

Artérite à cellules géantes avec atteinte exclusive des artères de moyen calibre : à propos d'un cas

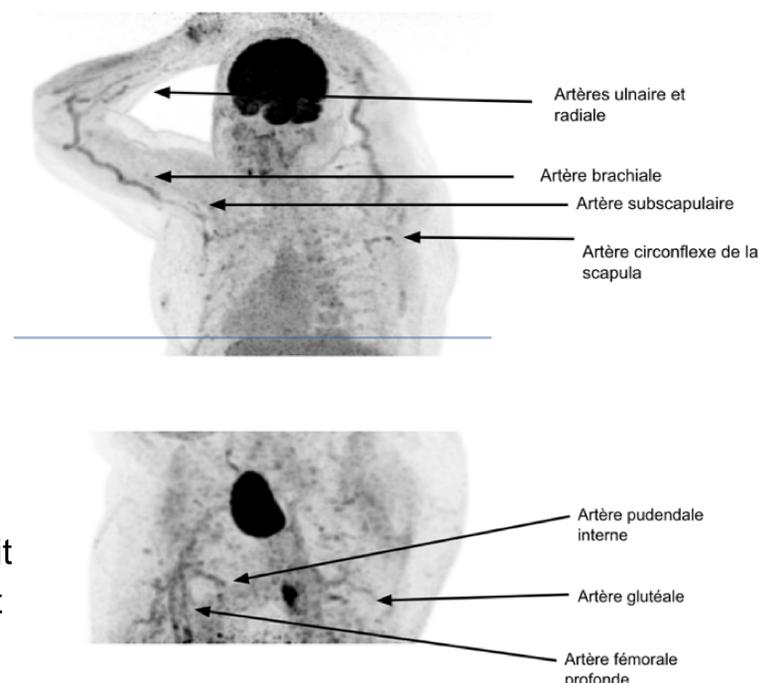
1^{er} Auteur : Bahïa EL ABED, Interne, Médecine interne, CHU de Nantes, France

Autres auteurs, équipe:

- Charline LASNON, PH, Médecine nucléaire, Institut de Cancérologie de l'Ouest, Saint-Herblain
- Tristan BARRETEAU, Interne, Médecine interne, CHU de Nantes
- Robin DESHAYES, CCA, Médecine interne, CHU de Nantes
- Tristan DIETRICH, Assistant, Médecine interne, CHU de Nantes
- Marine EUSTACHE, PH, Médecine interne, CHU de Nantes
- Christian AGARD, PU-PH, Médecine interne, CHU de Nantes

Introduction : L'Artérite à Cellules Géantes (ACG) est une vascularite touchant les artères de gros calibre, notamment l'aorte et ses branches de division. La Tomographie par Emission de Positons au 18-FDG (TEP-18FDG) est souvent prescrite pour rechercher une aortite, présente chez environ 60% des patients. Nous rapportons ici l'observation très inhabituelle d'un patient chez lequel la TEP-18FDG a mis en évidence une atteinte inflammatoire exclusive de plusieurs artères de moyen calibre.

Observation : Un homme de 82 ans était hospitalisé pour myalgies diffuses, asthénie et syndrome inflammatoire évoluant depuis 2 mois, avec apparition plus récente de céphalées fronto-temporales et d'une hyperesthésie du cuir chevelu. Ses principaux antécédents étaient un diabète de type 2, une fibrillation atriale, une maladie athéromateuse diffuse et surtout une pseudo-polyarthrite rhizomélique (PPR) depuis 9 mois, traitée par Prednisone à la dose initiale de 20 mg/j. Son traitement comportait : Prednisone 6 mg/j, Apixaban 5 mg 2x/j, Bisoprolol 1,25 mg/j, Amiodarone 200 mg/j, Candesartan 8 mg/j, Amlodipine 5 mg/j, Furosémide 40 mg/j, Simvastatine 10 mg/j. A l'examen clinique, il était noté des pics fébriles à 38,5°C, des myalgies des 4 membres, sans faiblesse musculaire. Il n'y avait pas d'arthralgies. Les pouls périphériques et temporaux étaient tous perçus et symétriques. Il n'y avait pas d'asymétrie tensionnelle, aucun signe d'ischémie, pas de signe visuel. Le ionogramme sanguin était normal, la créatinine stable à 162 µmol/l, la CRP à 83,6 mg/l, l'hémoglobine à 9,9 g/dl, le taux de CPK à 14U/l, les paramètres hépatiques normaux. Les hémocultures étaient stériles. Le bilan auto-immun (AAN, ANCA, FR, cryoglobulinémie) était négatif. La TEP-18FDG retrouvait un hypermétabolisme symétrique des artères thoraciques internes, brachiales, subscapulaires, des artères circonflexes de la scapula et thoraco-dorsales, des troncs artériels des avant bras, des artères fémorales profondes, circonflexes latérales, glutéales et pudendales internes. Il n'y avait aucun hypersignal au niveau de l'aorte et des artères directement issues de l'aorte. L'échographie-doppler des artères à visée encéphalique était normale, sans halo péri-vasculaire. La biopsie d'artère temporale montrait une pan-artérite avec infiltrat inflammatoire épithélioïde et géantocellulaire sans nécrose fibrinoïde. Sous prednisone 0,7 mg/kg/j, le tableau clinique s'améliorait rapidement et la CRP se normalisait en 10 jours.



Discussion : Il s'agit d'un cas original d'ACG avec atteinte des artères de moyen calibre au niveau des 4 membres, sans aortite. De tels cas d'ACG avec atteinte isolée des artères de moyen calibre sont très peu décrits dans la littérature. L'artérite des membres supérieurs reste rare (5-10% des cas), elle se traduit souvent par une claudication des membres supérieurs et peut engendrer des complications ischémiques sévères. Les atteintes des membres inférieurs sont encore plus rares, avec un tropisme pour les artères fémorales superficielles et poplitées. Il est également décrit d'exceptionnelles atteintes des artères de moyen calibre telles les artères viscérales et leurs collatérales.

Chez notre patient, les myalgies étaient au premier plan, a priori en lien avec l'atteinte des artères de moyen calibre, comme on peut le voir au cours de la périartérite noueuse (PAN). Des formes frontières ACG/PAN ont été parfois décrites et une PAN peut comporter une artérite temporale, avec en ce cas un aspect de vascularite nécrosante, ce qui n'était pas le cas chez notre patient.

Conclusion : L'ACG peut classiquement se présenter par le biais de signes céphaliques ou par celui d'une atteinte des gros vaisseaux, et notamment une aortite. Notre observation montre que l'ACG peut aussi comporter des myalgies au premier plan, en lien avec une atteinte inflammatoire exclusive des artères de moyen calibre au niveau des membres. Notre observation rappelle également l'importance de l'imagerie vasculaire, et notamment de la TEP-18FDG, devant une PPR d'évolution non satisfaisante.

