



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Prise en charge de la maladie de Takayasu



Management of Takayasu arteritis

Arsene Mekinian^{a,*,b}, Michael Soussan^{c,d}, David Saadoun^{e,f,g,h}, Léa Gomez^{c,d},
 Cloe Comarmond^{e,f,g,h}, Olivier Fain^{a,b}

^a Service de médecine interne and inflammation-immunopathology-biotherapy, department (DHU i2B), hôpital Saint-Antoine, AP-HP, 184, rue du Faubourg-Saint-Antoine, 75012 Paris, France

^b Sorbonne universités, UPMC université Paris 06, 75012 Paris, France

^c Service de médecine nucléaire, hôpital Avicenne, AP-HP, 93000 Bobigny, France

^d Sorbonne universités, UPMC université Paris 13, 93000 Bobigny, France

^e UMR 7211, département hospitalo-universitaire inflammation-immunopathologie-biotherapy (DHU i2B), Sorbonne universités, UPMC université Paris 06, 75005 Paris, France

^f Inserm, UMR.S 959, 75013 Paris, France

^g CNRS, FRE3632, 75005 Paris, France

^h Département de médecine interne et immunologie clinique, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP-HP, 75013 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 29 mars 2017

Disponible sur Internet le 5 avril 2017

Mots clés :

Maladie de Takayasu

Traitements

Biothérapies

Keywords:

Takayasu arteritis

Treatment

Biological-targeted agents

RÉSUMÉ

La maladie de Takayasu est une vascularite des gros vaisseaux touchant l'aorte et ses branches principales. Les signes principaux sont les signes généraux et les signes en rapport avec l'atteinte vasculaire. Le syndrome inflammatoire peut être discordant avec l'activité de la maladie et l'imagerie est primordiale pour déterminer les sites artériels touchés et les complications éventuelles. Le caractère inflammatoire des lésions artérielles peut être difficile à déterminer, et la place des méthodes d'imagerie fonctionnelle telle que la TEP-FDG peut se discuter. La prise en charge comprend le traitement immunosuppresseur si la maladie est active, les traitements symptomatiques à visée cardiovasculaire et en prévention des effets secondaires des immunosuppresseurs, ainsi qu'en cas de nécessité la revascularisation artérielle. La surveillance régulière est nécessaire pour dépister une progression artérielle et les complications vasculaires.

© 2017 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Takayasu disease is a large-vessels vasculitis involving the aorta and its main branches. The main symptoms are constitutional signs and those in relation to vascular damage. Acute phase reactants can be discordant with the disease activity and imaging tools are crucial to determine the affected arterial sites and the vascular complications. The active inflammatory nature of arterial lesions can be difficult to determine, and the value of functional imaging such as FDG-PET should be discussed. The treatment includes the immunosuppressive treatment in case of active disease, cardiovascular risk prevention and management of adverse events related to immunosuppressive drugs. The arterial revascularization should also be considered if necessary and regular monitoring is mandatory.

© 2017 Société Française de Rhumatologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La maladie de Takayasu est une vascularite des gros vaisseaux, pouvant toucher l'aorte et ses branches principales (carotides, artères vertébrales, sous-clavières, rénales, iliaques), mais aussi les artères coronaires et pulmonaires [1]. L'atteinte peut être segmentaire ou diffuse à l'ensemble de l'aorte thoracique et abdominale.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : arsene.mekinian@sat.aphp.fr (A. Mekinian).

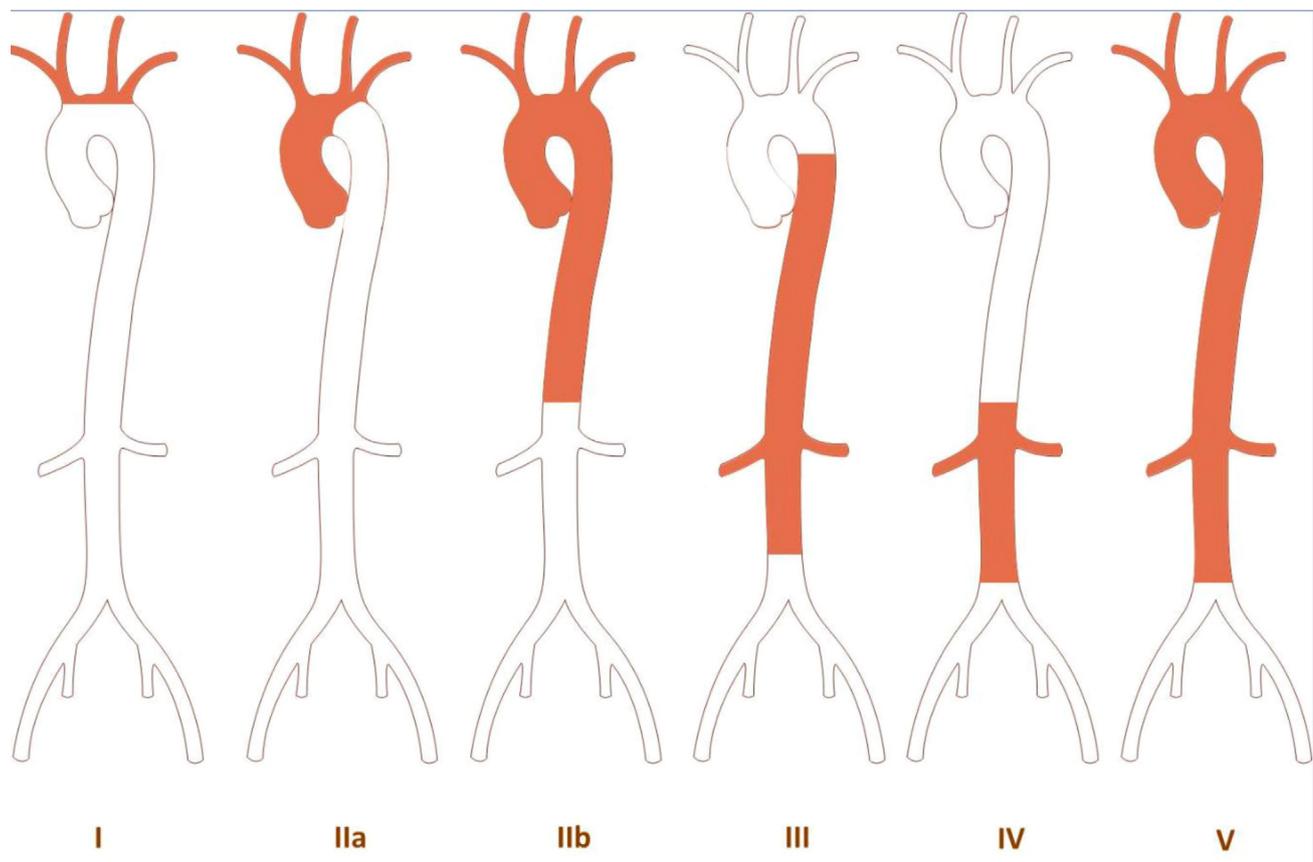


Fig. 1. Une classification tenant compte des localisations artérielles distingue les types I à V : type I atteinte de la crosse de l'aorte ; type IIa aorte ascendante, crosse de l'aorte et ses branches ; type IIb aorte ascendante, crosse de l'aorte et ses branches, aorte thoracique descendante ; type III aorte thoracique descendante, aorte abdominale et/ou artères rénales ; type IV aorte abdominale et/ou artères rénales ; type V IIb et IV.

Cette vascularite est plus fréquente en Asie, en Inde et en Amérique du Sud. En Europe l'incidence est estimée à 2,6 cas/millions/an, mais sa prévalence en France n'est pas connue. Il s'agit d'une artériopathie inflammatoire du sujet jeune, le plus souvent survenant entre 20 et 40 ans, touchant préférentiellement des femmes. Il est classique de distinguer la période aiguë, dite pré-occlusive, et la phase occlusive, caractérisée par des manifestations ischémiques. Ces deux phases peuvent être séparées par une période asymptomatique ou être intriquées. Le délai habituel entre l'apparition des premiers signes et le diagnostic de la maladie est de 10 à 15 mois. Les signes en rapport avec la maladie sont le plus souvent liés à l'atteinte vasculaire, soit en rapport avec l'inflammation artérielle (par ex., les carotidodynies reflétant l'inflammation des artères carotides) soit en rapport avec les conséquences telles que les sténoses ou les thromboses (par ex. la claudication de membre supérieur en rapport avec une sténose de l'artère sous-clavière). Les autres signes sont une altération de l'état général, une fièvre ou des arthralgies. L'évaluation de l'activité de la maladie peut être difficile, du fait du manque de sensibilité des marqueurs inflammatoires biologiques et de la difficulté d'apprécier le caractère inflammatoire des lésions radiologiques. Le traitement n'est pas standardisé d'autant que les études concernant l'efficacité des immunosuppresseurs ont un faible niveau de preuve.

2. Évaluation au diagnostic

2.1. Atteinte vasculaire

Elle se manifeste par une atteinte vasculaire segmentaire à l'origine de sténoses ou thromboses. La présentation clinique est

caractérisée par l'existence de douleurs vasculaires, principalement les carotidodynies, de claudication vasculaire de membres supérieurs ou inférieurs, de souffles vasculaires, de diminution ou d'abolition d'un pouls selon l'extension de l'atteinte vasculaire et les territoires touchés. L'hypertension artérielle est le plus souvent en relation avec l'atteinte d'une ou des artères rénales. L'atteinte des coronaires est le plus souvent asymptomatique, mais peut être à l'origine d'un syndrome coronarien aigu ou d'une cardiopathie ischémique. La dilatation de l'aorte thoracique ascendante peut entraîner une insuffisance aortique. L'atteinte de tous les autres territoires est possible : carotides ou vertébrales responsable d'accidents vasculaires transitoires ou constitués ou d'une rétinopathie ischémique, une atteinte des artères digestives avec un angor méésentérique ou une ischémie digestive. L'atteinte des artères pulmonaires, qui peut être révélatrice, peut se traduire par un tableau proche d'une embolie pulmonaire, avec une douleur thoracique, une dyspnée brutale, associées à une hémoptysie. Les fréquences des différentes atteintes artérielles sont variables, mais l'atteinte de l'aorte thoracique, en particulier de la crosse aortique et de ces branches artérielles prédomine. Une classification tenant compte des localisations artérielles distingue les types I à V [2] (Fig. 1) :

- type I atteinte de la crosse de l'aorte ;
- type IIa aorte ascendante, crosse de l'aorte et ses branches ;
- type IIb aorte ascendante, crosse de l'aorte et ses branches, aorte thoracique descendante ;
- type III aorte thoracique descendante, aorte abdominale et/ou artères rénales ;
- type IV Aorte abdominale et/ou artères rénales ;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5670258>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5670258>

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