

UN CAS DE VASCULARITE DES GROS VAISSEAUX SECONDAIRE À UNE HÉPATITE B CHRONIQUE ACTIVE

- Laure, LE VAN, Interne, médecine interne, UFR Santé, CHU Rouen
- Benjamin, MEMBREY, PH, médecine interne, GHT CAUX MARITIME, DIEPPE, FRANCE
- Cécile, DEVLOO, PH, médecine interne, GHT CAUX MARITIME, DIEPPE, FRANCE

PRESENTATION DU CAS

Il s'agit d'un **patient de 61 ans**, originaire du Vietnam, en France depuis 1986, tabagique actif, ayant pour principal antécédent une chirurgie de la coiffe des rotateurs. On note une hépatite B chez sa mère et sa grand-mère. Il travaille dans une centrale nucléaire et voyage régulièrement au Vietnam et au Nigeria.

Le patient consulte pour des **arthralgies et gonflement des MCP, IPP et IPD**, lombo-pygalgie droite et talalgie d'horaires inflammatoires, sans altération de l'état général. Cliniquement, on retrouve la présence de **lésions livédoïdes et nécrotiques du talon et de la pulpe des 3e, 4e et 5e orteils** associés à une érythrocyanose.

À l'imagerie, l'échographie articulaire ne retrouve pas de synovite ou ténosynovite. Les radiographies et IRM ne mettent pas en évidence de sacro-iliite. L'échographie doppler artériel des membres inférieurs montre une bonne perméabilité des axes vasculaires. La capillaroscopie ne montre pas de microangiopathie organique. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien injecté ne montre pas de syndrome tumoral. Les lésions cutanées ne sont pas biopsiées du fait de leur localisation.

Biologiquement, NFS sans particularité et absence de syndrome inflammatoire. Bilan hépatique, TP, EPP et CPK normaux. Facteur rhumatoïde positif à 145 UI/mL, anti-CCP négatifs, typage HLA B27 négatif. ANCA négatifs ; Anti-ADN natif et anti-nucléaires négatifs ; bilan SAPL négatif, DOT myosite et sclérodermie négatifs, C3 C4 normal, recherche cryoglobuline négative, mutation JAK2 négative ; protéinurie des 24 heures normale ; hémocultures négatives.

Le bilan infectieux révèle une sérologie hépatite B avec des Ag Hbs et Ac anti-HBc positifs, **la charge virale VHB est à 5,19 log UI/mL**. Les sérologies VHC, VHD et VIH sont négatives. L'échographie hépatique est normale. Elastographie à 6,3 kPa. Score de fibrose = FOF1.

Le TEP-TDM montre un **hypermétabolisme modéré mais significatif circonférentiel de la naissance de l'aorte jusqu'à l'isthme aortique (SUV max 2.4)** ainsi que des artères sous-clavières et des deux carotides internes (SUV max 1.8) en faveur d'une vascularite métaboliquement active d'intensité modérée

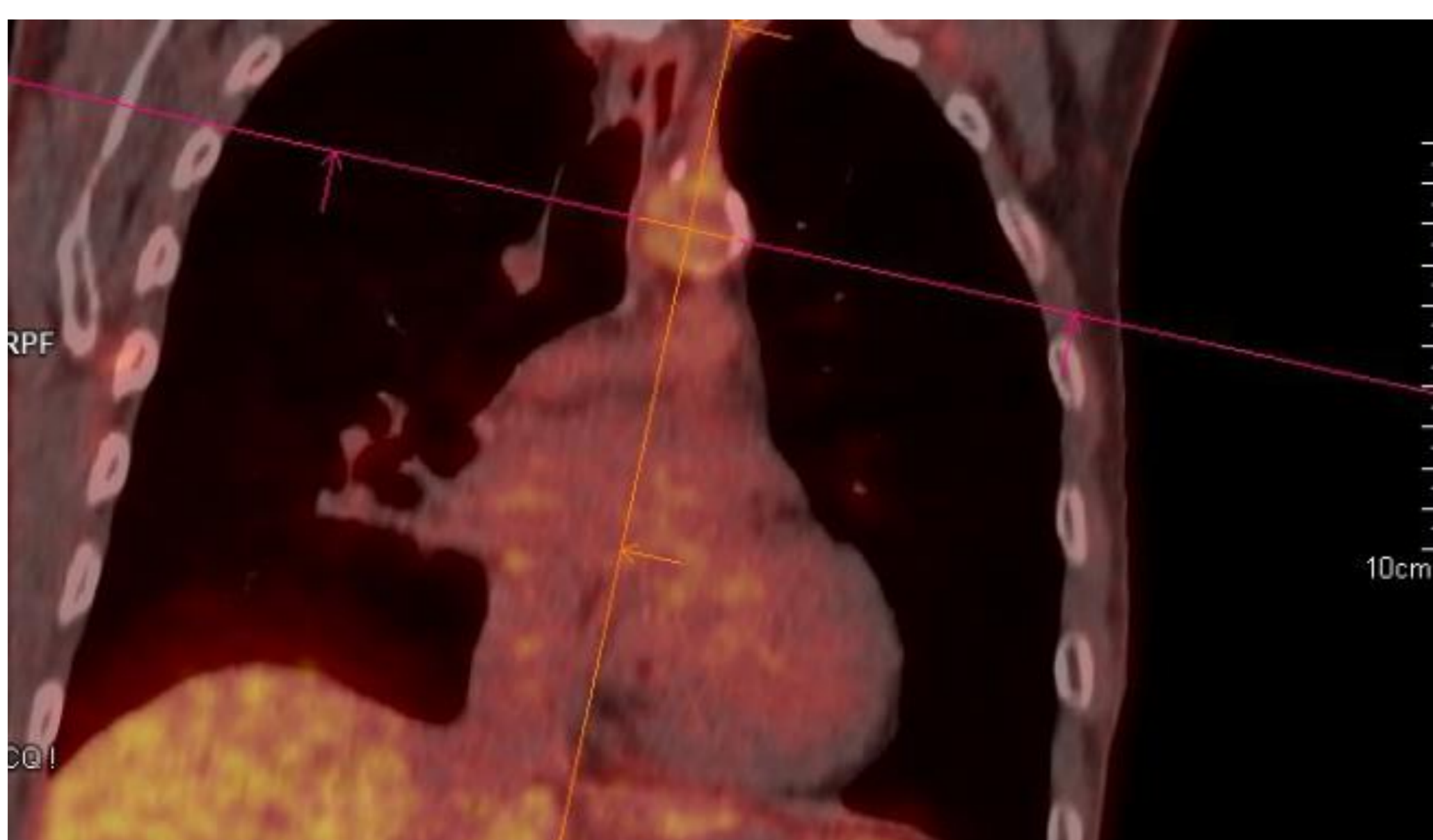
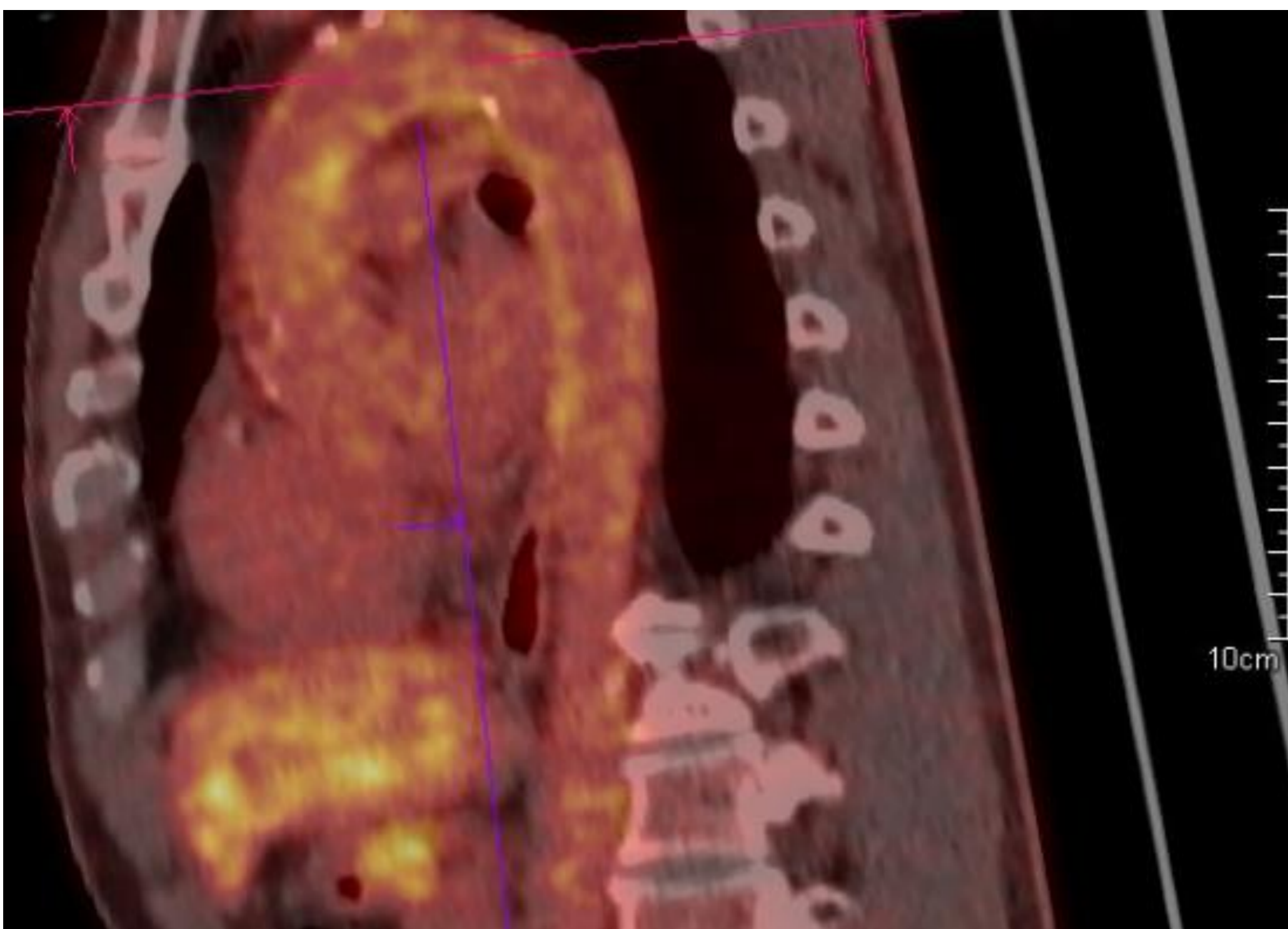


Image 1 : TEP-TDM, coupe coronale, avant traitement par TENOFOVIR

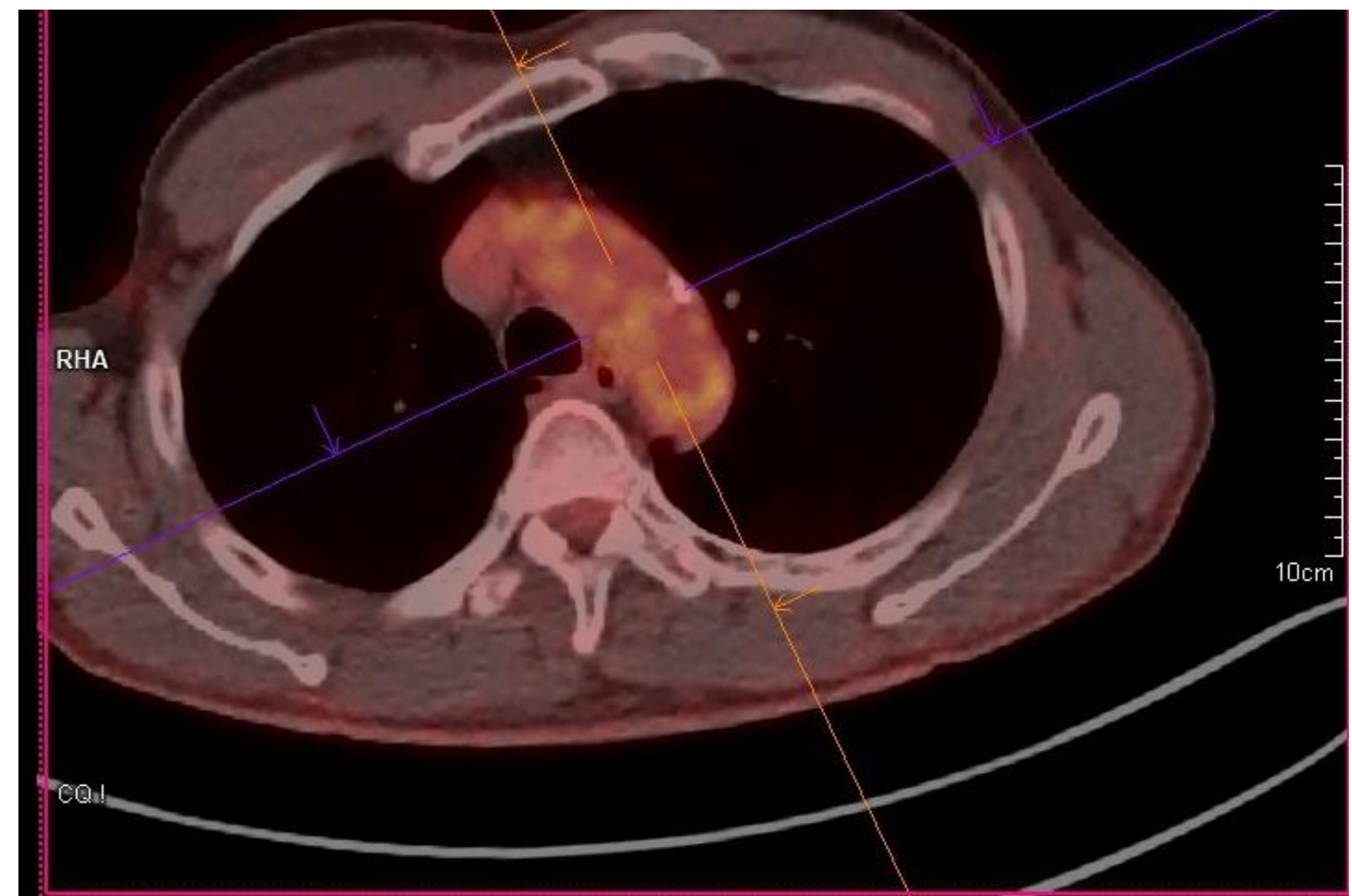


Image 2 : TEP-TDM, coupe axiale, avant traitement par TENOFOVIR



Image 3 : TEP-TDM, coupe axiale, après traitement de l'hépatite B

Un traitement par **TENOFOVIR** est introduit devant la présence de lésions extra-hépatiques de type vascularite associée à l'hépatite B chronique active. Ce traitement antiviral a permis la **disparition des lésions cutanées et la régression totale des lésions de vascularite au TEP-TDM** concomitamment à la **régression de la charge virale de VHB**.

DISCUSSION

Il s'agirait donc d'une vascularite secondaire des gros et moyens vaisseaux dans un contexte d'hépatite B chronique active.

La péri-artérite noueuse secondaire à une infection par le virus de l'hépatite B est une entité bien décrite dans la littérature, définie par une atteinte des vaisseaux de moyen calibre. Il s'agit à notre connaissance d'une première description de vascularite des gros vaisseaux associée au virus de l'hépatite B.