

ZAPPING MEDICAL #7

MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES :
UN DEFI BRULANT

Mardi 20 Mai 2025

ZAPPING MEDICAL #7

Artérite à cellules géantes (maladie de Horton)

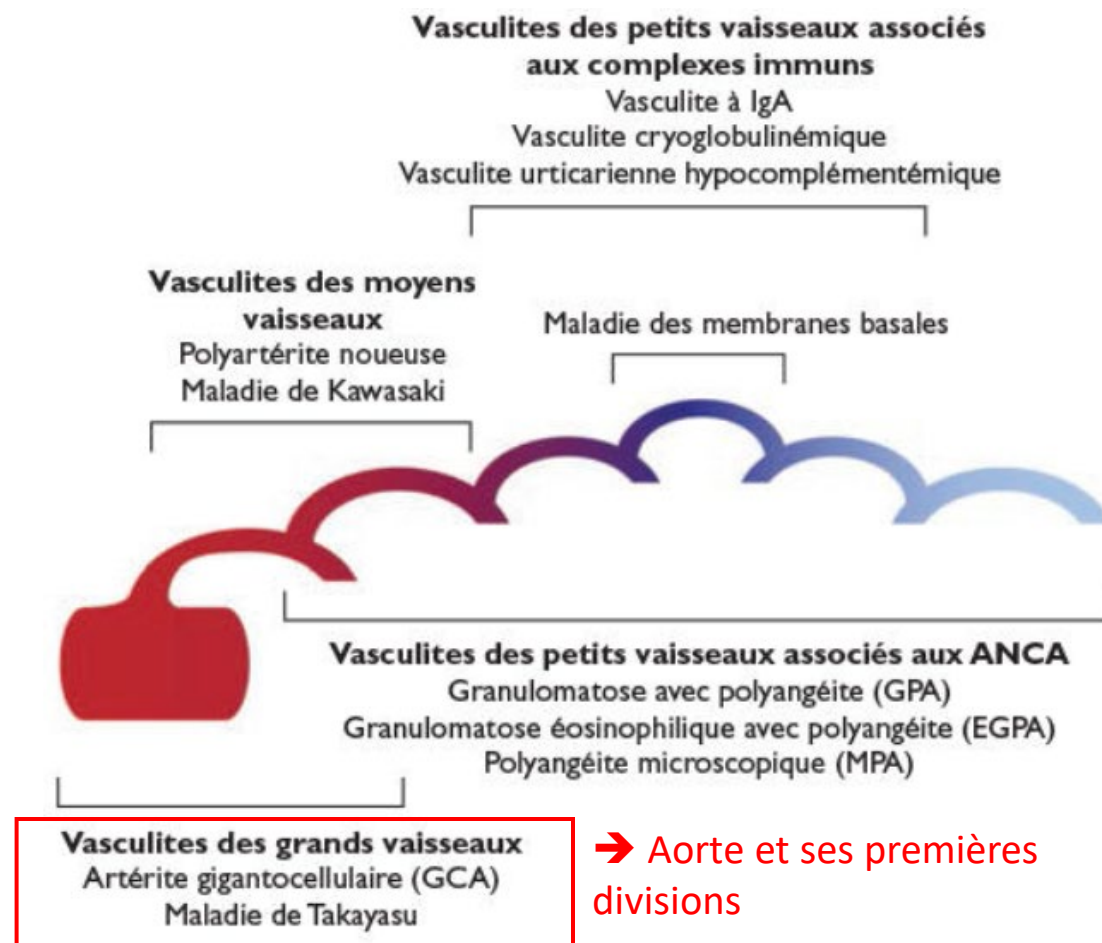
Thomas Escoda (interniste)

Mardi 20 Mai 2025

Vascularite

Désigne un processus inflammatoire des vaisseaux

- Cause infectieuse
- Médicamenteuse
- Paranéoplasique
- Inflammatoire/auto-immune



Classification de Chapel Hill

Epidémiologie de l'Artérite à cellules géantes (ACG)

- La plus fréquente des vascularites de l'adulte
- Ratio F/H > 2 ; âge > 50 ans
- Caucasien (gradient Nord>Sud facteur 2 à 5)
- **Incidence:** 10 pour 100 000 en France
- **Prévalence** augmente avec l'âge de 1/10 000 en population générale à 1/1000 entre 60-69 ans et 1/120 au-delà de 80 ans

Maladie de cause inconnue
 Association à HLA DRB1*0401/0404
 Gènes associés IL-10, IL-17, protéines régulant réponse lymphocytaire
 Facteurs épigénétiques (IFN, TNF, LyT)
 Trigger infectieux (VZV, COVID-19, influenza)
 Immunosénescence (baisse capacité d'immunorégulation)

Immunité innée et adaptative :

Cellules dendritiques/PNN, production IL-6/IL-23
 Th17 → stimulation LB
 Th1 → activation macrophages (destruction paroi)
 Défaut de Treg : stimulation LT-CD8 cytotoxique

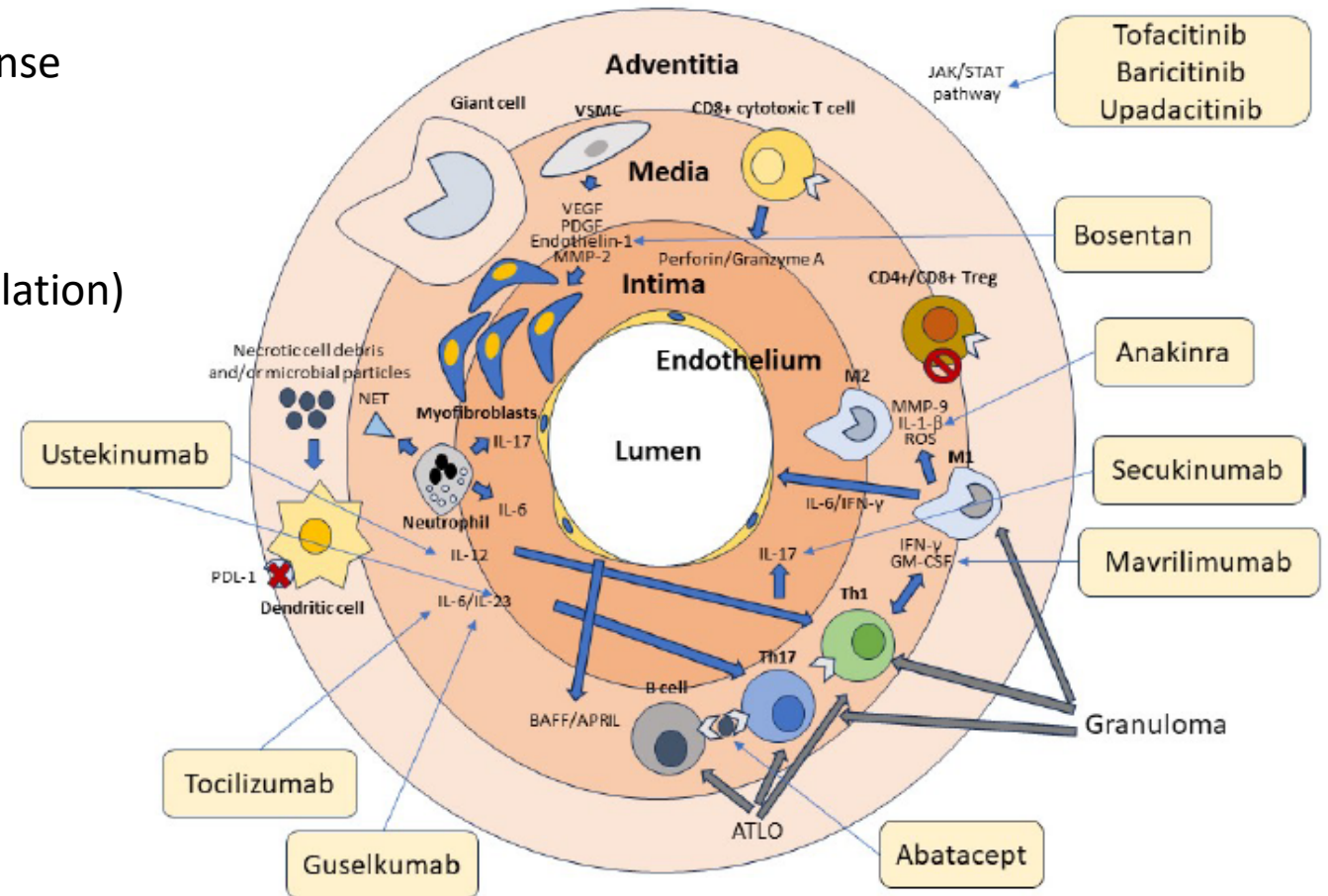


Tableau clinique : 2 formes cliniques

Signes généraux non spécifiques

AEG, amaigrissement
fièvre

« Crâniale »

Céphalée récente, temporale
Hyperesthésie du cuir chevelu
Claudication de la mâchoire
Artère temporale indurée
Perte pouls temporaux
Risque ophtalmologique : BAV, amaurose,
diplopie
Signes articulaires : PPR

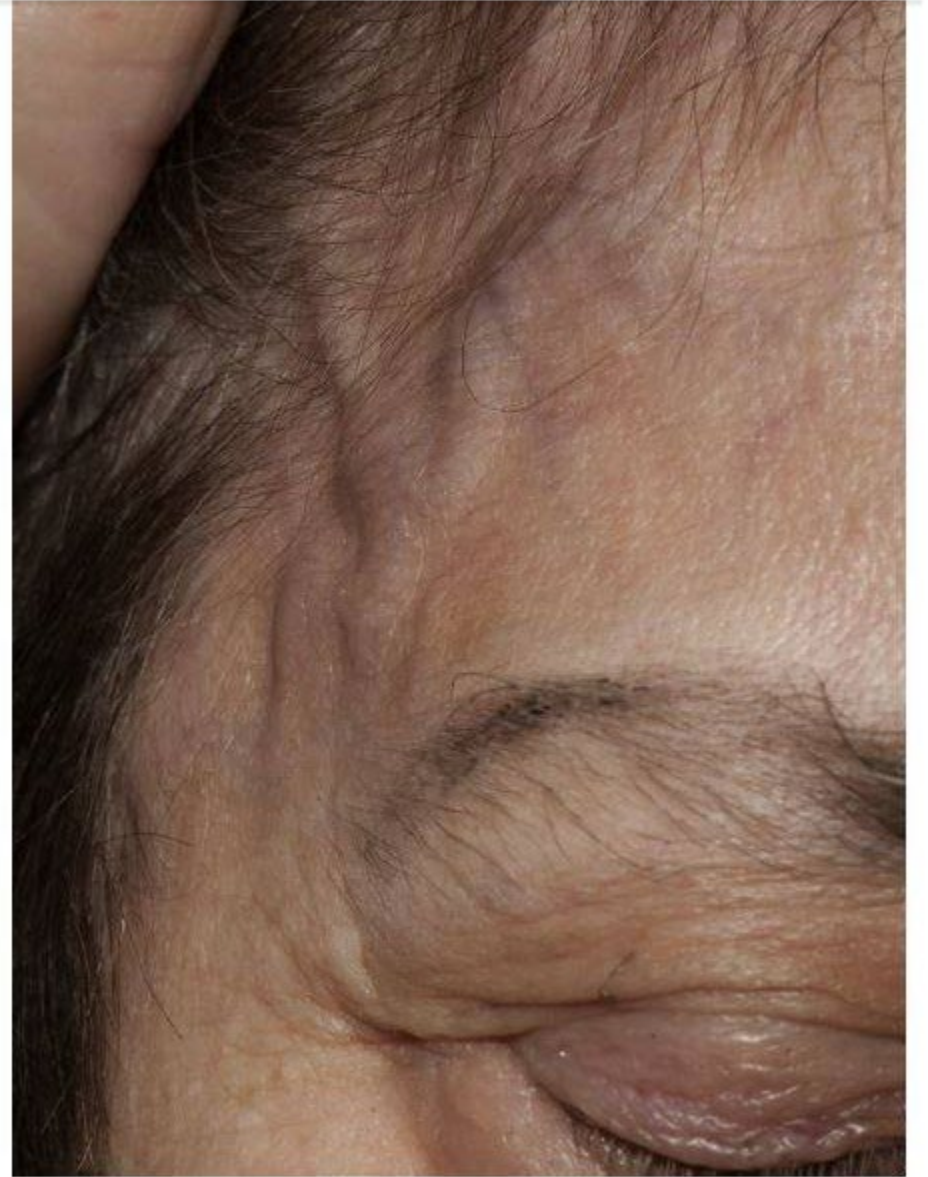
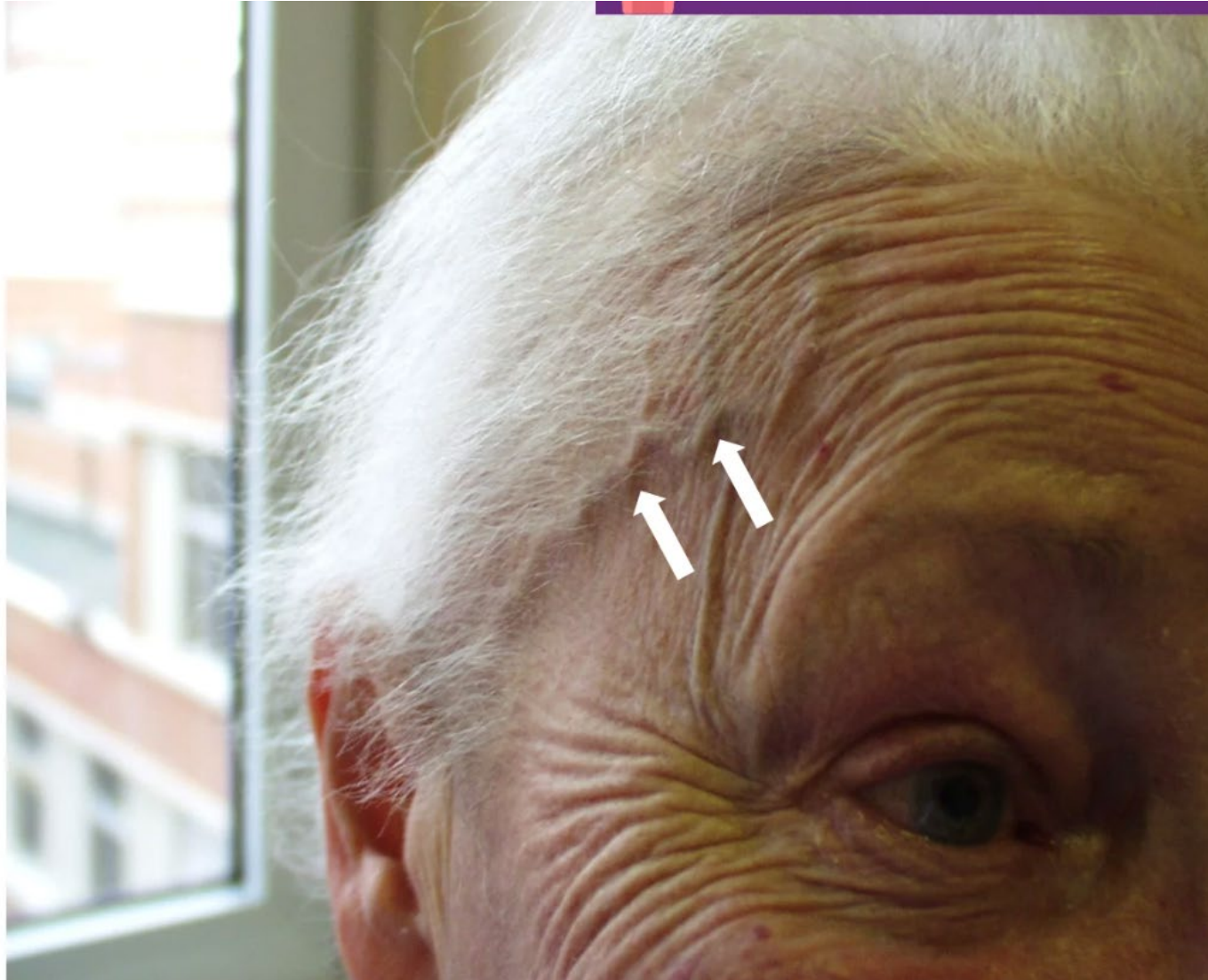


« Extra-crâniale »

Claudication des MI/MS
Asymétrie tensionnelle, souffle
vasculaire
Signes d'ischémie périphérique
Aortite
Risque évolution anévrysmale
Signes articulaires : PPR

Présentations atypiques :

Signes généraux isolés avec syndrome inflammatoire
Toux chronique
Syndrome confusionnel (sujet âgé)



Les Urgences diagnostiques et thérapeutiques

1/ Atteinte ophtalmologique : NOIA +++ (80% des complications ophtalmologiques), OACR, NOIP

BAV brutale, parfois précédée d'amaurose transitoire, unilatérale, non douloureuse

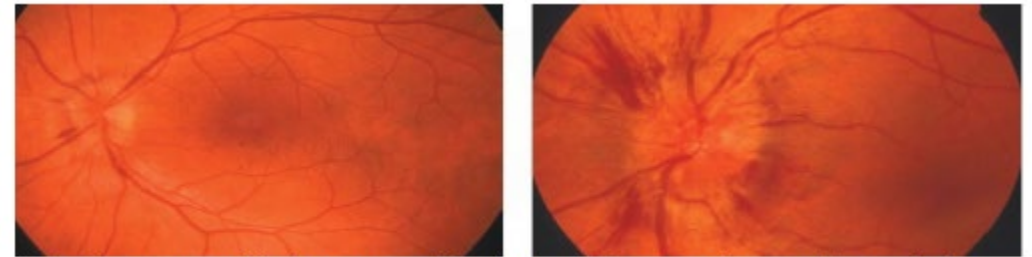
→ Toute NOIA/OACR/NOIP avec suspicion d'ACG (signes cliniques, élévation CRP, ischémie choroïdienne) : corticothérapie en urgence.

2/ Accident vasculaire cérébral (3% des ACG)

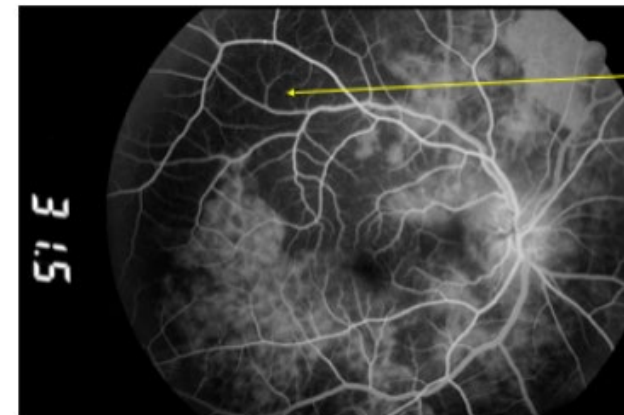
Atteinte vertébro-basilaire (Sd cérébelleux, Sd alterne)

3/ Ischémie de membre (rare)

4/ Anévrisme/dissection aortique : complications tardives



Oedèmes papillaires associés à des hémorragies en flammèches.



Zone hypo fluorescente sombre à 31.5 secondes témoignant d'un retard du remplissage de la choroïde

Bilan paraclinique

Biologie :

Syndrome inflammatoire avec **augmentation CRP (obligatoire)** et de la VS (Se de 99%)

Cholestase anictérique (30%, non spécifique)

Anémie et thrombocytose (inflammatoire)

Dg différentiel : bilan infectieux, PCT

ANCA

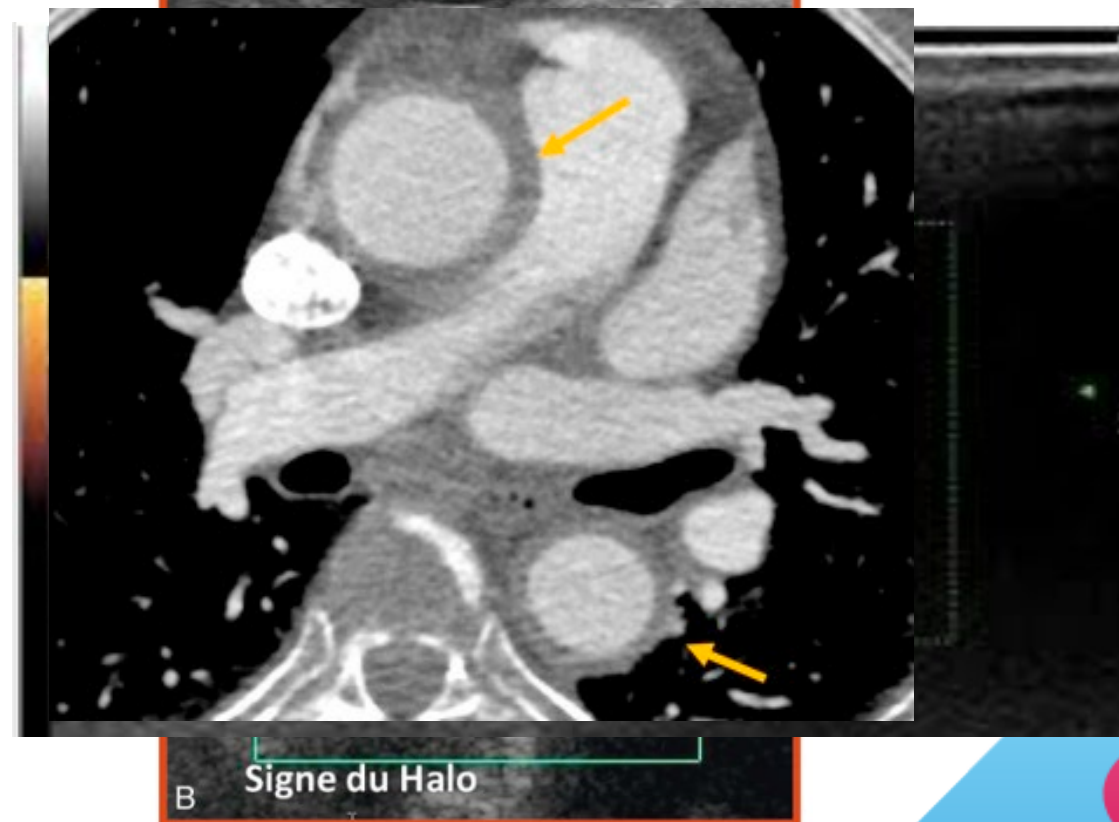
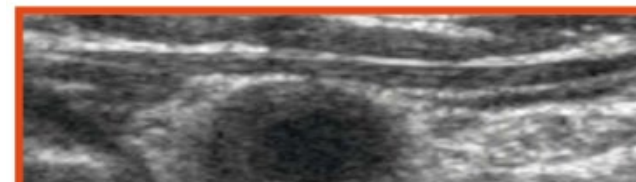
TDM TAP :

Dg différentiel infectieux/paranéoplasique

Aortite ?

Doppler des artères temporales et des TSAO :

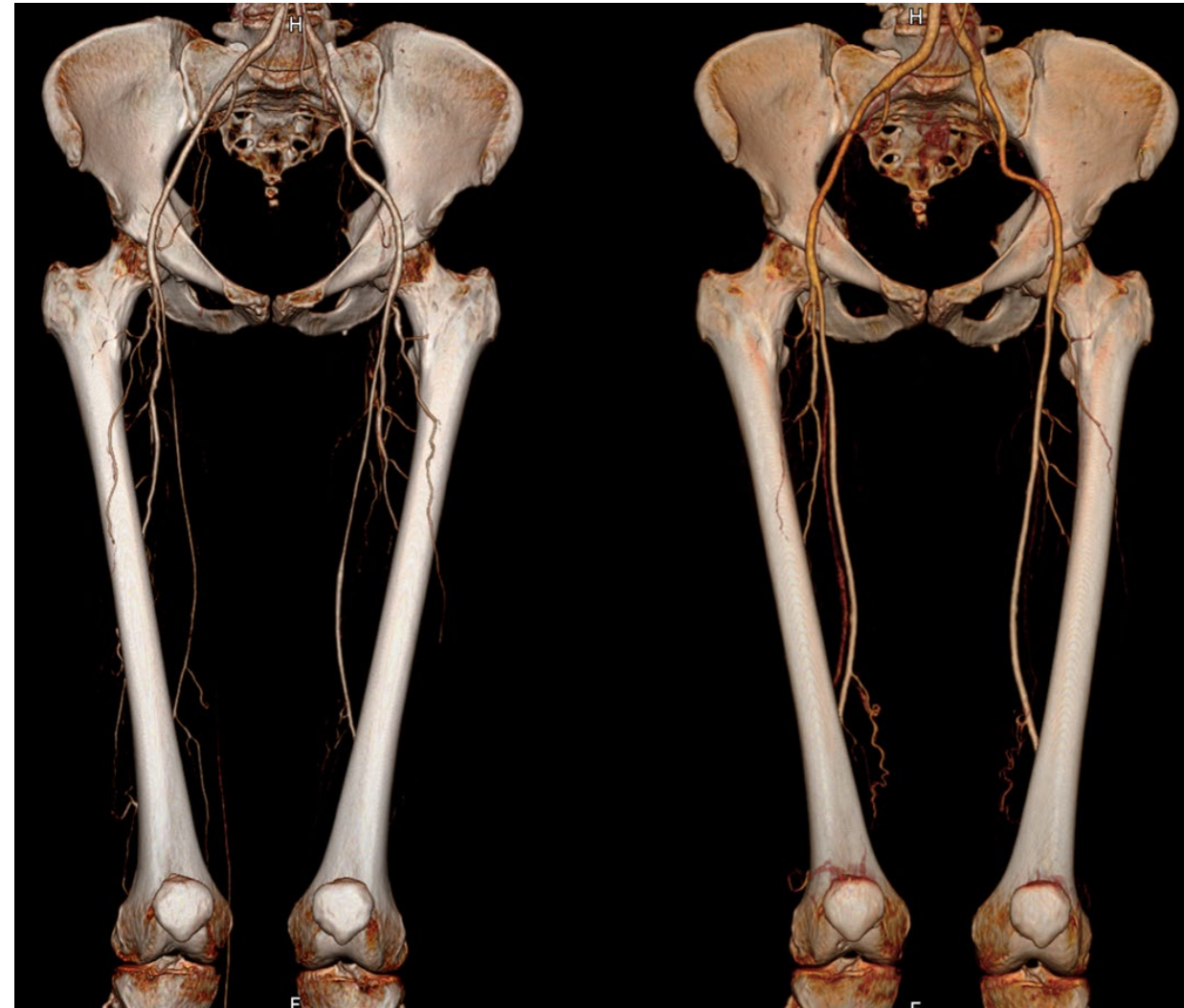
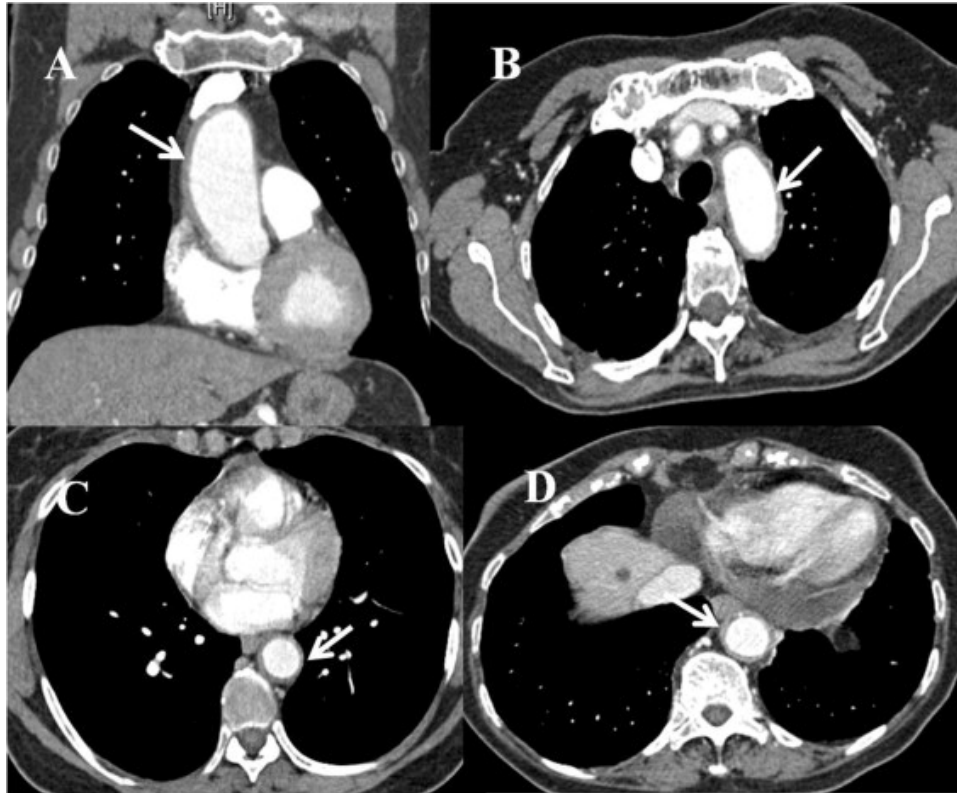
Recherche halo inflammatoire circonférentiel



Bilan paraclinique

Angioscanner aortique :

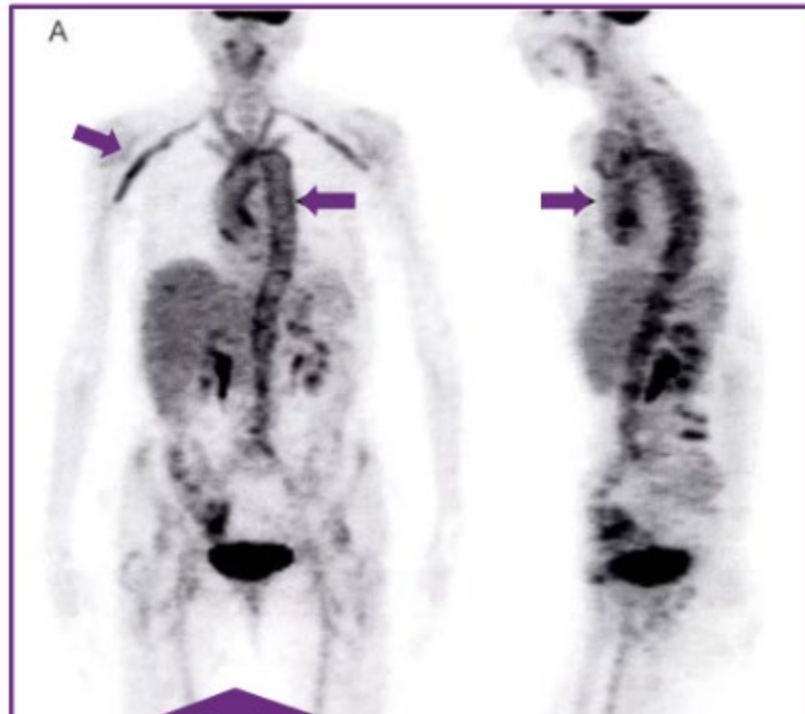
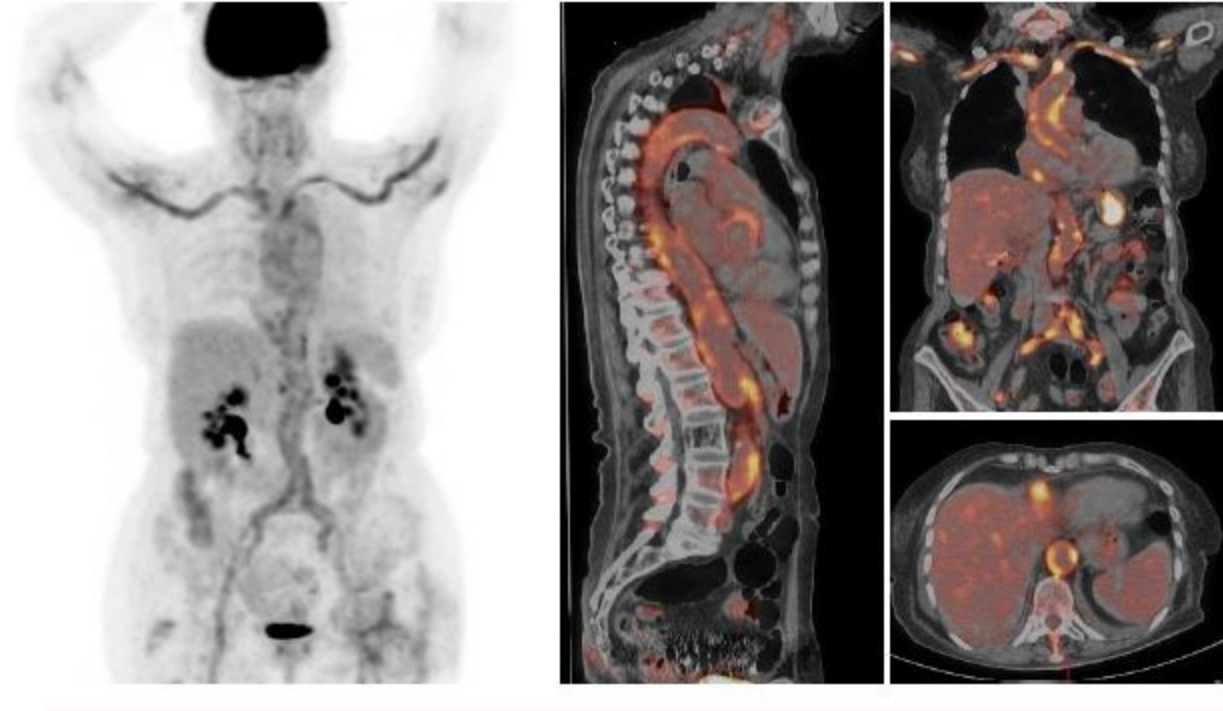
Plus sensible pour rechercher une aortite ou une atteinte vascularitique des branches de l'aorte



Bilan paraclinique

TEP scanner :

Recherche hyperfixation sur gros vaisseaux
Signe de PPR associée ?



Bilan paraclinique

Biopsie artère temporale

Examen de référence

Positive dans 60-80% des cas

Sous AL, antiagrégant et anticoagulant ok

Guidée par la clinique

Doit mesurer 1 cm

→ Panartérite gigantomégaclaire segmentaire et focale
Infiltrat cellules mononuclées de la média et/ou de l'intima. Présence d'une rupture de la limitante élastique interne et de cellules géantes = pathognomonique mais inconstantes

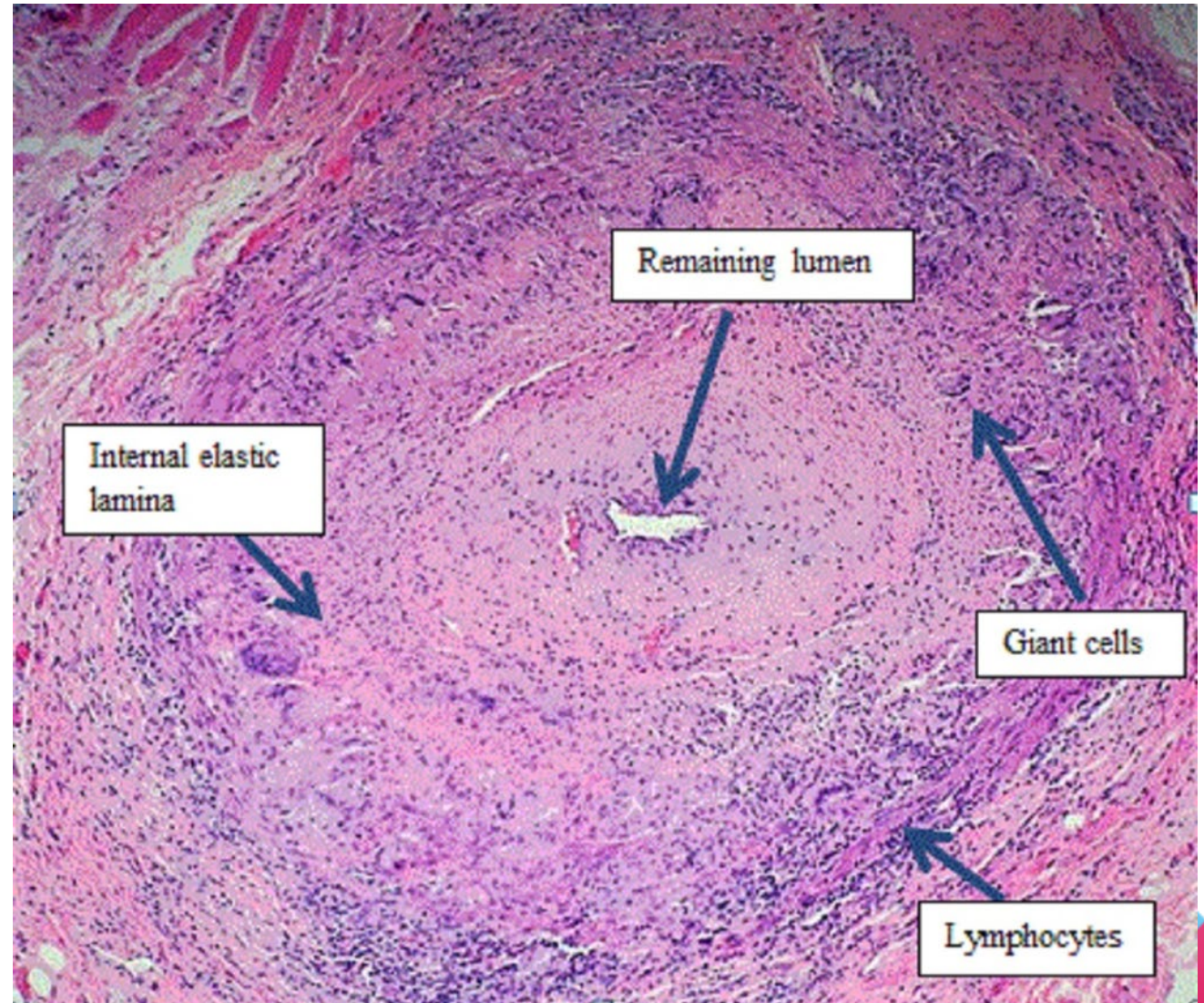
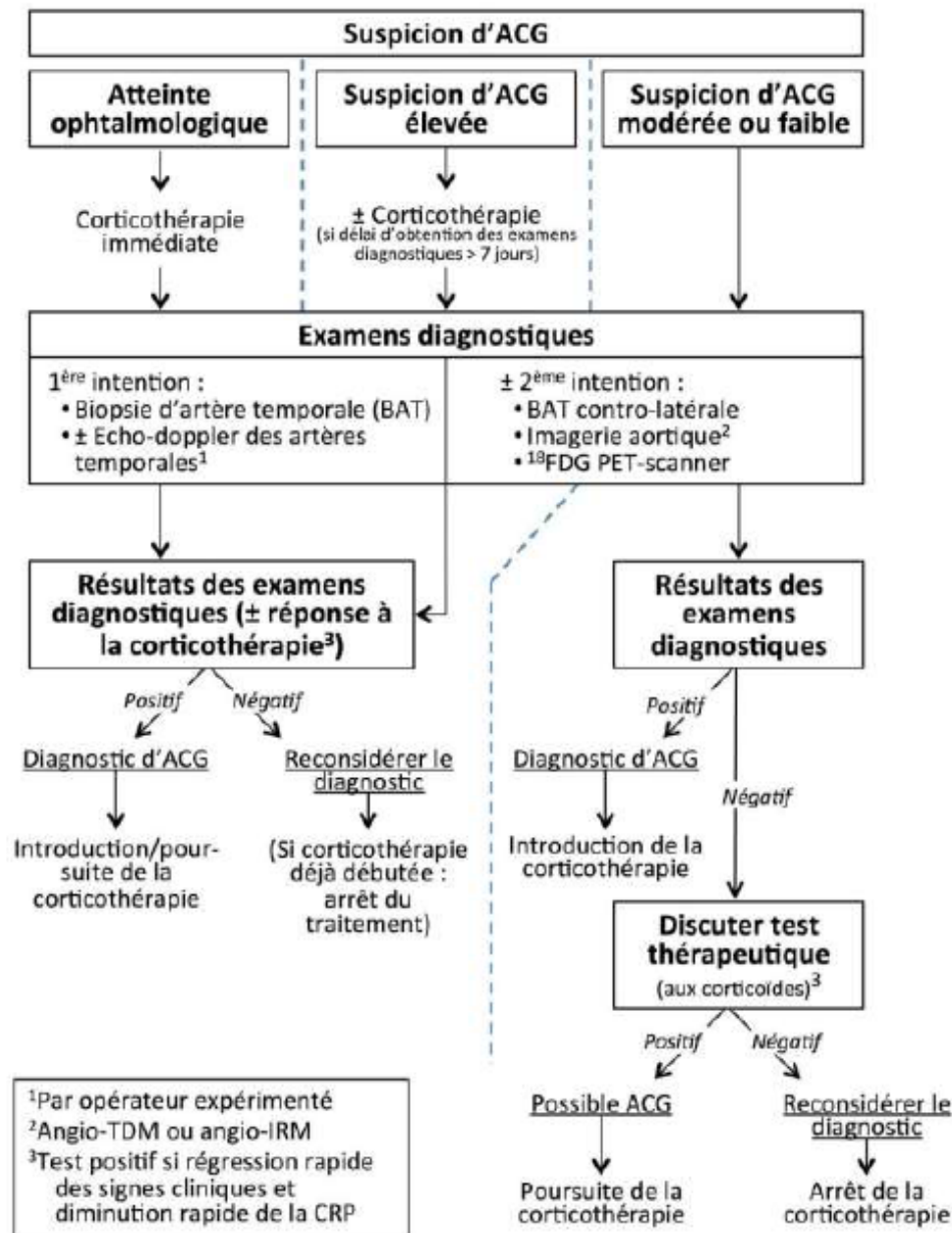


Figure 1. Algorithme diagnostique



BAT = référence mais non obligatoire si tableau typique + doppler ou TEP-scan en faveur

En pratique sur HE :

- Doppler des artères temporales : 24-48h
- TEP TDM : 2-3 jours
- BAT < 5 jours

Prise en charge thérapeutique

Traitement de première ligne :

Corticothérapie

- Bolus IV (15 mg/kg/j pdt 3 jours) si atteinte ophtalmologique puis relais per os 1 mg/kg + Antiagrégant plaquettaire
- 1 mg/kg per os si atteinte des gros vaisseaux/aortite avec complications ou ischémie de membre
- 0,7 mg/kg PO dans les autres cas

Mesures associées à la corticothérapie :

- régime hyposodé, pauvre en sucre, riche en protéines
- mise à jour calendrier vaccinal + pneumocoque + zona
- indication à traitement anti-ostéoporotique + supplémentation vitamine D et calcium

Risque de décompensation d'une comorbidité : diabète, HTA, insuffisance cardiaque, psychiatrique

Phase de décroissance : suite à dose d'attaque de 3-4 sem, les objectifs de dose à atteindre 15 à 20 mg/jour au 3ème mois, de 7,5 à 10 mg/jour au 6ème mois et de 5 mg/jour à 1 an

Prise en charge thérapeutique

Traitement de deuxième ligne :

Indication :

Phase initiale si impossibilité à une corticothérapie forte dose (diabète, trouble psychiatrique etc)

Rechute à la décroissance de la corticothérapie avec cortico-dépendance de haut niveau (>7,5 mg/j)

2 molécules sont utilisées dans cette indication :

- Methotrexate per os ou SC, fréquence hebdomadaire, posologie 7,5 à 15-20 mg/sem
- Anti-IL 6 : tocilizumab SC (hebdomadaire) ou IV (mensuel)

Durée 12 à 24 mois puis sevrage, risque de rechute à l'arrêt (jusqu'à 50% dans les études sur Tocilizumab)

Suivi

1/ De l'évolution de l'ACG (40 % de rechute) :

- Clinique : fièvre, céphalées, PPR
- Biologique : CRP, Fibrinogène, BH
- Imagerie ? Pas d'imagerie en systématique
TEP TDM ?

Rechute clinique et biologique :

- Dg différentiel ?
- Remonter corticothérapie, discuter traitement 2^e ligne.

2/ De l'apparition de complications en lien avec ACG

- Atteinte gros troncs artériels (anévrisme, dissection) : douleur thoracique/abdominale, claudication, dyspnée etc
- Imagerie vasculaire : doppler artériel ou angioscanner aortique ++

3/ Des effets secondaires du traitement

Risque infectieux sous MTX et Tocilizumab

CI tocilizumab si diverticulose colique : risque de perforation

NFS, BH, créatinine

Conclusion

Y penser devant :

- Toute céphalée inhabituelle d'apparition récente chez un sujet de plus de 50 ans, en particulier après 70 ans
- Les autres signes évocateurs : signes visuels (baisse de vision ou diplopie transitoire ou permanente), claudication (ou douleur) de la mâchoire, l'hyperesthésie du cuir chevelu, l'aspect saillant et induré des artères temporales, une PPR et des signes généraux
- Tout syndrome inflammatoire (CRP ++) isolé persistant

Que faire pour avancer dans le diagnostic (hors cas d'urgence) :

- Bilan infectieux + Scanner TAP pour dg différentiel avant d'adresser rapidement à l'interniste

En milieu spécialisé :

- Confirmation diagnostique dépend de la probabilité clinique et de l'accès aux examens complémentaires

Lien hôpital et médecine de ville :

- Réponse au traitement très bonne mais **rechute** et **iatrogénie** au long cours : infectieux, cardio vasculaire, métabolique, fracturaire

Contacts utiles

MedecinsMedecineInterne@hopital-europeen.fr

**MERCI POUR VOTRE
ATTENTION !**

  **NOVARTIS**  **CELLTRION**  **abbvie**  **AMGEN**
 **GSK**  **Pfizer**  **Biogen**  **AstraZeneca**  **sanofi**  **Lilly**