

Avertissement : Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 27 octobre 2015

Hôpital cantonal de Genève

L'artérite giganto-cellulaire dans tous ses états

Prof. J.C .Seebach

3 cas cliniques qui nous montrent que « l'artérite giganto cellulaire » (AGC), anciennement « artérite temporale » est polymorphe et qu'il faut s'en méfier...

Le 1^{er} cas est un homme de 79 ans qui a des douleurs de nuque, des douleurs retrosternales, une dyspnée d'effort, « comme un voile blanc » à l'œil gauche, que l'on attribue à une hypoperfusion rétinienne (cf les ophtalmos) mais qui a aussi des sténoses coronariennes diffuses et distales non « stentables » (cf les cardios), et qui persiste avec cette douleur cervicale droite...qui n'est pas une dissection carotidienne (cf les radiolos)...ça fini quand même par se préciser avec une difficulté à manger (claudication de la mâchoire ?) et des dysésthésies au cuir chevelu...

On nous réserve le meilleur pour la fin, c'est à dire qu'il a une VS à 88mm et une CRP à 162...

Il reçoit 1mg de prednisone par kg de poids et 24 hres après il est pour ainsi dire guéri...

Le 2^e cas est une femme de 80 ans avec antécédents d'insuffisance cardiaque qui présente une tuméfaction cervicale avec odyndophagie (ὀδύνη=douleur)...on met en évidence une thrombose de la veine jugulaire int.gauche...On fini par faire un PETscan (car on pensait syndrome de Lemierre avec embols septiques) et on découvre une aortite diffuse hypermétabolique avec une extension aux troncs supraortiques

Le Syndrome de Lemierre ou septicémie post-anginale ou encore nécrobacillose est une pathologie rare mais grave causée principalement par la bactérie *Fusobacterium necrophorum* ; qui est la deuxième cause d'angines bactériennes, après les streptocoques hémolytiques du groupe A. ...(Wiki)

La biopsie de l'artère temporale confirme une AGC avec cellules géantes et granulomes...

On ne sait pas très bien si les thrombose veineuse sont liées à son AGC ou bien au Pace Maker qui vient d'être posé localement dans la zone...

Le 3^e cas est un homme de 76 ans avec un cancer de la vessie traité par instillation de BCG...Il présente un état fébrile fluctuant...une asthénie...des douleurs lombaires (mais il a des anciens tassements vertébraux)...Une CRP à 178...

Pour exclure une spondylodiscite...d'abord une IRM lombaire...Non il n'y en a pas... Un CT thoraco abdominal pour l'état des lieux du cancer de la vessie...une écho cardiaque pour exclure une endocardite, et finalement un PET scan ...

La situation va rapidement se dégrader avec un choc cardiogène suivi après 1 mois d'une ischémie mésentérique complète avec résection chirurgicale dont le patient ne reviendra pas...

A l'autopsie il s'agit d'une vasculite disséminée des artères de petits et moyens calibres avec de rares cellules géantes...

On est un peu refroidi...le but était de nous faire peur...et ils ont réussi...on se demande s'il faut faire des pet scans de routine chez tout le monde....

L'HUMOUR SOUS HAUTE PROTECTION



Soyons sérieux...

L'AGC est une vasculite qui touche les moyens et les gros vaisseaux. Les complications les plus redoutées sont la cécité et la dissection aortique...

Même si on nous dit qu'il n'y a pas de critères diagnostics cliniques... il y a quand même les critères de l'American College of Rheumatology qui sont :

- Il faut avoir plus de 50 ans
- Des céphalées localisées à début récent
- Une artère temporale indurée ou peu pulsatile
- Une VS > 50mm/h
- Une biopsie de l'artère temporale montrant un infiltrat mononucléaire ou des granulomes avec ou sans cellules géantes.
- Une vasculite mise en évidence par imagerie...

Il y a aussi la claudication de la mâchoire...l'association avec une polymyalgia rheumatica, les troubles visuels...Il y a toutes les présentations atypiques que l'on vient de découvrir ci dessus...il y a aussi l'ulcère de la langue isolé.

La physiopathologie de l'AGC...on ne sait pas...On aurait découvert de l'ADN viral dans les granulomes...On parle de réaction autoimmune à l'interface intima/media...des lymphocytes T et des macrophages qui attaqueraient les vasa vasorum et déclencheraient la vasculite...

Pour ce qui est de aortites on nous liste les diagnostics différentiels...Takayasu et autres exotismes...IgG4 related diseases, Behçet, Polychondritis, Wegener, Lupus....etc...

On nous rend attentif au fait que de faire une coronarographie à quelqu'un qui a une aortite ou une coronarite peut causer une rupture d'une coronaire et que ça peut être fatal... si on ne réagit pas rapidement.

Pour ce qui est du traitement...l'AGC nécessite 1mg/kg/j de prednisone...et qu'il faut compter (tout en diminuant progressivement les doses) quand même 18 mois à 2 ans de traitement en moyenne.

On ajoutera de l'aspirine cardio, un protecteur osseux (Ca/VitD +ou- inhibiteur du remodelage osseux),et un IPP.
(pour la polymyalgia les doses de prednisone sont beaucoup plus faibles, soit 15-20mg/j) .

Lors de récurrence l'ajout de Methotrexate est possible mais controversée...

Arrivent aussi les traitements biologiques comme le Tocilizumab (Actemra®) anticorps monoclonal dirigé contre les récepteurs de l'IL-6.

Dans une série de la Mayo Clinic, sur 286 patients, 73 n'ont pas eu de rechutes mais 80 ont eu une rechute et 133 ont eu 2 ou plusieurs rechutes...

La 1^{ère} rechute a eu lieu dans la 1^{ère} année chez 50 % des patients.

On retiendra qu'il faut se méfier de l'aortite qui est sous estimée, mais qui est présente dans 40-65% des AGC.

Que 5-10% des aortites font des anévrysmes

Qu'il faudrait avoir une histologie de l'artère temporale avant de commencer le traitement...

A qui demander pour la biopsie de l'artère temporale...Plutôt à un chirurgien cardiovasculaire, sinon à un ophtalmologue...

Faut il faire une biopsie unilatérale ou bilatérale...ça dépend des écoles... probablement que si on fait unilatéral on perd 5% des AGC...mais n'oublions pas qu'il y a aussi des AGC avec une biopsie négative...

C'est fatigant ces messages constants où on nous enjoint d'avoir peur...je crains que ce ne soit dicté (en partie) par un certain hospitalo-centrisme...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch