



Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
www.em-consulte.com



## CAS CLINIQUE

# Aortite thoraco-abdominale au cours d'une spondylarthrite ankylosante : un nouveau cas et revue de la littérature

## *Thoraco-abdominal aortitis in ankylosing spondylitis: A case report and review of literature*

C. Lassalle<sup>a</sup>, M.-F. Lonchamp<sup>b</sup>, X. Puechal<sup>a</sup>, E. Dernis<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Service de rhumatologie, centre hospitalier du Mans, 194, avenue Rubillard, 72000 Le Mans, France

<sup>b</sup> Service de médecine nucléaire, centre hospitalier du Mans, 72000 Le Mans, France

Reçu le 19 juillet 2010 ; accepté le 23 février 2011

Disponible sur Internet le 29 avril 2011

### MOTS CLÉS

Spondylarthrite ;  
Aortite ;  
Syndrome  
inflammatoire

### Résumé

*Introduction.* – Nous rapportons une observation d'une aortite thoraco-abdominale au cours d'une spondylarthrite, mise en évidence à l'occasion d'un syndrome inflammatoire persistant inexpliqué.

*Cas clinique.* – Il s'agit d'un patient de 64 ans dont le diagnostic de spondylarthrite ankylosante est posé devant la présence de lombalgies et de cervicalgies inflammatoires avec fessalgies à bascule résolutive sous anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) depuis 2004, de talalgies bilatérales matinales plus récentes en 2006 et d'une sacro-iliite de stade 3 à droite et de stade 2 à gauche (critères de New-York modifiés). Le patient reste asymptomatique entre avril 2006 et 2007 sous AINS à la demande, mais persiste de manière constante un syndrome inflammatoire : vitesse de sédimentation entre 44 et 55 mm/h, protéine C activée entre 34 et 90 mg/L. Les différentes explorations complémentaires sont négatives : biopsie bilatérale des artères temporales, fibroscopie oesogastroduodénale avec biopsie duodénale recherchant *Tropheryma whipplei*. La tomographie thoraco-abdomino-pelvienne découvre une aortite étendue de l'aorte abdominale jusqu'aux axes iliaques primitifs. Un traitement par prednisone 0,5 mg/kg a été débuté permettant une diminution du syndrome inflammatoire et de l'aortite à la tomographie.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [edernis@ch-lemans.fr](mailto:edernis@ch-lemans.fr) (E. Dernis).

**KEYWORDS**

Spondylitis;  
Aortitis syndrome;  
Inflammatory

*Discussion.* – Les atteintes cardiovasculaires les plus classiques au cours de la spondylarthrite sont l'insuffisance aortique et les troubles de la conduction. Cependant, dès 1958, il est rapporté d'authentiques cas d'aortite.

*Conclusion.* – Au cours de la spondylarthrite, la mise en évidence d'un syndrome inflammatoire biologique inexpliqué doit conduire à évoquer une atteinte vasculaire inflammatoire.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary** We report a case of aortitis in a patient with ankylosing spondylitis revealed by an unexplained persistent inflammation.

*Case study.* – The diagnosis of ankylosing spondylitis was retained in a 64-year-old woman suffering from inflammatory back and neck pain combined with buttock pain relieved by anti-inflammatory drugs (NSAIDs) since 2004 and more recent bilateral heel pain in the morning since 2006; sacroiliitis was grade 3 on the right and grade 2 on the left (modified New-York criteria). The patient had remained asymptomatic from April 2006 to 2007 with NSAID as needed. Nevertheless, biological inflammation persisted: erythrocyte sedimentation rate 44 to 55 mm/h, activated protein C 34 to 90 mg/L. Complementary examinations are negative: bilateral temporal artery biopsy, endoscopy with duodenal biopsy looking for *Tropheryma whipplei*. The thoraco-abdominal and pelvic CT scan revealed aortitis extending from the abdominal aorta to the iliac axis. Treatment with prednisone 0.5 mg/kg was started to decrease the inflammatory aortitis.

*Discussion.* – The most "classical" cardiovascular damage observed in spondylitis is aortic insufficiency and conduction disturbances. The first cases of aortitis were reported in 1958.

*Conclusion.* – Inflammatory vascular disease should be evoked as a possible diagnosis in patients with ankylosing spondylitis the presenting an unexplained biological inflammation (ESR and CRP).

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

Les aortites inflammatoires correspondent à l'infiltration de la paroi aortique par des cellules inflammatoires responsables d'une désorganisation plus ou moins marquée des tuniques artérielles. Elles s'observent principalement au cours de trois maladies: la maladie de Takayasu, la maladie de Horton et la maladie de Behçet. Rarement, d'autres maladies systémiques peuvent être associées à une aortite: les spondylarthrites (SA), la polyarthrite rhumatoïde, la polychondrite atrophiante, les entérocolopathies inflammatoires...

Les symptômes révélant l'aortite dépendent essentiellement du territoire vasculaire atteint: manifestations neurologiques liées au bas débit cérébral ou des accidents ischémiques transitoires lors de l'atteinte de la crosse de l'aorte. Parfois, l'aortite est asymptomatique et est découverte lors de l'examen clinique devant une asymétrie tensionnelle, une abolition des pouls ou un souffle... Parfois, elle est diagnostiquée devant des signes systémiques tels la fièvre, des manifestations rhumatologiques, cutanées, voire un syndrome inflammatoire isolé.

Nous rapportons ainsi une observation d'aortite thoraco-abdominale mise en évidence à l'occasion d'un syndrome inflammatoire persistant inexpliqué au cours d'une spondylarthrite. Nous avons de plus réalisé une revue des cas publiés (jusqu'en février 2010, PubMed; mots-clés: *spondylarthritis Mesh or ankylosing spondylitis Mesh and aortitis Mesh*) pour dégager les caractéristiques de cette atteinte au cours de la SA.

## Cas clinique

Il s'agit d'un patient de 64 ans, sans facteur de risque cardiovasculaire reconnu (pas de tabagisme, ni d'hypertension artérielle).

En octobre 2004, il souffre de lombalgie et cervicalgie inflammatoires avec un dérouillage matinal de plus de 30 minutes. Ces signes cliniques sont résolutifs sous anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

En avril 2006, il présente une talalgie matinale associée à des douleurs de la paroi thoracique antérieure de rythme inflammatoire. Il est apyrétique. L'examen somatique ne trouve pas de souffle cardiaque ou vasculaire et tous les pouls sont présents. Un syndrome inflammatoire est constaté (vitesse de sédimentation (VS) à 44 mm, protéine C activée (CRP) à 34 mg/L). L'examen ophtalmologique ne trouve pas de séquelle d'uvéïte. Les radiographies du rachis cervical, dorso-lombaire et des pieds sont normales. La radiographie du bassin de face trouve une sacro-iliite de stade 3 à droite et de stade 2 à gauche. Le diagnostic de spondylarthrite est posé sur les critères cliniques, radiologiques et le test positif aux AINS (Critères de classification d'Amor = 8) en l'absence d'antécédents familiaux de SA et un typage HLA B27 négatif. Entre avril 2006 et avril 2007, le patient est asymptomatique sous AINS à la demande. Le BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index, critère d'activité de la spondylarthrite) moyen est à 2,2/10 et BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Function Index, critère évaluant la gêne fonctionnelle liée spondylarthrite) moyen à 1,2/10. Cependant, persiste de manière constante un syndrome inflammatoire: VS entre 44 et 55 mm, CRP entre 34 et 90 mg/L.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2975530>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2975530>

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