

Hémichorée chez une femme diabétique

Li Cai MSc, Xian-Zheng Tan MD

■ Citation : *CMAJ* 2022 June 13;194:E812. doi : 10.1503/cmaj.211367-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.211367

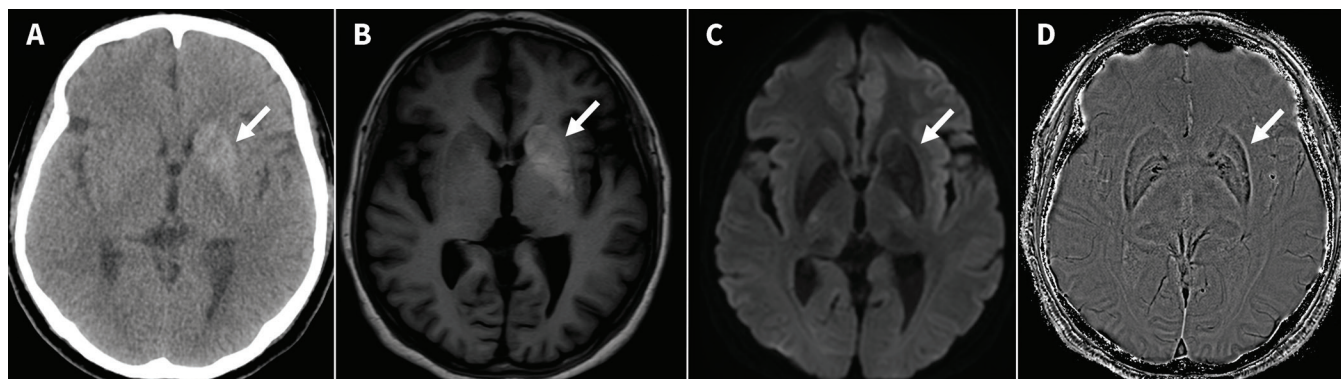


Figure 1 : Imagerie cérébrale d'une femme de 45 ans présentant une hémichorée droite. (A) La tomodensitométrie ordinaire a montré une hyperdensité asymétrique au niveau du corps strié gauche (flèche). (B) L'imagerie par résonance magnétique pondérée en T_1 a montré un hypersignal à la région correspondante (flèche), sans diffusion restreinte. L'imagerie pondérée en diffusion (C) et l'imagerie pondérée par la sensibilité (D) ont confirmé l'absence de diffusion restreinte (c.-à-d., d'infarctus aigu) et l'absence d'hémorragie au niveau de l'anomalie du corps strié gauche (flèche).

Une femme de 45 ans atteinte depuis 10 ans d'un diabète de type 2 mal contrôlé a consulté au service des urgences pour des mouvements involontaires intermittents du côté droit du visage et des membres droits depuis la veille. Elle n'avait pas d'antécédents familiaux de troubles moteurs. L'examen physique a révélé une hémichorée droite, une tension artérielle à 162/86 mm Hg. Sa glycémie à jeun et son hémoglobine A_{1c} étaient élevées (respectivement 286 mg/dL [valeurs de référence 70–110] et 14,9% [valeurs de référence 4,8%–6,0%]), mais son osmolalité sérique était normale et elle ne présentait pas de cétose.

La tomodensitométrie (TDM) a montré une hyperdensité au niveau du corps strié gauche (figure 1A). L'imagerie par résonance magnétique (IRM) a montré une hyperintensité pondérée en T_1 dans la région correspondante, sans diffusion restreinte ni hémorragie (figures 1B–D). À partir des signes cliniques et radiologiques, nous avons diagnostiqué une striatopathie diabétique. Nous avons adéquatement régularisé la glycémie de la patiente au moyen d'insuline et sa chorée est entièrement rentrée dans l'ordre en l'espace de 3 semaines.

La striatopathie diabétique, aussi appelée hémichorée-hémiballisme hyperglycémique non cétoïque, s'observe surtout chez les patients vivant avec un diabète de type 2 mal contrôlé; sa prévalence est d'environ 1 cas sur 100 000 personnes¹. La régularisation de la glycémie forme la base du traitement. La striatopathie diabétique se caractérise par une

chorée unilatérale et des anomalies au niveau du corps strié controlatéral aux épreuves de neuro-imagerie^{1,2}. Parmi les signes neuroradiologiques pathognomoniques, mentionnons une hyperatténuation au niveau du corps strié à la TDM et une hyperintensité en T_1 à l'IRM. Quatre mécanismes pathophysiologiques potentiels ont été proposés : infarctus avec astrocytose, micro-hémorragie, formation de dépôts minéraux et démyélinisation³. Chez notre patiente, l'IRM n'a montré aucun signe de diffusion restreinte ni de dépôts minéraux pathologiques, ce qui rendait les 3 premières hypothèses peu probables. La dessiccation des protéines due à la dégénérescence Wallérienne pourrait expliquer les signes radiologiques. La striatopathie diabétique est parfois prise à tort pour une hémorragie hypertensive et est alors traitée de façon inappropriée. La caractéristique qui permet de distinguer l'une de l'autre est l'absence d'effet de masse et l'épargne de la capsule interne dans la striatopathie diabétique^{1,3}. L'IRM pondérée par la sensibilité est utile pour exclure l'hémorragie.

Références

1. Chua CB, Sun CK, Hsu CW, et al. "Diabetic striatopathy": clinical presentations, controversy, pathogenesis, treatments, and outcomes. *Sci Rep* 2020;10:1594.
2. Atay M, Yetis H, Kurtcan S, et al. Susceptibility weighted imaging features of nonketotic hyperglycemia: unusual cause of hemichorea-hemiballismus. *J Neuroimaging* 2015;25:319-24.
3. Priola AM, Gned D, Veltri A, et al. Case 204 : Nonketotic hyperglycemia-induced hemiballism-hemichorea. *Radiology* 2014;271:304-8.

Intérêts concurrents : Aucun intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Les auteurs ont obtenu l'autorisation de la patiente.

Affiliations : Service de neurologie (Cai), Troisième hôpital de Changsha; Service de radiologie (Tan), Hôpital provincial du peuple du Hunan, Premier hôpital affilié de l'Université normale du Hunan, Changsha, Hunan, Chine

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Financement : Cette recherche a été appuyée par la Fondation Renshu de l'Hôpital provincial du peuple du Hunan (RS201813), la Fondation pour la Commission de la santé de la province du Hunan (20200590) et la Fondation des sciences naturelles pour les jeunes chercheurs de la province du Hunan (2020JJ5304).

Correspondance : Xian-Zheng Tan, xianzhengtan@163.com

Les images cliniques sont choisies pour leur caractère particulièrement intéressant, classique ou impressionnant. Toute soumission d'image de haute résolution claire et bien identifiée doit être accompagnée d'une légende aux fins de publication. On demande aussi une brève explication (300 mots maximum) de la portée éducative des images, et des références minimales. Le consentement écrit du patient au regard de la publication doit être obtenu avant la soumission.