

Artérite à cellules géantes survenant après une maladie de Takayasu : un nouvel argument pour rapprocher les 2 vascularites ?

N. Fèvre (1) ; P. Smets (2) ; L. Tréfond (2) ; J. Stievenart (1) ; E. Rambaud (1) ; D. Fayard (1) ; M. André (2)

(1) Médecine interne, C HU Clermont-Fd : Site Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand;

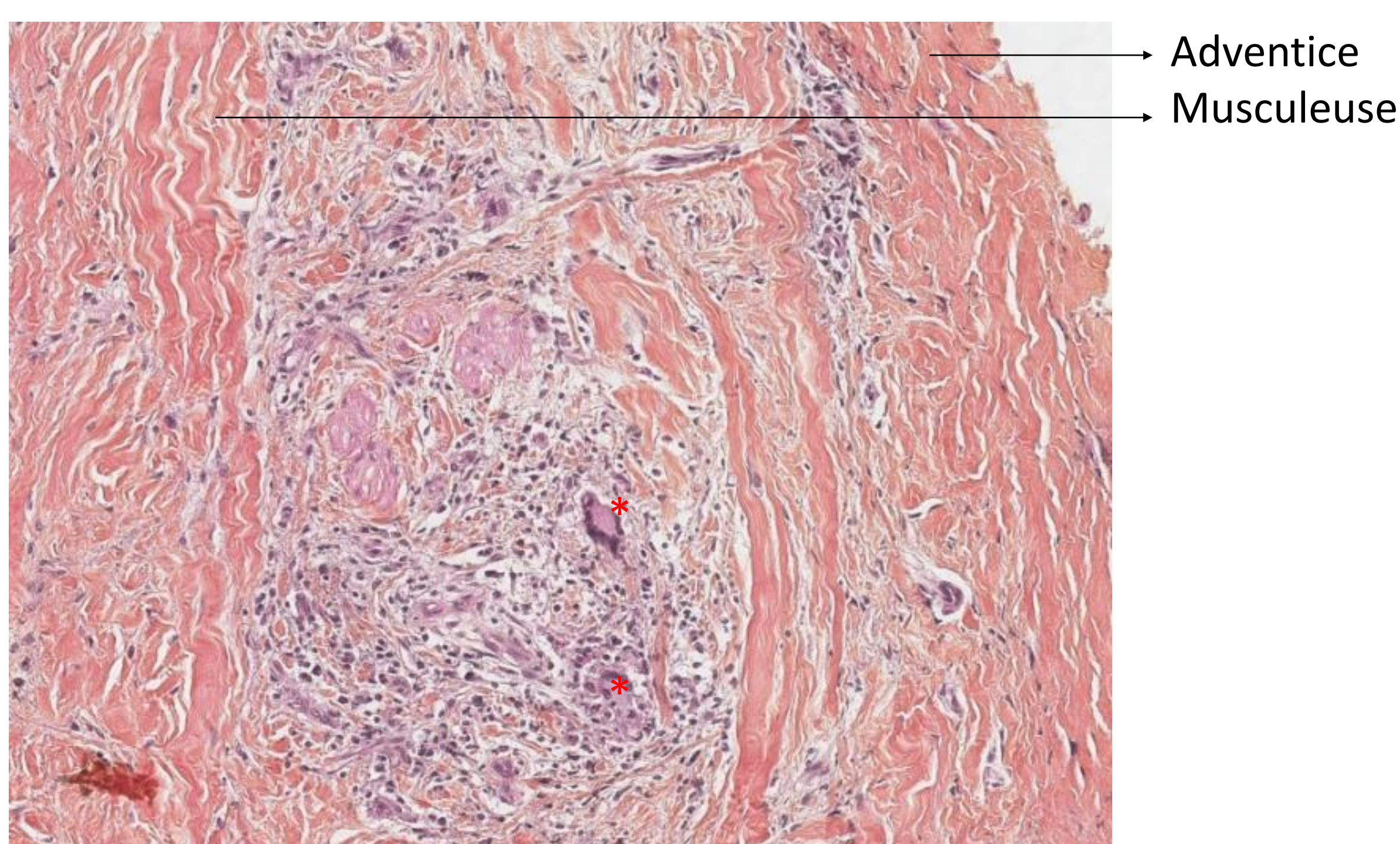
(2) Médecine interne, C HU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand

La maladie de Takayasu est une vascularite systémique de la femme jeune, dont la physiopathologie est encore imparfaitement élucidée [1]. Avec l'artérite à cellules géantes, elles représentent les deux vascularites des gros troncs artériels selon la classification de Chapel Hill et elles sont principalement, mais pas seulement, différenciées sur des critères d'âge. Nous rapportons le cas d'une patiente avec une maladie de Takayasu stable pendant de longues années sous anti-TNF alpha qui a présenté 16 ans après le diagnostic une artérite à cellules géantes.

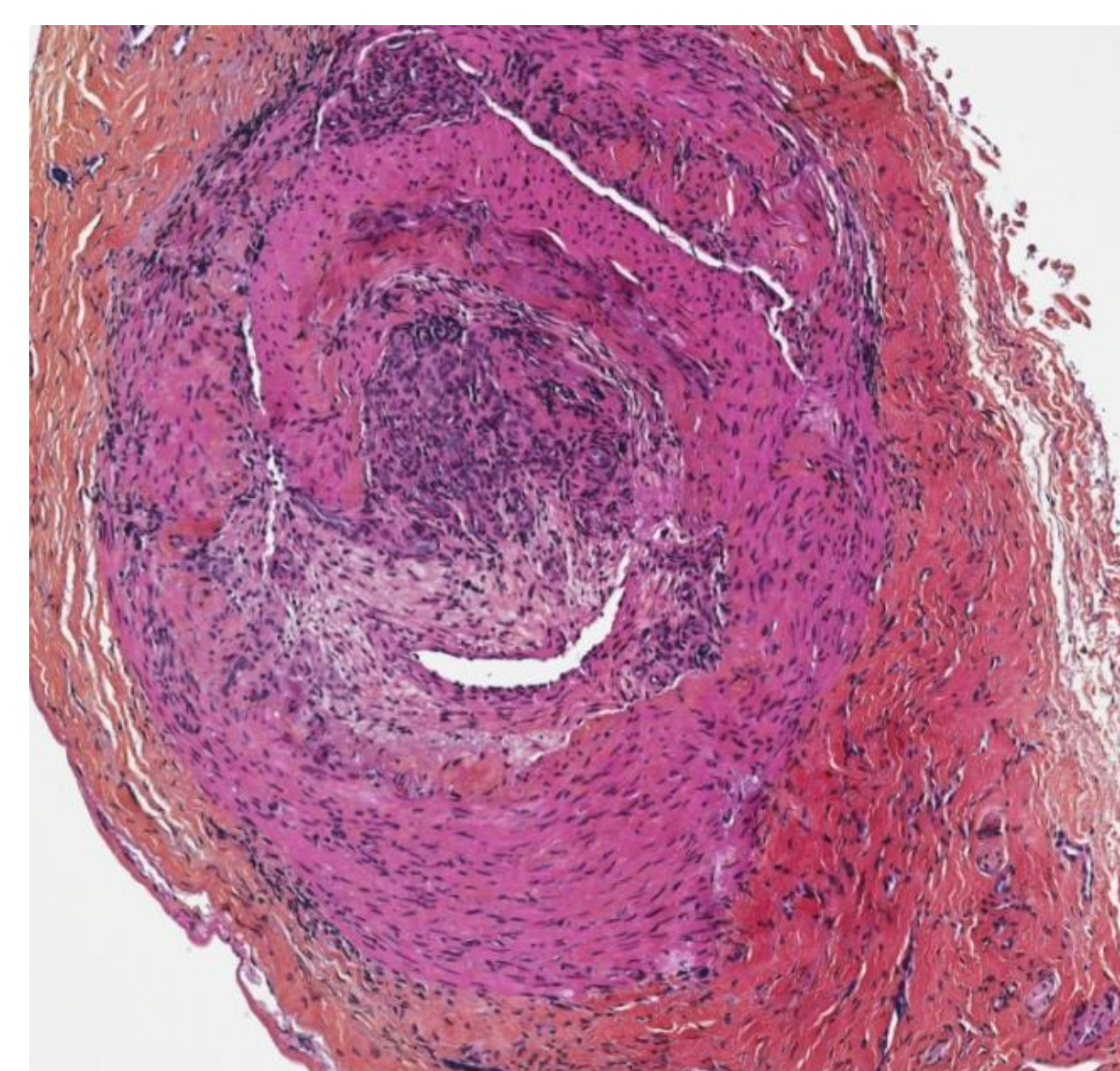
En 2005, le diagnostic de maladie de Takayasu était posé chez une patiente alors âgée de 56 ans, devant une insuffisance aortique sévère (avec VS>20mm et atteinte artérielle pulmonaire selon les critères d'Ishikawa) ayant nécessité un remplacement valvulaire.

L'angioscanner montrait un épaississement pariétal de l'aorte ascendante, de l'arc aortique, du tronc de l'artère pulmonaire et de la branche pulmonaire droite. L'analyse histologique de la pièce opératoire retrouvait un infiltrat inflammatoire granulomateux épithélioïde et géantocellulaire avec une sclérose adventicielle dans le tissu péri-aortique. Une corticothérapie était alors initiée, en association avec plusieurs immunosuppresseurs successifs, azathioprine, méthotrexate, mycophénolate-mofétil, devant une corticodépendance. En 2010, un traitement par adalimumab était introduit permettant un contrôle de la vascularite et un arrêt de la corticothérapie. Plusieurs tentatives d'arrêt de l'adalimumab étaient ensuite réalisées mais la vascularite rechutait à chaque fois.

Début 2021 apparaissaient des céphalées temporales et une claudication mandibulaire. Elle avait une induration de l'artère temporale droite et une réascension du syndrome inflammatoire biologique. La biopsie d'artère temporale montrait une artérite à cellules géantes typique. Une corticothérapie était réintroduite et l'adalimumab était remplacé par du tocilizumab.



Coupe aortique, coloration HES, x100 : cellules géantes (*)



Biopsie d'artère temporale, coloration HES, x100 : fibrose et néovaisseaux obturant la lumière

La maladie de Takayasu et l'artérite à cellules géantes sont deux formes de vascularite des gros vaisseaux artériels. L'âge à l'apparition des symptômes, l'ethnie et les signes cliniques permettent classiquement de les différencier. Habituellement, l'artérite à cellules géantes atteint plutôt les vaisseaux à destination céphalique alors qu'ils seraient plus rarement atteints dans la maladie de Takayasu. Mais un nombre non négligeable de patients qui présentent une artérite à cellules géantes ont également une atteinte des vaisseaux extracrâniens, et ce parfois de manière isolée. De la même manière, des céphalées, amauroses et diplopies ont été décrites dans la maladie de Takayasu [2]. Des arthralgies, une fièvre, un amaigrissement peuvent survenir dans les deux maladies notamment à la phase systémique de la maladie de Takayasu. Il est difficile de différencier les deux maladies sur le plan anatomopathologique et sur le plan de l'imagerie [3]. Le fait de séparer ces deux entités en maladies distinctes fait donc encore débat. Mais, si la corticothérapie est efficace dans ces deux pathologies, les thérapies ciblées ne sont pas les mêmes. En effet, en cas de corticodépendance ou à visée d'épargne cortisonique, on utilise plus volontiers les anti-TNF- α dans la maladie de Takayasu alors qu'on utilisera plutôt du tocilizumab dans l'artérite à cellules géantes, ce qui sous entend que la physiopathologie de ces deux vascularites est différente.

S'il est assez fréquent en pratique clinique de discuter l'une ou l'autre de ces vascularites au diagnostic devant une atteinte des gros troncs chez une femme autour de la ménopause, l'originalité de cette observation réside dans le fait que cette patiente qui avait une maladie de Takayasu certaine a ensuite déclaré une atteinte typique d'artérite à cellules géantes. Elle questionne sur le continuum physiopathologique entre ces deux vascularites des gros troncs. L'hypothèse d'un changement dans les voies de signalisation exprimées au sein de la paroi artérielle à partir de la 5^{ème} décennie peut être soulevée.

Références bibliographiques principales

[1] Bonnotte B, Samson M. Physiopathologie des vascularites primitives des gros vaisseaux. Rev Med Interne 2016 ; 37 : 264-73.

[2] Maksimowicz-McKinnon K, Clark TM, Hoffman GS. Takayasu Arteritis and Giant Cell Arteritis : a spectrum within the same disease ? Medicine 2009 ; 88 : 221-6.

[3] Grayson PC, Maksimowicz-McKinnon K, Clark TM, Tomasson G, Cuthbertson D, Carette S, Khalidi NA, Langford CA, Monach PA, Seo P, Warrington KJ, Ytterberg SR, Hoffman GS, Merkel PA; Vasculitis Clinical Research Consortium. Distribution of arterial lesions in Takayasu's arteritis and giant cell arteritis. Ann Rheum Dis 2012 ; 71 : 1329-34.

Nous remercions le Dr DARCHA qui nous a transmis les images des coupes histologiques. Nous remercions également le Dr OLAGNE.