



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ORIGINAL ARTICLE

Symptomatic lower-limb giant-cell arteritis: Characteristics, management and long-term outcome



Atteinte symptomatique des artères de membres inférieurs dans la maladie de Horton : caractéristiques, prise en charge et devenir à long terme

C. Le Hello^{a,*}, L. Auboire^a, L. Berger^b, D. Gouicem^b,
M.T. Barrellier^a, S. Duthois^c

^a Vascular Medicine Department, CHU de Caen, avenue de la Côte-de-Nacre, 14033 Caen, France

^b Vascular Surgery Department, CHU de Caen, avenue de la Côte-de-Nacre, 14033 Caen Cedex, France

^c Vascular Medicine, la Musse, allée Louis-Martin, BP 119, 27180 Saint-Sébastien-de-Morsent, France

Received 10 February 2017; accepted 19 February 2017

Available online 18 April 2017

KEYWORDS

Giant-cell arteritis;
Peripheral arterial
disease;
Medical management;
Revascularization;
Outcome

Summary

Objective. – To describe characteristics and long-term outcomes of the rare symptomatic lower-limb giant-cell arteritis (LL-GCA).

Methods. – Retrospective analysis of 8 patients (6 women; mean \pm SD age, 63.6 ± 10.9 years; follow-up, 137.3 ± 57.3 months).

Results. – Four patients satisfied ≥ 3 American College of Rheumatology (ACR) GCA-classification criteria; 4 had < 3 criteria and histological LL-GCA proof or associated typical upper-limb involvement. Patients had 2.1 ± 1.1 vascular risk factors. Bilateral and rapidly progressive arterial claudication was the first LL sign; 2 had rest ischemia. Imaging-visualized most-to-least frequent inflammatory lesion localizations were: superficial femoral, popliteal, tibiofibular trunk, posterior tibial arteries. All received corticosteroids for 132 ± 76.2 months; 2 required immunosuppressive agent adjunction. Only 3 required 1–6 revascularizations: twice during the first month post-diagnosis and twice later. Thromboendarterectomy and endovascular procedures did not work while bypasses were successful. LL-claudication regressed for

* Corresponding author.

E-mail address: claire.lehello@chu-st-etienne.fr (C. Le Hello).

MOTS CLÉS

Maladie de Horton ;
 Artérite des membres inférieurs ;
 Traitement médical ;
 Revascularisation ;
 Résultats

7 (10.5 ± 12.1 months) and disappeared for 5 (16.8 ± 9.8 months). Three patients stopped corticosteroids (26–90 months), 1 restarted 45 months later. Every patient relapsed once (23.9 ± 26.7 months, mean corticosteroid dose: 0.28 ± 0.30 mg/kg/day). LL-GCA caused only 1 of the 4 deaths.

Conclusion. – Symptomatic LL-GCA attributable long-term mortality seems to be low despite frequent relapses and corticosteroid-dependence.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Résumé

Objectif. – Décrire les caractéristiques et l'évolution à long terme d'une forme rare de maladie de Horton, l'atteinte symptomatique des artères de membres inférieurs (MI).

Méthode. – Analyse rétrospective de 8 patients (6 femmes ; âge moyen, $63,6 \pm 10,9$ ans ; suivi moyen, $137,3 \pm 57,3$ mois).

Résultats. – Quatre patients avaient ≥ 3 critères de la classification de l'American College of Rheumatology pour l'artérite gigantoméridienne ; 4 avaient < 3 critères mais une preuve histologique sur une artère de membre inférieur ou une atteinte typique associée des artères de membres supérieurs. Le nombre moyen de facteurs de risque vasculaire était de $2,1 \pm 1,1$ par patient. Le premier signe d'atteinte des MI était une claudication bilatérale et rapidement progressive avec signes d'ischémie de repos pour 2 d'entre eux. Les localisations étaient, par ordre de fréquence décroissante, l'artère fémorale superficielle, l'artère poplitée, le tronc tibiofibulaire et l'artère tibiale postérieure. Tous les patients ont été traités par corticoïdes pendant $132 \pm 76,2$ mois et 2 ont nécessité l'adjonction d'un immunosuppresseur. Trois patients ont nécessité une à 6 revascularisations soit pendant le premier mois post-diagnostic (2 patients) soit plus tard (2 patients). Les thrombo-endarterectomies et les procédures endovasculaires ont échoué à l'inverse des pontages. La claudication des MI a régressé pour 7 patients ($10,5 \pm 12,1$ mois) et a disparu pour 5 ($16,8 \pm 9,8$ mois). Trois patients ont pu arrêter les corticoïdes (26–90 mois) avec reprise pour l'un d'eux 45 mois plus tard. Chaque patient a rechuté (délai $23,9 \pm 26,7$ mois, dose moyenne de corticoïdes de $0,28 \pm 0,30$ mg/kg/jour). Quatre patients sont décédés dont seulement un de l'atteinte des artères de MI.

Conclusion. – La mortalité à long terme attribuable à l'atteinte symptomatique des artères de MI, liée à une maladie de Horton, semble être faible bien que cette entité soit marquée par une corticodépendance et de fréquentes rechutes.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Giant-cell arteritis (GCA), also called temporal arteritis, is a common inflammatory vasculitis involving large- and medium-caliber arteries, especially the external carotids and its branches but also the aorta and limb arteries, more often upper-limb arteries and rarely lower-limb (LL) arteries [1,2]. Subclinical LL involvement reached 53.3% among 60 GCA patients who systematically underwent color Doppler ultrasonography (DUS) [3]. In contrast, symptomatic LL-GCA affected 0.003% (19/6212) of GCA patients followed at the Mayo Clinic [4]. Finlayson and Robinson first described, in 1955, the involvement in a 75-year-old woman with chronic ischemia of one and then both LL necessitating bilateral amputation [5]. Characteristics and long-term LL-GCA outcome are not well known, especially for initially symptomatic forms. It was first described for a Mayo Clinic case series, with a mean follow-up of 41 (range, 11–180) months [4]. We are reporting the characteristics and very long-term outcomes of a retrospective series of

8 consecutive GCA patients with symptomatic, specific LL-artery involvement.

Patients and methods

We retrospectively analyzed the data of 8 patients with symptomatic specific LL-GCA first seen between 1995 and 2006 in the Vascular Medicine Department of our University hospital. Analyzed parameters were American College of Rheumatology (ACR) classification criteria [6], vascular risk factors (previous or current smoker, hypertension [anti-hypertensive therapy or blood pressure $> 139/90$ mmHg], hypercholesterolemia > 5.2 mmol/L treated or not, diabetes treated or not [fasting glycemia > 1.26 g/L], body mass index > 25 kg/m², sedentary lifestyle), clinical signs (LL and upper-limb arterial claudication [henceforth claudication] or rest ischemia, polymyalgia rheumatica [PMR]), biologic results (erythrocyte sedimentation rate [ESR], C-reactive protein [CRP] level), imaging results (color DUS, computed-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/10999374>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/10999374>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)