



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



Mise au point

Atteinte aortique dans la maladie de Horton : aspects actuels[☆]

Marie Bossert^{a,b}, Clément Prati^a, Jean-Charles Balblanc^b, Anne Lohse^b, Daniel Wendling^{a,*}

^a UPRES EA 4266, service de rhumatologie, CHU de Minjoz, université de Franche-Comté, boulevard Fleming, 25030 Besançon, France

^b Service de rhumatologie, centre hospitalier de Belfort, 90000 Belfort, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 4 août 2010

Disponible sur Internet le 24 septembre 2010

Mots clés :

Aortite

Maladie de Horton

Tomographie par émission de positrons

Imagerie par résonance magnétique

RÉSUMÉ

L'aortite de la maladie de Horton est une entité rare et probablement sous-estimée en raison d'un tableau clinique souvent pauvre. La prévalence de l'atteinte aortique dans la maladie de Horton est basée sur la survenue de complications et estimée entre 3 et 18%. Le développement de nouvelles modalités d'imagerie révèle une atteinte plus fréquente. Le diagnostic doit être évoqué devant une présentation clinique atypique de maladie de Horton pouvant se limiter à un syndrome inflammatoire ou devant une rechute sous traitement. Il peut être rendu difficile en raison d'une sensibilité inférieure de la biopsie d'artère temporale dans ces formes où prédomine l'atteinte des gros vaisseaux. La tomographie par émission de positrons (TEP) et l'IRM constituent deux examens performants pour faire un diagnostic précoce d'aortite. Les séries de la littérature évaluant la TEP dans la maladie de Horton mettent en évidence une atteinte aortique dans plus de la moitié des cas, prédominant à l'étage thoracique. À ce jour, l'intérêt de ces examens dans le suivi n'est pas démontré. L'atteinte de l'aorte et des gros troncs ne modifie pas la prise en charge thérapeutique qui repose sur la corticothérapie. Un traitement à visée d'épargne cortisonique devra être discuté, surtout en cas de rechute. La gravité de l'atteinte aortique dans la MH est liée au risque accru d'anévrisme de l'aorte thoracique, qui justifie un dépistage régulier au long cours, même après arrêt du traitement, chez tous les patients. Une surveillance annuelle est recommandée par radiographie thoracique, échographie cardiaque et écho-Doppler abdominal, pouvant être remplacés par un scanner thoraco-abdominal avec injection.

© 2010 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

La maladie de Horton (MH) est la plus fréquente des vascularites des gros troncs, touchant les artères de moyen et de gros calibre. Elle se rencontre chez le sujet de plus de 50 ans, avec une prédominance féminine. Son incidence en Europe est estimée entre 32 et 290/million par an chez les sujets de plus de 50 ans [1]. L'atteinte classique est celle des branches de la carotide externe. L'atteinte de l'aorte et ses branches est décrite comme rare, mais probablement sous-estimée en raison du caractère asymptomatique avant le stade de complication. Ses conséquences nécessitent qu'elle soit connue et dépistée. Désormais, les modalités d'imagerie actuelles révèlent une atteinte fréquente de l'aorte au stade précoce de la maladie.

2. Fréquence de l'atteinte aortique dans la MH

La MH est la première cause d'aortite inflammatoire (72% de MH sur 66 patients avec atteinte inflammatoire aortique) [2]. Pourtant, l'atteinte des gros vaisseaux, et notamment de l'aorte, est souvent méconnue.

Les premières données de la littérature concernant l'atteinte de l'aorte dans la MH sont basées sur le diagnostic d'anévrisme de l'aorte, de découverte fortuite à l'imagerie ou à l'occasion d'une complication (dissection aortique, rupture d'anévrisme). La prévalence de l'atteinte de l'aorte dans les différentes études rétrospectives de la littérature [3–6] varie de 3 à 18%.

Les données issues de séries chirurgicales [7–9] ou autopsiques suggèrent une localisation fréquente de la MH à l'aorte. Dans plusieurs études rétrospectives de chirurgie d'anévrismes de l'aorte thoracique (Tableau 1), après examen anatomopathologique systématique de la pièce opératoire, le pourcentage d'aortites non infectieuses varie de 4 à 12% [7–9]. Après l'origine idiopathique, la première étiologie retrouvée est la MH, représentant 8 à 30% des cas.

Secondairement, l'utilisation de nouvelles modalités d'imagerie a révélé une atteinte fréquente de l'aorte au stade d'aortite, avant la constitution de lésions morphologiques. Marie et al. rapportent

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais sa référence anglaise dans le même volume de *Joint Bone Spine* (doi:10.1016/j.jbspin.2010.09.013).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dwendling@chu-besancon.fr (D. Wendling).

Tableau 1

Fréquence des aortites et de la MH dans les séries chirurgicales de l'aorte thoracique.

	Nombre de cas de chirurgie An Ao Th ascendante	Nombre d'aortites non infectieuses (%)	Aortite idiopathique (%)	MH (%)	
Liang 2009 [9]	766	64 (8,4)	81,30	7,80	Cellules géantes dans 72 % des cas d'aortites
Miller 2006 [8]	513	45 (8,7)	47	31	
Rojo-Leyva 2000 [7]	383	45 (12)	78	9	

Colonne 2 : nombre de cas de chirurgie de l'anévrisme de l'aorte thoracique (An Ao Th) ascendante. Colonne 3 : nombre d'aortites non infectieuses. Colonne 4 : pourcentage d'aortites idiopathiques. Colonne 5 : pourcentage de MH. MH : maladie de Horton.

une fréquence de 33,1 % d'aortites diagnostiquées au scanner sur une série de 145 MH [2]. L'étude prospective de Agard et al. [10] évaluant l'atteinte aortique au diagnostic de MH trouve un épaississement de la paroi aortique au scanner dans 45,4 % des cas (versus 13,6 % chez les témoins, $p = 0,02$). Nous allons voir que l'utilisation de la tomographie par émission de positrons (TEP) et de l'IRM dans la MH met en évidence une aortite dans plus de la moitié des cas, avec une localisation préférentielle à l'aorte thoracique.

3. Difficultés diagnostiques de l'aortite de Horton

Le diagnostic de MH est basé sur des éléments cliniques, biologiques et histologiques, décrits dans les critères de classification définis par l'ACR en 1990 [11]. La confirmation du diagnostic est obtenue par la biopsie d'artère temporale (BAT). Le diagnostic est évident en cas de manifestations cliniques en rapport avec l'atteinte des branches de la carotide externe. Mais l'artérite temporale n'est pas systématique, et l'atteinte de l'aorte et de ses branches principales peut être isolée. Dans ce cas, le diagnostic est rendu difficile par une présentation clinique souvent pauvre et non spécifique, et par la difficulté d'obtenir une preuve histologique ; les nouvelles méthodes d'imagerie que nous allons détaillées peuvent alors être utiles au diagnostic [12].

L'aortite de Horton peut être le mode de révélation de la maladie, ou survenir lors de la décroissance des corticoïdes, voire à distance de leur arrêt [13]. La présentation clinique peut se limiter aux manifestations systémiques (fièvre, altération de l'état général, syndrome inflammatoire). L'existence de dorsalgies ou lombalgies inflammatoires n'est pas systématique. Les symptômes liés à l'atteinte des branches de l'aorte sont à rechercher : claudication d'une extrémité associée à un souffle vasculaire, asymétrie tensionnelle, diminution ou abolition d'un pouls, syndrome de Raynaud. Le diagnostic d'aortite peut être retardé et obtenu lors de la chirurgie ou de la complication d'un anévrisme de l'aorte.

Différents auteurs [14–16] ont évoqué l'existence de deux formes de MH : une forme typique correspondant à l'artérite temporale, et une forme atypique touchant les artères de plus gros calibre (artères subclavières, axillaires et aorte), pouvant se manifester par une réaction inflammatoire systémique isolée. L'étude de Brack et al. rendent compte des difficultés diagnostiques en cas d'aortite isolée : les auteurs ont constaté un délai diagnostique plus long, une fréquence plus faible des céphalées, claudication de la mâchoire et troubles visuels, et une sensibilité inférieure de la BAT dans les formes avec atteinte des artères de gros calibre (syndrome de l'arc aortique), par rapport aux formes classiques touchant les branches de la carotide externe [14].

4. Imagerie diagnostique de l'aortite

4.1. Artériographie

L'artériographie a longtemps été l'examen de référence pour le diagnostic de vascularite des gros vaisseaux, notamment pour la maladie de Takayasu (MT), mettant en évidence les anomalies de la

lumière vasculaire. Dans la MH, les lésions recherchées au niveau des différentes branches de l'aorte (artères subclavières, axillaires, et brachiales) sont des sténoses, longues, régulières, fusiformes, des occlusions ou des ectasies. Cet examen n'est pas performant pour le diagnostic précoce de vascularite. Désormais, son caractère invasif et les progrès des autres modalités d'imagerie en limitent les indications.

4.2. Scanner

Le scanner avec injection de produit de contraste peut permettre le diagnostic d'aortite, montrant un épaississement concentrique de la paroi aortique, avec un rehaussement après injection de produit de contraste (Fig. 1) [10,17,18]. Le diagnostic est retenu devant un épaississement circonferentiel et régulier de la paroi aortique, supérieur à 3 mm d'épaisseur [18]. Il est moins sensible que l'IRM ou la TEP pour détecter les premiers stades d'inflammation.

4.3. Diagnostic précoce : TEP ou IRM

4.3.1. TEP

C'est une imagerie fonctionnelle isotopique basée sur l'accumulation de FluoroDeoxyGlucose (FDG), analogue synthétique du glucose, dans les tissus où la glycolyse est élevée. La captation préférentielle du FDG, propriété des cellules néoplasiques, a été constatée au niveau des cellules de la réaction inflammatoire, élargissant son champ d'utilisation aux pathologies inflammatoires et infectieuses [19].

La TEP est un examen performant pour le diagnostic précoce de vascularite des gros vaisseaux [19–22] avec une capacité à détecter l'inflammation de la paroi vasculaire au stade initial de la maladie avant l'apparition de lésions anatomiques nécessaires pour retenir le diagnostic avec les autres modalités d'imagerie. Elle permet d'avoir une cartographie corps entier des atteintes des autres branches artérielles de gros et de moyen calibre. Son utilisation est recommandée par l'EULAR pour le diagnostic des vascularites des gros troncs, au même titre que l'IRM, notamment pour la MT, dont la preuve histologique est difficile à obtenir [1].

Ces dix dernières années, différentes séries ont étudié les performances de la TEP pour le diagnostic de MH (Tableau 2). La sensibilité au diagnostic varie de 50 à 100 % et sa spécificité de 95 et 100 % chez les patients non traités [23–34]. La sensibilité est augmen-

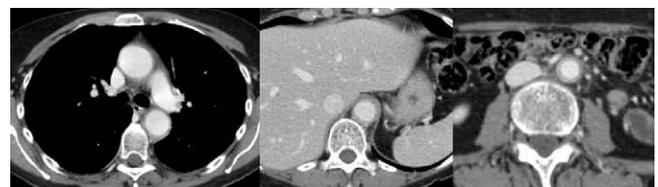


Fig. 1. Scanner thoraco-abdominal avec injection de produit de contraste montrant l'épaississement régulier de la paroi aortique aux étages thoracique et abdominal : aortite de Horton chez une patiente de 64 ans.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3388533>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3388533>

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