

Faut-il rechercher systématiquement l'atteinte cardiaque au cours de la maladie de takayashu ?

N. Ghaoui, H. Messaoudi, M. Ibrir, D. Si Ahmed, F. Bouali.

Service de médecine interne CHU Mustapha Bacha, Alger, Algérie

RÉSUMÉ

La maladie de Takayasu est une artérite inflammatoire des vaisseaux de gros calibre qui atteint avec prédilection l'aorte et ses principales branches. Elle survient au cours de la 2^{ème} décennie de vie. Le grand polymorphisme clinique et l'absence de critères biologiques spécifiques de cette maladie explique la difficulté et le retard diagnostique. Le diagnostic de la maladie de Takayasu repose en grande partie sur l'imagerie vasculaire. La présence des complications majeurs notamment (rétinopathie ; l'hypertension, l'insuffisance aortique et l'anévrisme) constitue un facteur pronostic qu'il faut dépister dès que le diagnostic de la maladie soit posé afin de proposer une meilleure décision thérapeutique et un bon suivi des patients.

Mots clés : Takayashu, Insuffisance aortique, anévrisme. Aortite.

INTRODUCTION

La maladie de Takayashu est une aorto-artérite inflammatoire primitive, non spécifique, intéressant principalement l'aorte et des principales branches de division, ou parfois l'artère pulmonaire. Le diagnostic de Takayasu est d'abord fondé sur la présence d'une atteinte artérielle de topographie particulière : l'atteinte des carotides primitives, des artères pulmonaires, de l'aorte sus et inter-rénale. Les autres arguments cliniques sont le sexe féminin, le jeune âge, l'origine ethnique, les manifestations générales non spécifique (érythème noueux, asthénie; arthralgies) ou biologiques (syndrome inflammatoire). L'atteinte cardiaque est rarement rapportée dans la littérature, l'hypertension artérielle représente la cause majeure mais il est à noter l'existence d'autres manifestations à type de coronaropathies, valvulopathies et rarement des myocardites. Elle conditionne le pronostic de la maladie et représente un critère de sévérité. Nous rapportons l'observation d'une patiente atteinte de maladie de takayashu chez qui l'atteinte cardiaque sévère était découverte fortuitement par l'imagerie sans pour autant soit symptomatique.

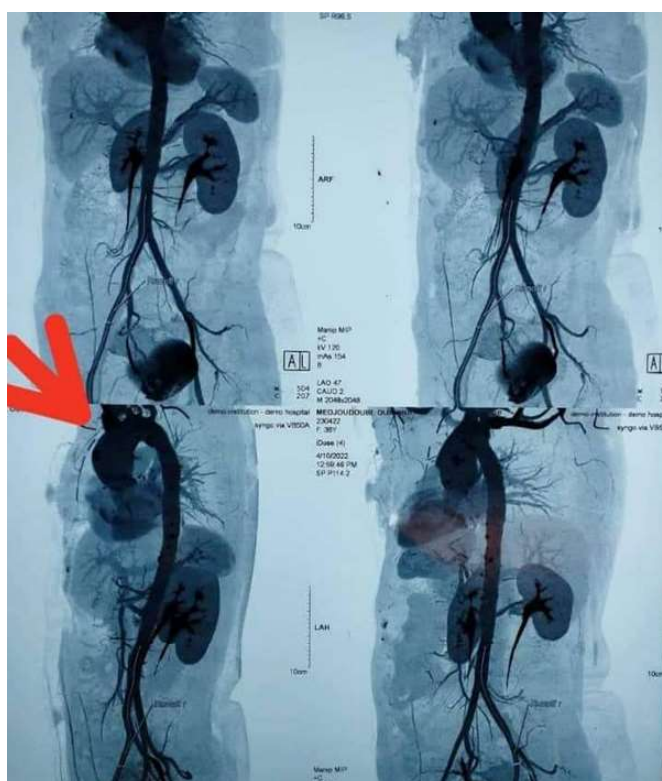
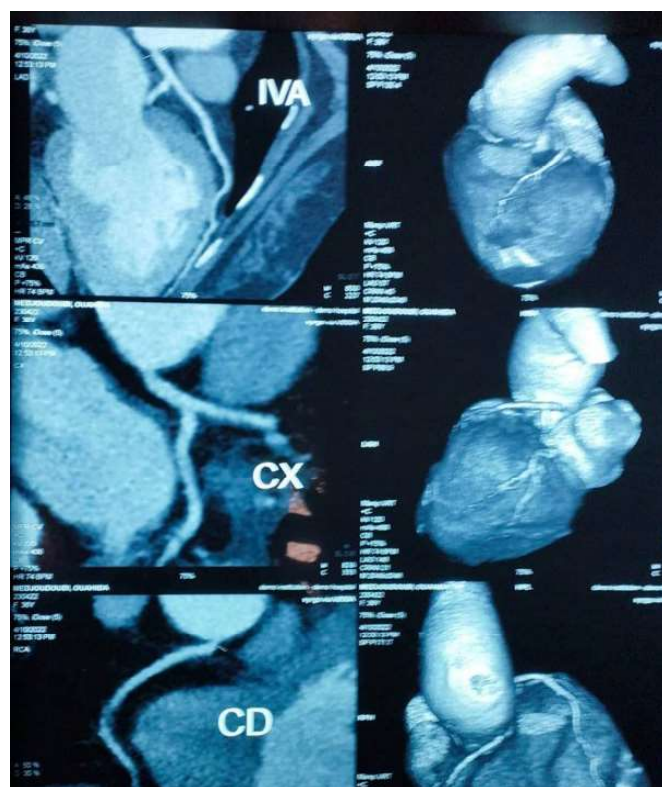
MÉTHODOLOGIE

C'est une jeune femme âgée de 36 ans chez qui le diagnostic de maladie de Takayashu a été posé il y a 3 ans sur les critères cliniques et radiologiques ; mal suivie, qui consulte pour une asthénie, arthralgies, dyspnée stade III de la NYHA, claudication des membres supérieurs, l'examen trouve un souffle carotidien bilatéral, Abolition du pouls brachial, anisotension, souffle diastolique au foyer aortique. Sur le plan paraclinique la malade présentait une anémie inflammatoire, vs accélérée, fibrinogène élevé, CRP négative, taux de troponines normal, bilan rénal correct, bilan hépatique, lipidique sans anomalies, bilan phosphocalcique normal, ionogramme sanguin, acide urique corrects .ECG : sans anomalies, échocardiographie : Fraction d'éjection conservée, IAO sévère , Hypertrophie ventriculaire gauche, avec hypertrophie septale, pas d'hypertension artérielle pulmonaire.

Angioscanner Thoraco-abdominopelvien montre une aortite inflammatoire active étendue avec sténoses des Troncs supra-aortiques et de l'artère rénale droite. Le coroscanner a mis en évidence une sténose ostiale du tronc coronaire et de la coronaire droite estimée à 30%, épaississement du bourrelet septal (figure 1), épaississement des cusps de la valve aortique, anévrisme important de l'aorte ascendante estimé à 57 mm (figure 2).

RÉSULTATS

Le diagnostic de Maladie de takayashu étendue active avec atteinte cardiaque sévère (Insuffisance aortique grade III, volumineux anévrisme de l'aorte ascendante, coronaropathies, et hypertrophie ventriculaire gauche) a été retenu ainsi. La malade était mise sous Bolus de METHYPREDNISOLONE 1g/j pendant 3 jours, relais per os PRECORTYL 1mg/kg /j, Méthotrexate injectable 25mg/ semaine et acide folique ; acide acétylsalicylique 100 mg, BISOPROLOL cp 5 mg, l'évolution n'était pas complètement favorable après 6 mois de traite-



ment, marquée par une amélioration partielle des symptômes et persistance du bilan inflammatoire biologique, un bilan pré thérapeutique pour la biothérapie à base de de TOCILUZUMAB a été initié, la malade a été programmée également pour un éventuel remplacement valvulaire après stabilisation de sa maladie.

CONCLUSION

L'atteinte cardiaque au cours de la maladie de takyashu semble être sous-estimée, mais sévère et peut compromettre le pronostic vital, d'où l'intérêt d'un dépistage systématique précoce, par les différents moyens d'imagerie médicale. La prise en charge doit être multidisciplinaire comportant le médecin interniste, le chirurgien cardiaque et vasculaire a fin d'assurer une meilleure prise en charge des patients.

RÉFÉRENCES

1. <https://www.em-consulte.com/article/1352673/maladie-de-takayasu%C2%A0facteurs-pronostiques-nouvell>
2. Soto ME, Espinola N, Flores-Suarez LF, Reyes PA. Takayasu arteritis: clinical features in 110 Mexican Mestizo patients and cardiovascular impact on survival and prognosis. Clin Exp Rheumatol. 2008;26(3suppl 49):S9–15. [PubMed] [Google

Scholar]

3. Saadoun D, Garrido M, Comarmond C, Desbois AC, Domont F, Savey L, et al. Th1 and Th 17 cytokines drive inflammation in Takayasu arteritis. Arthritis Rheumatol. 2015;67(5):1353–60. [PubMed] [Google Scholar]
4. Johnston SL, Lock RJ, Gomples MM. Takayasu arteritis: a review. J Clin Pathol. 2002;55(7):481–6. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar]