



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mise au point

Atteinte aortique dans la maladie de Horton

Aortitis in giant cell arteritis

J. Schmidt^{a,*}, P. Duhaut^{a,b}^a Service de médecine interne, RECIF, CHU Amiens-Picardie, place Victor-Pauchet, 80054 Amiens, France^b Inserm U-1088, université Picardie – Jules-Vernes, 80000 Amiens, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le 15 janvier 2016

Mots clés :

Maladie de Horton

Artérite à cellules géantes

Aortite

RÉSUMÉ

L'aortite est probablement fréquente au cours de la maladie de Horton. Les techniques d'imagerie permettent d'en faire un diagnostic indirect en montrant un épaississement circonférentiel de la paroi en scanner, ou une activité hypermétabolique en TEP-scanner. L'évolution vers un anévrisme aortique si elle est redoutée ne concerne en fait que peu de patients (18,7 cas d'anévrisme ou dissection pour 1000 patients années). En plus des patients symptomatiques, une recherche d'aortite pourra être proposée aux patients ne répondant pas de façon satisfaisante au traitement, ou présentant des signes d'artérite des gros troncs (claudication, souffle artériel ou souffle d'insuffisance aortique). Les modalités optimales de surveillance et de traitement des patients présentant une atteinte aortique au cours de la maladie de Horton restent largement à déterminer.

© 2015 Société nationale française de médecine interne (SNFMI). Publié par Elsevier Masson SAS.

Tous droits réservés.

ABSTRACT

Aortitis is a frequent complication of giant cell arteritis. Imaging techniques can reveal the inflammation of the aortic wall. CT-scan can show circumferential aortic wall thickening, or TEP-scan can show aortic FDG-uptake. Aortic aneurysm and dissection is a feared but probably rare complication of the inflammation of the aortic wall during GCA. Screening for aortitis could be proposed for patients with symptoms of aortic involvement, for patients with signs of large vessels involvement (limb claudication, bruit) or for patients with incomplete response to treatment. The best follow-up and treatment are to be determined for the patients with aortitis related to GCA.

© 2015 Société nationale française de médecine interne (SNFMI). Published by Elsevier Masson SAS.

All rights reserved.

Keywords:

Giant cell arteritis

Aortitis

1. Introduction

La maladie de Horton (MH) est une vascularite primitive affectant préférentiellement l'aorte et ses branches (artères de gros et moyen calibre) [1]. Les artères atteintes sont classiquement les branches de division de l'aorte à destination extra-crânienne, expliquant les principaux symptômes de la maladie (céphalées, claudication mandibulaire, complications ophtalmologiques) [2]. La MH est connue sous le terme de *giant cell arteritis* dans la

littérature de langue anglaise. La MH est une pathologie touchant les patients âgés : le pic d'incidence survient dans la huitième décennie, avec une prédominance féminine (2 à 3 femmes pour un homme) [3–5]. Le risque de développer une MH au cours de la vie n'est pas négligeable, et a été évalué à 1 % chez les femmes et à 0,5 % chez les hommes [6]. La possibilité d'une atteinte de l'aorte au cours de la MH est connue de longue date, mais a été remise en lumière par l'utilisation du scanner, et le suivi de grandes cohortes de patients [7–9]. Dans cet article, nous explorerons la place de la MH parmi les aortites, l'épidémiologie des aortites au cours de la MH, les moyens de son diagnostic, son évolution, son traitement. Nous aborderons brièvement des difficultés nosologiques entre MH et maladie de Takayasu, ainsi qu'entre aortite isolée et aortite liée à la MH.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : schmidt.jean@chu-amiens.fr (J. Schmidt).

2. Anatomopathologie

Les lésions histologiques décrites dans l'aortite de la MH comprennent un infiltrat inflammatoire polymorphe (lymphocytes, histiocytes, plasmocytes, polynucléaires neutrophiles, cellules géantes) prédominant dans la média et l'adventice. L'adventice peut être épaissie, avec une inflammation des *vasa vasorum*. Le piège est de considérer toute aortite avec mention de cellules géantes comme une aortite compliquant une MH. Des cellules géantes et des granulomes sont ainsi retrouvés chez respectivement 76% et 19% d'une série de patients avec une aortite isolée, contre 100% et 21% chez des patients atteints de MH avec aortite dans cette même série [10]. L'aspect d'aortite nécrosante avec des zones de nécrose en bande de la média cerclées de cellules géantes est plutôt l'aspect des aortites isolées, même s'il peut se rencontrer dans l'aortite de la MH [11].

3. Physiopathologie

Les mécanismes physiopathologiques précis de l'aortite au cours de la MH ne sont pas connus, mais sont probablement proches de ceux de la MH en général. Classiquement, le point de départ de la cascade de l'inflammation se fait au niveau des cellules dendritiques vasculaires de l'adventice. Ces cellules ont normalement un haut seuil de tolérance pour le déclenchement de la réponse immunitaire. Les signaux de dangers vont activer des *toll-like* récepteurs exprimés sur les cellules dendritiques vasculaires et déclencher l'activation et le recrutement de lymphocytes T-CD4 [12]. Comment alors expliquer l'atteinte de l'aorte chez certains patients et pas d'autres ? D'abord, les *vasa vasorum* amenant le signal de danger aux cellules dendritiques vasculaires sont particulièrement nombreux sur l'aorte, leur nombre allant décroissant le long de l'aorte, de pair avec l'amincissement de l'aorte [13]. Ensuite, l'identité immunologique de différents territoires artériels est différente. En effet, il a été montré que le *pattern* des *toll-like* récepteurs est différent selon le territoire artériel, et peut-être expliquer une susceptibilité différente pour l'expression de la vascularite [14]. Les patients avec MH et atteinte des gros vaisseaux (artères sous-clavières et carotides) forment probablement un sous-type de la maladie caractérisé par moins de signes en rapport avec l'atteinte des artères crâniennes, moins de

positivité des biopsies d'artères temporales, et peut-être un profil de production cytokinique différent ainsi qu'une association à un variant HLA DRB1*0404 [15]. Concernant les dégâts constatés sur les aortes touchées par l'inflammation, les macrophages sont impliqués par la production de cytokines pro-inflammatoires, de dérivés réactifs de l'oxygène, de métalloprotéinases, et de facteurs de croissance. Les cellules géantes multinucléées contribuent également à l'hyperplasie intimale par la synthèse de facteurs de croissance (PDGF) et de facteurs angiogéniques (VEGF) [12]. Le fait que la MH ne se développe que chez des patients âgés n'est évidemment pas un hasard, mais la part respective du vieillissement et de la modification artérielle, de l'immunosénescence ou d'autres facteurs reste difficile à apprécier [16].

4. Diagnostic de l'aortite

Certaines situations doivent faire rechercher une aortite au cours de la MH, en dehors des patients symptomatiques (Fig. 1). D'abord, les patients avec une atteinte des artères des membres supérieurs ou inférieurs semblent avoir fréquemment une atteinte aortique. L'existence d'une claudication de membre supérieur ou inférieur, d'un souffle sur les artères sous-clavières ou fémorales au cours d'une MH doit faire rechercher une aortite. L'incidence cumulée à 10 ans des sténoses des artères des membres était de 11,1% dans une cohorte de 204 patients au suivi prolongé [17]. Dans une série de 36 patients consécutifs atteints de MH et présentant une sténose des artères des membres, un aspect d'aortite était retrouvé chez 24 patients [18]. Ces patients avec atteinte prédominante de type « vascularite des gros vaisseaux » forment donc un groupe dans lequel une aortite doit être suspectée. Dans une étude récente du groupe de Cid, une atteinte de l'aorte ou des gros vaisseaux des membres ou du cou était retrouvée par angioscanner chez 67,5% de 40 patients avec une MH à biopsie d'artère temporale positive [19]. Les patients avec atteinte préférentielle des gros vaisseaux semblent présenter des caractéristiques particulières par rapport aux patients avec une MH « classique » : ils seraient plus jeunes [20,21], auraient moins de manifestations crâniennes (céphalées, claudication mandibulaire), seraient plus souvent des femmes [22]. Ces caractéristiques ne sont cependant pas vérifiées dans toutes les séries. Ensuite, une aortite pourrait être recherchée chez des

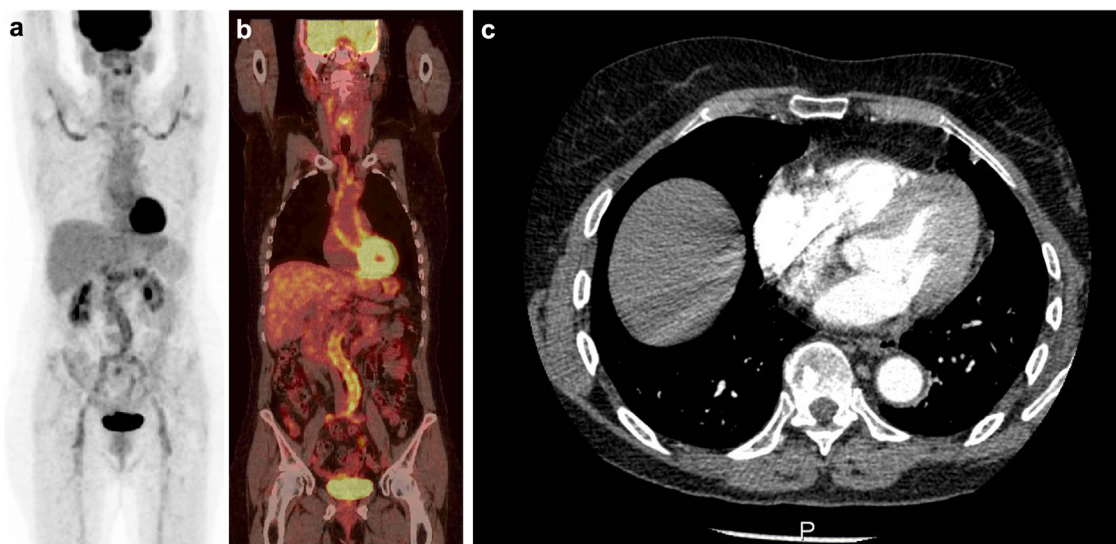


Fig. 1. Tomographie par émission de positons (TEP) (a), TEP-scanner (b), et angioscanner (c) chez une patiente atteinte de maladie de Horton à biopsie d'artère temporale positive. Existence d'une aortite au diagnostic : activité hypermétabolique de l'aorte et des troncs supra-aortiques, épaississement circonférentiel régulier et étendu de la paroi aortique.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5999639>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5999639>

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