

Atteinte vasculaire inflammatoire sans aortite dans l'artérite à cellules géantes: à propos de 3 cas

Jérémy, ANTONIADIS, Interne, Service de Médecine interne, Hôpital Nord, AP-HM, Marseille, France

- Audrey, BENYAMINE, MCU-PH, Service de Médecine Interne, Hôpital Nord, AP-HM, Marseille, France
- Estelle, JEAN, Praticien Hospitalier, Service de Médecine Interne, Hôpital de la Timone, AP-HM, Marseille, France
- Pierre-Yves, JEANDEL, Praticien Hospitalier, Service de Médecine Interne Hôpital Archet 1, Nice, France
- Aurélie, DAUMAS, PU-PH, Service de Médecine Interne, Gériatrie et Thérapeutique, Hôpital de la Timone, AP-HM, Marseille, France
- Brigitte, GRANEL, PU-PH, Service de Médecine Interne, Hôpital Nord, AP-HM, Marseille, France
- Quentin, GOMES DE PINHO, AHU, Service de Médecine Interne, Hôpital Nord, AP-HM, Marseille, France

Introduction :

L'artérite à cellules géantes (ACG) est la vascularite la plus fréquente après 50 ans. L'atteinte inflammatoire des gros vaisseaux (LVV) est fréquente, observée dans 40 à 70% des cas et concerne principalement l'aorte (1). Nous présentons ici trois cas d'ACG avec LVV qui nous ont parus d'intérêt car sans atteinte aortique associée.

Cas n°1

Un patient de 77 ans consultait pour une cécité brutale de l'œil gauche avec céphalées, cervicalgies et claudication de la mâchoire évoluant depuis plusieurs mois. La protéine C réactive (CRP) était à 90 mg/L. L'examen ophtalmologique retrouvait une névrite optique ischémique antérieure aiguë. La biopsie de l'artère temporale (BAT) confirmait le diagnostic d'ACG. Une TEP-TDM retrouvait une hyperfixation au niveau des artères vertébrales, sous-clavières et fémorales, sans atteinte aortique (**Fig.1**). Le suivi a été marqué par une corticodépendance à 3mg/L.

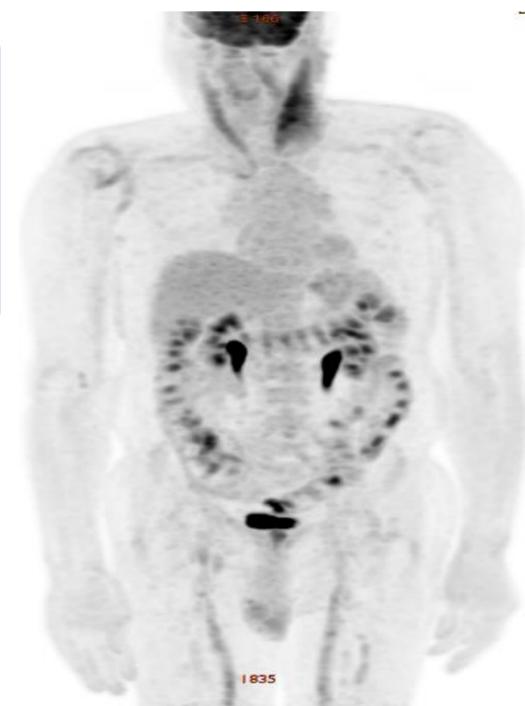


Figure 1

Cas n°2

Un patient de 65 ans était hospitalisé pour une altération de l'état général (AEG) fébrile évoluant depuis 1 mois avec céphalées, hyperesthésie du cuir chevelu, cervicalgies et douleurs des épaules d'horaire mixte. La CRP était à 119 mg/L. La TDM retrouvait une atteinte inflammatoire isolée de l'artère mésentérique inférieure. La BAT confirmait le diagnostic d'ACG. Le suivi de ce patient montrait une corticodépendance ainsi que des complications infectieuses digestives à type de sigmoïdite ayant nécessité la mise en place d'une colostomie. Les imageries de suivi ont montré une régression de l'atteinte inflammatoire de l'artère mésentérique inférieure sous cortisone

Cas n°3

Un patient de 77 ans consultait pour une AEG avec céphalées depuis 4 mois. Il présentait des arthralgies inflammatoires des ceintures avec hyperesthésie du cuir chevelu et induration de l'artère temporale gauche. La CRP était à 195 mg/L. Le patient ne présentait pas de manifestations ophtalmologiques. Une TEP-TDM retrouvait une atteinte inflammatoire des artères vertébrales, temporales, carotides internes, occipitales et de la racine des membres, sans atteinte aortique (**Fig.2**). L'IRM cérébrale montrait des AVC cérébelleux bilatéraux et des lacunes du centre semi-ovale gauche, frontal droit et gauche en lien avec une vascularite cérébrale. Le suivi a été marqué par une rechute d'ACG lors de la décroissance de la cortisone (céphalées et élévation de la CRP), puis une bonne évolution sous décroissance plus douce.



Figure 2

Conclusion :

Nous vous présentons ici trois cas d'ACG avec atteinte inflammatoire vasculaire des troncs supra-aortiques, des artères digestives et des membres inférieurs, sans atteinte aortique. Les atteintes des membres sont rares dans l'ACG touchant 1% des patients (2,3). Elles sont associées dans 85% des cas à une atteinte de l'aorte (2). L'atteinte mésentérique est peu décrite avec une trentaine de cas publiés, le plus souvent sur des tableaux d'ischémie mésentérique (4). Le progrès de l'imagerie permet des diagnostics précoces de LVV au cours de l'ACG, aussi nos observations encore rares aujourd'hui seront probablement davantage rapportées à l'avenir.

Références Bibliographiques principales :

- [1]Dejaco C, Ramiro S, Duftner C, Besson FL, Bley TA, Blockmans D, et al. EULAR recommendations for the use of imaging in large vessel vasculitis in clinical practice. Ann Rheum Dis 2018;77:636–43.
- [2]de Boysson H, Espitia O, Liozon E, Daumas A, Vautier M, Dumont A, et al. Vascular Presentation and Outcomes of Patients With Giant Cell Arteritis and Isolated Symptomatic Limb Involvement. J Clin Rheumatol 2020;26:248–54.
- [3]Lorthioir A, Marie I, Tetart F, Bernet J, Lévesque H. [Mesenteric artery involvement in giant cell arteritis: two cases and literature review]. Rev Med Interne 2008;29:1007–12.
- [4]Arbaoui S, Rezziki A, Kejiou H, Serraj KA, Benzirar A, El Mahi O. [Bilateral sub-acute upper limb ischemia revealing Horton's disease, a rare presentation : A case report and literature review]. Ann Cardiol Angeiol (Paris) 2024;73:101677.

