

MALADIE DE TAKAYASU RÉVÉLÉE PAR DES MICROANÉVRYSMES RÉTINIENS RÉSOLUS SOUS TOCILIZUMAB

1^{er} Auteur : Soukaina, OUMLIL, Résidente, Médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Marrakech, Maroc

Autres auteurs, équipe:

- Jaouad, YOUSFI, spécialiste, Médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Marrakech, Maroc
- Laila, BENJILALI, professeur d'enseignement supérieur, Médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Marrakech, Maroc
- Mouna, ZAHLANE, professeur d'enseignement supérieur, Médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Marrakech, Maroc
- Lamiaa, ESSAADOUNI, professeur d'enseignement supérieur, Médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Marrakech, Maroc

Introduction

La maladie de Takayasu est une vascularite des gros vaisseaux touchant essentiellement l'aorte et ses branches principales. Classiquement, elle débute par une période d'altération de l'état général, suivie d'une phase occlusive ischémique, au cours de laquelle peuvent apparaître les signes oculaires liés à l'ischémie rétinienne chronique. Les microanévrismes rétiniens correspondent au stade 2 de la rétinopathie du Takayasu. Nous rapportons un cas de microanévrismes rétiniens révélant une artérite de Takayasu, avec résolution complète après 3 mois de traitement par tocilizumab.

Observation

Une femme âgée de 31 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, se présentait pour un brouillard visuel avec des douleurs oculaires bilatérales, associées à des céphalées rebelles au traitement antalgique. L'examen ophtalmologique retrouvait une acuité visuelle conservée à 10/10e, avec des hémorragies en tache aux quatre quadrants et des croissants vasculaires au fond d'œil. L'angiographie à la fluorescéine mettait en évidence des microanévrismes rétiniens bilatéraux des quatre quadrants, et des zones d'ischémie (figure 1). Des séances de photocoagulation laser étaient instaurées. La patiente était ensuite adressée dans notre formation pour une enquête étiologique. A l'examen physique, les pouls du membre supérieur (radial, ulnaire, huméral et axillaire) n'étaient pas perçus. La tension artérielle était asymétrique : 100/50 mmHg à gauche et 150/70 mmHg à droite. L'auscultation des axes vasculaires trouvait un souffle carotidien. Le bilan biologique retrouvait une anémie hypochrome microcytaire à 10 g/dl, un syndrome inflammatoire biologique (VS à 40 mm à la 1e heure et la CRP à 10mg/l). Les anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles étaient négatifs. L'échographie doppler du tronc supra-aortique objectivait un épaissement pariétal artériel. L'angio-scanner mettait en évidence une sténose totale du tronc supra-aortique et de l'artère carotide interne droite. L'électrocardiogramme, la radiographie thoracique, l'échographie cardiaque et abdominale étaient normaux. Le diagnostic de l'artérite de takayasu avec atteinte rétinienne était retenu. La patiente était mise sous corticothérapie à la dose de 1 mg/kg/j, associée au méthotrexate 25 mg/semaine, statine 5mg/j et l'aspirine 100mg/j. Devant la persistance des anomalies rétiniennes au fond d'œil et à l'angiographie, une biothérapie à base de tocilizumab était indiquée. L'évolution sous traitement immunomodulateur était favorable. Une régression totale des micro-anévrismes et une résorption de l'hémorragie au niveau des 4 quadrants étaient observées après 3 mois d'anti-IL6.

Discussion

La maladie de Takayasu est une artériopathie inflammatoire non spécifique d'étiologie inconnue, touchant de façon segmentaire l'aorte et l'origine de ses principales branches (1).

La rétinopathie ischémique au cours de la maladie de Takayasu a une valeur pronostique indéniable car elle expose à un risque majeur de cécité. Son incidence est variable selon les séries. Elle varie de 8 % en Tunisie (2), 30,8 % en Corée (3) et 52,3 % en Inde (4).

Cette rétinopathie ischémique est due à une hypoperfusion de l'artère ophtalmique. Elle est classée en 4 stades de gravité. Le stade 2 est caractérisé par l'apparition de micro-anévrismes, comme le cas de notre patiente. Ces derniers apparaissent lorsque la pression systolique au niveau de la rétine est inférieure à 40 mmHg. Ils sont d'abord localisés au pôle postérieur, puis en périphérie rétinienne (5).

Cette classification repose sur les données de l'angiographie en fluorescence. Cette dernière est essentielle pour le dépistage des lésions et leur surveillance. Elle doit être systématique même en l'absence d'altération de la fonction visuelle. Kiyosowa et Baba (6) ont montré que 20 % des patients atteints de maladie de Takayasu et ayant une rétinopathie ischémique étaient asymptomatiques.

La série tunisienne de Loukil et al (7) a décrit les caractéristiques de la rétinopathie ischémique au cours de la maladie de Takayasu chez 11 patients soit 22 yeux. Les anomalies les plus fréquentes étaient les micro-anévrismes (63,3 %) et le courant granuleux noté dans 59 % des cas (13 yeux). Cette série n'avait pas observé de corrélation entre l'ancienneté de la maladie de Takayasu et la survenue d'une rétinopathie ischémique.

Les corticoïdes à fortes doses permettent une amélioration clinique et artériographique des lésions artérielles. Pour des auteurs, ces résultats sont inconstants (8,9). Le recours aux immunosuppresseurs tels que le cyclophosphamide est souvent nécessaire. Le traitement des territoires d'ischémie se fonde sur la photocoagulation au laser afin de prévenir la survenue de néovascularisation rétinienne. Il est indiqué en présence d'une rétinopathie classée stade 3 et 4. Le traitement chirurgical par pontage est proposé par certains auteurs pour les trois premiers stades de la rétinopathie. La reperméabilisation des axes vasculaires permet la régression de l'ischémie (10).

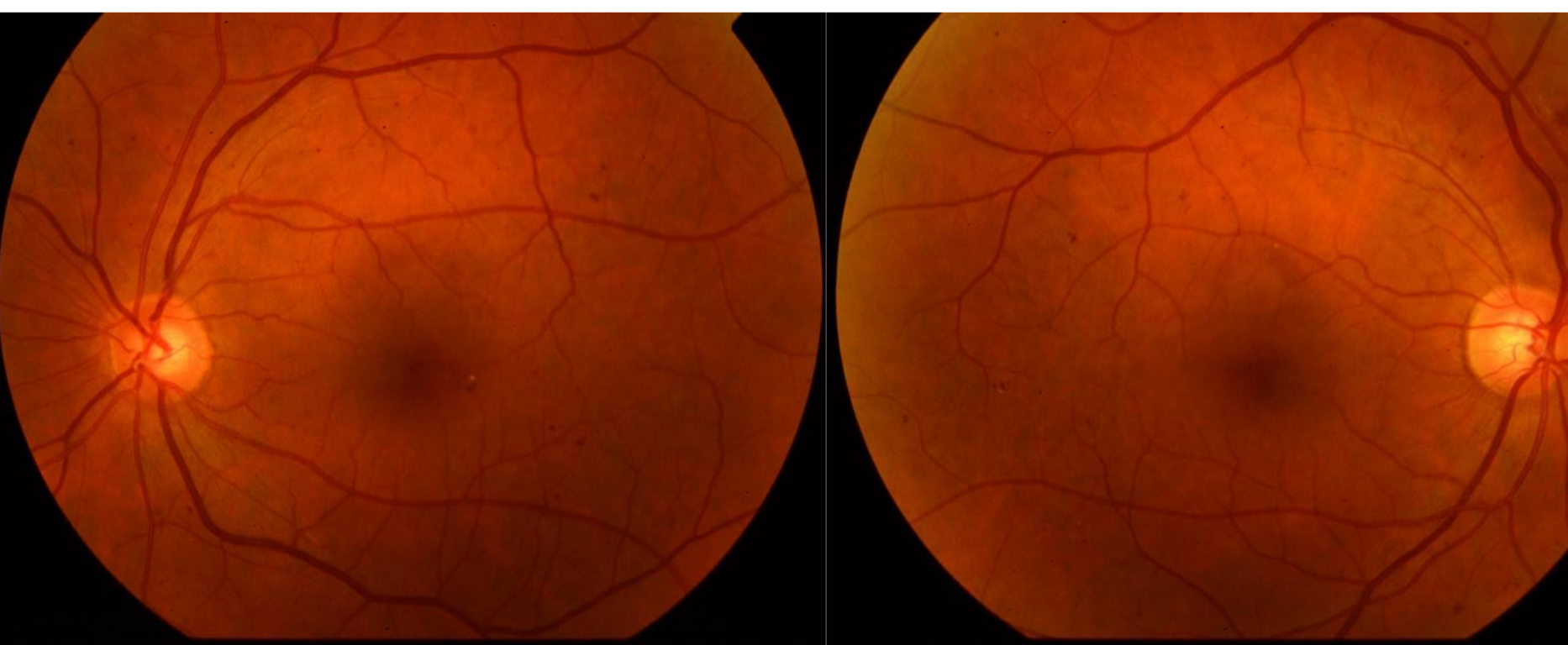
Le traitement de troisième ligne repose sur les biothérapies : les anti-TNF et le tocilizumab qui semblent efficaces dans les formes réfractaires. L'intérêt des biothérapies a été évalué principalement dans des études rétrospectives chez des patients réfractaires aux immunosuppresseurs classiques ou corticodépendants (11).

Quelques cas cliniques isolés ou plusieurs séries ouvertes rétrospectives ont montré l'efficacité du tocilizumab, en association ou non à la corticothérapie, dans des maladies de Takayasu naïves de corticoïdes ou cortico-résistantes, en termes de rémission clinico-biologique et un effet d'épargne cortisonique

Conclusion

Les microanévrismes rétiniens au cours de la maladie de Takayasu sont secondaires à l'hypoperfusion de l'artère centrale de la rétine. Leur dépistage précoce par un examen ophtalmologique régulier, avec une angiographie rétinienne au moindre doute est important car il conditionne la prise en charge thérapeutique ainsi que le pronostic visuel des patients

Figure 1: Images angiographiques



Références

1. Conrath J, Hadjadj E, Serratrice J, Ridings B. Occlusion de branche veineuse rétinienne révélatrice d'une maladie de Takayasu. Journal français d'ophtalmologie. 2004;27(2):162-5.
2. Numano F. Takayasu arteritis and Buerger disease III-The International Conference on Takayasu arteritis and Buerger disease-4-6 November, 1997-Preface. ELSEVIER SCI IRELAND LTD CUSTOMER RELATIONS MANAGER, BAY 15, SHANNON ...; 1998.
3. Chun YS, Park SJ, KIPARK I, Chung H, Lee J. The clinical and ocular manifestations of Takayasu arteritis. Retina. 2001;21(2):132-40.
4. Sagar S, Kar S, Gupta A, Sharma BK. Ocular changes in Takayasu's arteritis in India. Japanese journal of ophthalmology. 1994;38(1):97.
5. Uyama M, Asayama K. Retinal vascular changes in Takayasu's disease (pulseless disease), occurrence and evolution of the lesion. In: International Symposium on Fluorescein Angiography Ghent 28 March—1 April 1976. Springer; 1976. p. 549-54.
6. Kiyosawa M, Baba T. Ophthalmological findings in patients with Takayasu disease. International journal of cardiology. 1998;66:S141-7.
7. Loukil I, Mallouch N, Hachicha F, Bhiri R, Hijazi A, Blouza AJ. Rétinopathie ischémique au cours de la maladie de Takayasu. La Presse Médicale. 2012;41(12):e594-8.
8. Gardner JD, Lee KR, Abdou NI. Takayasu's arteritis: reversal of pulse deficit after early treatment with corticosteroids. The Journal of Rheumatology. 1984;11(1):92-3.
9. Fraga A, Mintz G, Valle L, Flores-Izquierdo G. Takayasu's arteritis: frequency of systemic manifestations (study of 22 patients) and favorable response to maintenance steroid therapy with adrenocorticosteroids (12 patients). Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology. 1972;15(6):617-24.
10. Kinoshita N, Yanagi Y, Tamaki Y, Obata R, Takahashi H. Sequential change of ophthalmic findings after bypass graft surgery in Takayasu disease. Retina. 2005;25(2):225-7.
11. Mekinian A, Soussan M, Saadoun D, Gomez L, Comarmond C, Fain O. Prise en charge de la maladie de Takayasu. Revue du rhumatisme monographies. 2017;84(3):229-35.