUR DE DÉSÉQUILIBRE DU DIABÈTE CHEZ UN SUJET AGÉ.

J ABODO<sup>1</sup>, A ANKOTCHÉ<sup>1</sup>, P KOFFI-DAGO<sup>1</sup>, V SEUX<sup>1</sup>, S TASSY<sup>2</sup>, O RENAUD-LÉVY<sup>2</sup>,  
F KOUASSI<sup>1</sup>, A HUÉ<sup>1</sup>, J SOUBEYRAND<sup>2</sup>, A LOKROU<sup>1</sup>, F RETORNAZ<sup>2</sup>.

1. Département de Médecine Interne Maladies Métaboliques et Gériatrie, UFR Sciences Médicales, Université de Cocody Abidjan.

2. Service de Médecine Interne Maladies Métaboliques et Gériatrie, Hôpital Sainte Marguerite de Marseille, France.

---

### RÉSUMÉ

La myasthénie est une maladie auto-immune rare mais qui se rencontre à tout âge. Son diagnostic est difficile et retardé chez le sujet âgé du fait tableau clinique souvent atypique et des co-morbidités associés. Nous rapportons un cas de myasthénie de révélation tardive chez un patient diabétique hypertendu et dyslipidémique âgé de 70 ans. Les premiers symptômes à type de dysarthrie et de troubles de la déglutition remontent à 8 mois. Mais leur caractère intermittent et l'absence d'influence de l'effort n'ont pas permis de poser le diagnostic plus tôt. C'est l'apparition d'un ptosis et d'une asthénie rhizomélisque qui va permettre de poser le diagnostic par la réalisation d'un EMG et le dosage des anticorps anti-cholinestérase. Dans le schéma thérapeutique nous avons évité les corticoïdes du fait du terrain. L'insulino-requérance qui a précédé le tableau de myasthénie de même que la diminution drastique des besoins en insuline après traitement nous a emmené à penser que la myasthénie pourrait être un facteur de déséquilibre du diabète.

**MOTS-CLÉS :** Myasthénie, Sujet âgé, Diabète sucré.

### ABSTRACT

*Myasthenia Gravis is rare auto-immune disease, but occurs at any age. Its diagnosis is uneasy and delayed in the elderly due to clinical picture often atypical and associated co-morbidities.*

*We report a myasthenia Gravis case late revealed in a 70-year-old diabetic with high blood pressure and dyslipidemia. First symptoms dysarthria and deglutition disorders occurred 8 months ago. However, their intermittent character and lack of effort influence prevented earlier diagnosis. The occurrence of ptosis and rhizomelic asthenia will help realize the diagnosis by MGE and detection of anti-cholinesterase antibodies. In the therapeutically schema, we avoided corticoids because of the case factors. Insulin dependent diabetes that preceded myasthenia picture as well as drastic decrease of insulin needs, after treatment, make us think that myasthenia might be diabetes imbalance factor.*

**KEY WORDS:** Myasthenia Gravis, Elderly, Diabetes mellitus.

## INTRODUCTION

La myasthénie est une maladie auto-immune rare. Sa prévalence est de 5 cas pour 100 000 et son incidence de 0,4 pour 100 000 cas (1,2). Elle a une répartition bimodale dont un pic à l'âge adulte plus fréquent chez la femme et l'autre est chez le sujet âgé ou les hommes sont plus atteints. Le diagnostic est souvent difficile chez le sujet âgé du fait des signes atypiques et des co-morbidités associées. Nous rapportons le cas d'une myasthénie de révélation très tardive chez un sujet âgé diabétique.

## I- CAS CLINIQUE

Mr XY 70 ans consulte pour un ptosis droit apparu au décours d'un zona abdominal. Dans ses antécédents il y a plusieurs facteurs de risque cardio-vasculaire. Notamment une hypertension artérielle bien contrôlée par un inhibiteur de l'enzyme de conversion et une hypercholestérolémie modérée traitée par un régime hypolipémiant. IL a également un diabète de type 2 depuis 38 ans insu nécessitant depuis un an ; il ne présente pas de complications génératives. Cependant, le déséquilibre glycémique sans facteur de risque retrouvé a conduit à l'association de plusieurs anti-diabétiques oraux à posologie maximale puis à une insulinothérapie.

L'interrogatoire permet de retrouver une dysarthrie et des troubles de la déglutition intermittents notamment un fin de repas. Les premiers symptômes remontent à 8 mois mais l'influence de l'effort n'avait pas été retrouvée.

A l'examen il pèse 80 kg pour 1,85 cm une TA à 12/9 cm hg, il existe une paralysie faciale périphérique droite, une asthénie rhizomélisque. Le dosage d'anticorps anti-acétylcholine est fortement positif (18,29 nmol/l ;  $N < 0,4$  nmol/l) ; l'électromyogramme montre un léger décretement sur le nerf spinal droite et le scanner thoracique individualise une tumeur thymique à prédominance lymphocytaire de type B2 focale ment, B1 de la classification de l'OMS infiltrant le tissu adipeux péri tumoral et dépassant la capsule.

Au total, il s'agit d'une myasthénie généralisée au stade III de Osserman associée à un thymome chez un sujet de 70 ans.

IL bénéficie d'une thymectomie compliquée d'une pneumopathie d'inhalation au décours de la chirurgie qui nécessite un séjour en réanimation et la mise en place d'une sonde nasogastrique.

Deux semaines après apparaît une diplopie horizontale. Du fait de l'infiltration tumorale une radiothérapie est réalisée un mois après l'hospitalisation. Son traitement médical est à la base de Mestimon® et Imurel® ; puis Mestimon® et prostigmine® ; la prostigmine® sera remplacée par des cures de tégeline® qui permettront la réduction de la dose du Mestimon®. L'évolution est favorable avec régression des signes clinique et même amélioration de l'équilibre glycémique conduisant à la réduction de la dose d'insuline.

## II- DISCUSSION

### II.1- FRÉQUENCE

La myasthénie est une affection rare mais qui se rencontre à tout âge avec une distribution bimodale<sup>2</sup> :

- un pic de fréquence entre 20 et 40 ans à prédominance féminine
- un second pic entre 55 et 75 ans à prédominance masculine

La fréquence de myasthénie à révélation tardive reste toutefois difficile à évaluer de l'ordre de 35 à 59%, certains patients étant nonagénaires<sup>(2,6,7)</sup>.

### II.2- SPÉCIFICITÉS CLINIQUES ET PARA CLINIQUES :

Chez la personne âgée le diagnostic de myasthénie peut être difficile du fait des symptômes parfois peu spécifiques surtout en cas de poly pathologie avec notamment la présence de facteur de risque cardio-vasculaire tel le diabète, l'hypertension artérielle et la dyslipidémie. Dans une étude récente qui a porté sur 45 cas<sup>1</sup>, l'âge moyen de début de la maladie était de 72 ans. Cet âge est proche de celui de notre patient. Les symptômes peuvent être trompeurs et égarer le diagnostic. Dans un premier temps les atteintes oculaires (diplopies) peuvent en imposer pour un accident vasculaire cérébral ou une insuffisance vertébro-basilaire surtout s'il existe des images suspectes à l'imagerie cérébrale. Néanmoins les atteintes oculaires sont les plus fréquentes (85%), les formes bulbaires (ptosis, dysphagie, dysphonie, troubles de la déglutition) viennent ensuite avec un risque de pneumopathie d'inhalation qui peut faire évoquer une décompensation cardio-respiratoire<sup>1</sup>. Pour toutes ses raisons, le diagnostic peut être retardé de plusieurs mois voire de plusieurs années avec cependant un délai moyen de 4-6 mois alors qu'il est de deux mois et demi chez l'adulte de moins de 60 ans. Ce délai est d'autant plus retardé que le patient est âgé et poly pathologique<sup>8,9</sup> en particulier s'il a des

facteurs de risque cardio-vasculaire. Notre patient qui a un diabète évoluant depuis 38 ans avec HTA et dyslipidémie l'on été en droit d'évoquer un AVC d'autant plus que la notion d'influence à l'effort n'était pas nette à l'interrogatoire.

Le diagnostic est porté devant l'existence d'anticorps anti acétylcholine à un taux très élevé à 18,28 nmol/l (N=0,4nmol/l) ainsi qu'un EMG discrètement perturbé mais en faveur d'un bloc neuromusculaire au niveau du nerf spinal droit. Les anticorps anti-acétylcholine sont spécifiques et confirme le diagnostic ; leur positivité a été retrouvée dans 91% des cas chez fraise et al.<sup>1</sup>. Le test à la prostigmine® est également important pour le diagnostic mais à une spécifique moindre. Un bilan immunologique est indispensable et doit permettre de rechercher les anticorps anti thyroïde, anti muscle strié<sup>10</sup> un scanner thoracique pour rechercher un thymome. La présence d'un thymome quoique rare est un argument supplémentaire<sup>6</sup>. Au plan pronostic notre patient qui avait un score d'Osserman au stade III était classé comme sévèrement atteint ; en effet ce score évalue le pronostic de la maladie. Dans la série de Fraise<sup>1</sup> le stade II (60%) est le plus fréquent suivi du stade I, (22,22%) puis III (17,77%).

### III- TRAITEMENT

L'utilisation d'anticholinestérasique seul ne suffit pas en général, l'association des corticoïdes est indispensable. Chez le diabétique ou l'hypertendu les effets secondaires des corticoïdes font préférer les immunosuppresseurs (azathioprine ou mycophénolate mofétil) ; de même les immunoglobulines ou la plasmaphérèse peuvent être intéressantes<sup>11</sup>. La thymectomie permet d'envisager une efficacité plus rapide du traitement mais le risque opératoire n'est pas inexistant<sup>6</sup>. Le séjour en réanimation est notre patient pour pneumopathie d'inhalation est retrouvé dans 13,04% par Durand et al. Le risque de décès semble lié au score d'Osserman au maximum de l'évolution de la maladie<sup>4</sup>. L'évolution semble favorable après un recul de 9 mois. Aussi la diminution rapide des besoins en insuline nous a conduits à la réduction de moitié la dose utilisée

avant le traitement de la myasthénie.

### CONCLUSION

Chez le sujet âgé le diagnostic de myasthénie peut être difficile et donc retardé devant une symptomatologie peu typique surtout lorsqu'il existe une co morbidité tel le diabète ou l'HTA. IL faut y penser devant un déficit facial ou bulbaire et rechercher une symptomatologie d'effort.

### REFERENCES

- 1-Fraise T, Labauge P, Camú W, Arlaud P, De Waziers B. Myasthénie du sujet âgé : diagnostic, co morbidité et évolution à propos des 45 cas. Presse Méd. 2007, 36, 1, 9-14.
- 2-Plantas E, Milleron O, Bouchon JP, Laurent M, Roger M, Verny M, Myasthénie du sujet âgé : 1 cas de révélation particulièrement tardive. Presse Méd. 2000, 29, 15 : 835-837.
- 3-Trabelsi L, Charfi N, Triki Ch, Mnif M, Rekik N, Mhiri Ch, Abid M, Myasthénia gravis and hyperthyroidism : two cases ; Ann Endoc, 2006,67 ; 3 ; 265-269.
- 4-Durant F, Camdessanché JP, Jomir L, Antoine JC, Cathébras P, Myasthenia du sujet âgé : analyse rétrospective de 23 observations.
- 5-Sarraux-Bonnellon A, Raffin B, Vautier F, Laudet J, Myasthénie et sujet âgé : à propos d'une observation. Rév Méd. Int,2001 ; 22 ; 987-7.
- 6-Billé-Turc F, Padovani R, Pouget J, Serratrice G, Billé J. La myasthénie de révélation tardive : 34 cas chez des patients de plus de 65 ans. Rév Neurol. 1997 ;153 ; 129-34.
- 7-Kleiner-Fisman G, Kott HS. Myasthenia gravis mimicking stroke in elderly patients. Mayo Clin Proc. 1998; 73: 1077-8.
- 8-Chua E, Mc Laughlin C, Sharma AK. Myasthenia gravis and recurrent falls in an elderly patient. Age Ageing 2000; 29: 83-4.
- 9-Schon F, Dray son M, Thompson RA. Myasthenia gravis and elderly people. Age Ageing. 1996; 25: 56-8.
- 10-Confavreux C, Cortinavis-Tourniaire P, Moreau T. Syndrome myasthénique. Rév Prat. 1997 ; 47 : 1023-8.
- 11-Kaltenbach G. Les corticoïdes en gériatrie. Rév Gériatr. 1998 ; 24 : 623-8.