

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 19 Août 2025

Artérite gigantocellulaire, temporale (Maladie de Horton)

Prof. Joerg Seebach, Immunologie et Allergologie

Cette vasculite des gros et moyens vaisseaux, décrite il y a près d'un siècle, reste une urgence diagnostique en raison du risque de perte visuelle.

Symptômes typiques : céphalées, douleurs du cuir chevelu, claudication de la mâchoire, troubles visuels, fièvre et altération de l'état général.

L'atteinte peut être systémique également, avec >50% d'atteinte aortique ou des grandes branches, qui peut aussi être isolée. L'imagerie (PET-scan, IRM, angio-CT) complète donc la biopsie temporale pour le diagnostic.

L'ACG touche principalement les personnes âgées (prévalence proche de 1% après 90 ans). C'est une des 4 causes principales de cécité irréversible chez les personnes âgées (8-14% des cas) et constitue une cause fréquente de fièvre d'origine indéterminée chez les plus de 60 ans.

Physiopathologie: La maladie est médiée par les cellules T et les macrophages, qui forment des cellules géantes à la biopsie. IL-6 et INF y jouent un rôle clef.

Traitement:

- Corticothérapie à 0,7-1 mg/kg/j de prednisone, avec sevrage sur 12 à 18 mois.
- Méthotrexate en cas de rechute ou d'effets secondaires.
- Tocilizumab (anti-IL6R) → référence pour les formes résistantes ou récidivantes.

Le problème: les rechutes sont fréquentes et les effets indésirables des corticoïdes à long terme (ostéoporose, diabète, infections...) restent majeurs.

[L'article du jour](#), publié dans le NEJM en 2025, teste l'upadacitinib, un inhibiteur sélectif de JAK1 (déjà utilisé en rhumatologie et dermatologie) contre l'artérite à cellules géantes.

C'est une étude internationale (24 pays), de phase 3, randomisée, en double aveugle, contrôlée par placebo. C'est une des rares RCT sur cette maladie.

Inclusion : âge > 50 ans, critères cliniques et biologiques (VS > 50, CRP > 10), confirmation par biopsie ou imagerie.

Intervention:

- upadacitinib 7,5 mg ou 15 mg/jour + corticoïdes sur 25 semaines.
- placebo + corticostéroïdes sur 52 semaines.

Résultats

Caractéristiques de base: 428 patients, 70 ans en moyenne, 70 % de femmes ♡, majoritairement blancs. Pas de surpoids (BMI 25).

70 % avaient une maladie nouvellement diagnostiquée, 30 % une rechute.
40% de biopsie temporale positive (autres artère touchée)

Issue principale

Rémission à 52 semaines: Placebo: 29%, UPA 7,5 mg: 46%, UPA 15 mg: 41%
→ Différence significative pour les deux doses.

Issues secondaires: meilleure normalisation des marqueurs inflammatoires, réduction de la dose cumulée de corticoïdes, amélioration clinique plus rapide.

Effets indésirables: taux d'infection similaires entre les groupes, mais signal pour le zona (herpès zoster) → vaccination recommandée avant traitement (UPA bloque la voie de signalisation en lien avec les infections virales).

Élévation modérée de la créatine kinase. Pas de signal cardiovasculaire ni de cancer à 1 an.

Points forts

- Efficacité confirmée, avec un bon profil de sécurité outre le zona...
- RCT multicentrique en double aveugle: rare dans cette maladie plutôt fréquente

Limitations

- Suivi court, pas assez pour juger du risque cardiovasculaire ou néoplasique
→ les JAKi ont un "black box warning" pour ces complications.
- Taux d'abandon élevé (50%): COVID, accès au tocilizumab plus facile?
- Réponse placebo/corticoïdes meilleure que dans les autres études (30% vs 15%)
- Le taux de rémission reste insatisfaisant (30% de rechute sous traitement, 50% après)
- Pas de patients réfractaires au tocilizumab ni au méthotrexate.
- Pas de comparaison directe avec le méthotrexate ni le tocilizumab.

Mise en perspective

Les résultats d'UPA sont comparables à ceux du [tocilizumab](#) (rémission 70 % à 1 an, rechute dans 50 % des cas après arrêt, 6-25% d'arrêt pour EI).

À Genève, une étude en cours de publication a montré qu'un schéma méthotrexate + corticoïdes permettait 80 % de rémissions à un an, pour un coût bien moindre.

Implications pratiques

- L'upadacitinib s'ajoute désormais à la liste des traitements cortico-épargnants.
- Le profil de tolérance est bon sur un an, mais la surveillance infectieuse reste essentielle (zona, infections virales).



Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch