



## MALADIE DE TAKAYASU "SILENCIEUSE" : LE DÉFI DE LA RECHUTE CLINIQUE À BILAN INFLAMMATOIRE ET MÉTABOLIQUE NÉGATIF

**1<sup>er</sup> Auteur : Mohammed, BIYAT, Médecin résident, Médecine interne A, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, MAROC**

Autres auteurs, équipe:

- Ilyas EL KASSIMI, Maître de conférences, Médecine interne A, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, MAROC
- Nawal SAHEL, Médecin spécialiste, Médecine interne A, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, MAROC
- Maryam ZAIZAE, Médecin spécialiste, Médecine interne A, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, MAROC
- Bilal TALAMOUSA, Médecin résident, Médecine interne A, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, MAROC
- Zineb EL BOUGRINI, Médecin résidente, Médecine interne A, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, MAROC
- Farah AHELLAT, Médecin résidente, Médecine interne A, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, MAROC
- Khalil JABRAN, Médecin résident, Médecine interne A, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, MAROC
- Ayoub TAHIR, Médecin résident, Médecine interne A, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, MAROC
- Oumama JAMAL, Médecin spécialiste, Médecine interne A, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, MAROC
- Adil RKIOUAK, Professeur de l'enseignement supérieur, Médecine interne A, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, MAROC
- Youssef SEKKACH, Professeur de l'enseignement supérieur, Médecine interne A, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, MAROC

### Introduction

L'évaluation de l'activité de la maladie de Takayasu (MT) reste un défi majeur pour l'interniste. Si le TEP-Scan au 18F-FDG est devenu un outil clé, sa sensibilité n'est pas absolue, notamment dans les formes au long cours. Nous rapportons le cas d'une patiente présentant une rechute clinique et angiographique indiscutable, contrastant avec une négativité complète des marqueurs biologiques et métaboliques.

### Observation

Une patiente de 46 ans, diabétique, était suivie depuis 18 ans pour une maladie de Takayasu diagnostiquée au stade occlusif (claudication du membre supérieur gauche, occlusion axillaire et sous-clavière). Après une rémission prolongée de 10 ans sous corticothérapie et méthotrexate, ce dernier avait été arrêté.

La patiente a été réadmise pour une recrudescence de la symptomatologie fonctionnelle : réapparition d'une claudication invalidante du bras gauche, arthromyalgies diffuses et notion de fièvre vespérale, évoluant sur plusieurs mois.

L'examen clinique confirmait l'abolition des pouls du membre supérieur gauche et une asymétrie tensionnelle.

Le bilan biologique était déroutant par son calme plat : absence totale de syndrome inflammatoire (CRP 2,4 mg/L, VS normale, fibrinogène normal).

Le bilan d'imagerie anatomique (Angio-TDM) montrait une stabilité des lésions anciennes mais l'apparition récente d'une sténose de l'artère humérale gauche.

La TEP-TDM au 18F-FDG, réalisée à la recherche d'une inflammation pariétale active, ne retrouvait aucun foyer d'hypermétabolisme pathologique sur l'ensemble de l'arbre vasculaire.

Malgré la négativité de la biologie et de l'imagerie métabolique, le diagnostic de rechute active a été retenu sur la base des critères NIH (nouveaux symptômes ischémiques + nouvelle lésion angiographique). Une intensification thérapeutique (majoration de la corticothérapie et réintroduction du méthotrexate) a été décidée, permettant une amélioration fonctionnelle.

### Discussion

Ce cas illustre les limites des outils paracliniques dans la MT chronique.

1. **Le silence biologique** : Une CRP normale est retrouvée chez 25 à 50% des patients ayant une maladie active confirmée histologiquement ou angiographiquement. Elle ne doit pas faire écarter la rechute.
2. **Les limites du TEP-Scan** : Bien que performant pour les vascularites précoces, le TEP-Scan peut être pris en défaut dans les formes à évolution lente ou "smoldering", où l'inflammation de bas grade ou purement pariétale fibrosante ne capte pas suffisamment le glucose pour dépasser le bruit de fond. La décision thérapeutique doit alors primer sur la clinique et la progression angiographique (apparition de nouvelles sténoses), conformément aux critères du NIH, plutôt que sur la seule positivité de l'imagerie métabolique.

### Conclusion

Devant une symptomatologie ischémique nouvelle au cours d'une maladie de Takayasu, la normalité du bilan inflammatoire et l'absence d'hypermétabolisme au TEP-Scan ne permettent pas d'exclure formellement une maladie active. L'analyse clinique et la comparaison minutieuse de l'imagerie vasculaire (nouvelles sténoses) restent les piliers de la décision de reprise du traitement immunosuppresseur.