



Faut-il toujours chercher une vascularite devant une insuffisance aortique "idiopathique" du sujet jeune ? À propos d'un cas de Takayasu

Y. Oualehsine; J. Benhammou; A. Kadiri; R. Lemouaden; C. ElAoufir; F. Boucham; M. Chiguer; A. Charef; F. Mekouar; N. Elomri; M. Jira; A. Abouzahir; J. Fatihi

Service de Médecine Interne B, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat, Maroc

Introduction:

La maladie de Takayasu est une vascularite chronique des gros vaisseaux touchant l'aorte et ses branches, survenant classiquement chez la femme jeune. L'insuffisance aortique est une complication fréquente mais rarement révélatrice. Nous rapportons l'observation d'une jeune fille de 22 ans chez qui une insuffisance aortique sévère au stade chirurgical a conduit au diagnostic de maladie de Takayasu.

Observation:

Une jeune fille de 22 ans, sans antécédent, était adressée en cardiologie pour une dyspnée stade III évoluant depuis 6 mois, associée à des palpitations. L'examen clinique retrouvait un souffle diastolique aortique, des signes d'insuffisance cardiaque et une pression artérielle pincée à 110/50 mmHg. Le bilan biologique montrait un syndrome inflammatoire modéré (CRP 30 mg/L, VS 50 mm). L'échocardiographie révélait une insuffisance aortique sévère (grade IV) avec dilatation du ventricule gauche et de la racine aortique à 42mm. La patiente était hospitalisée pour bilan préopératoire en vue d'un remplacement valvulaire aortique.

L'examen clinique systématique objectivait une asymétrie tensionnelle (90/60mmHg au bras droit vs 140/80 au bras gauche), une abolition du pouls radial droit et des souffles vasculaires carotidiens et sous-claviers droits. L'interrogatoire retrouvait des claudications du membre supérieur droit et des cervicalgies inflammatoires évoluant depuis plusieurs années. L'angioscanner thoraco-abdominal objectivait un épaississement pariétal aortique diffus, une sténose de l'artère sous-clavière droite et de la carotide commune droite, et une dilatation anévrysmale de l'aorte ascendante à 48 mm expliquant l'insuffisance aortique. Le TEP-scanner montrait une hyperfixation vasculaire diffuse témoignant de l'activité inflammatoire.

Le diagnostic de maladie de Takayasu était retenu. Un traitement par corticoïdes et méthotrexate était instauré, et la chirurgie valvulaire était différée après obtention de la rémission inflammatoire.

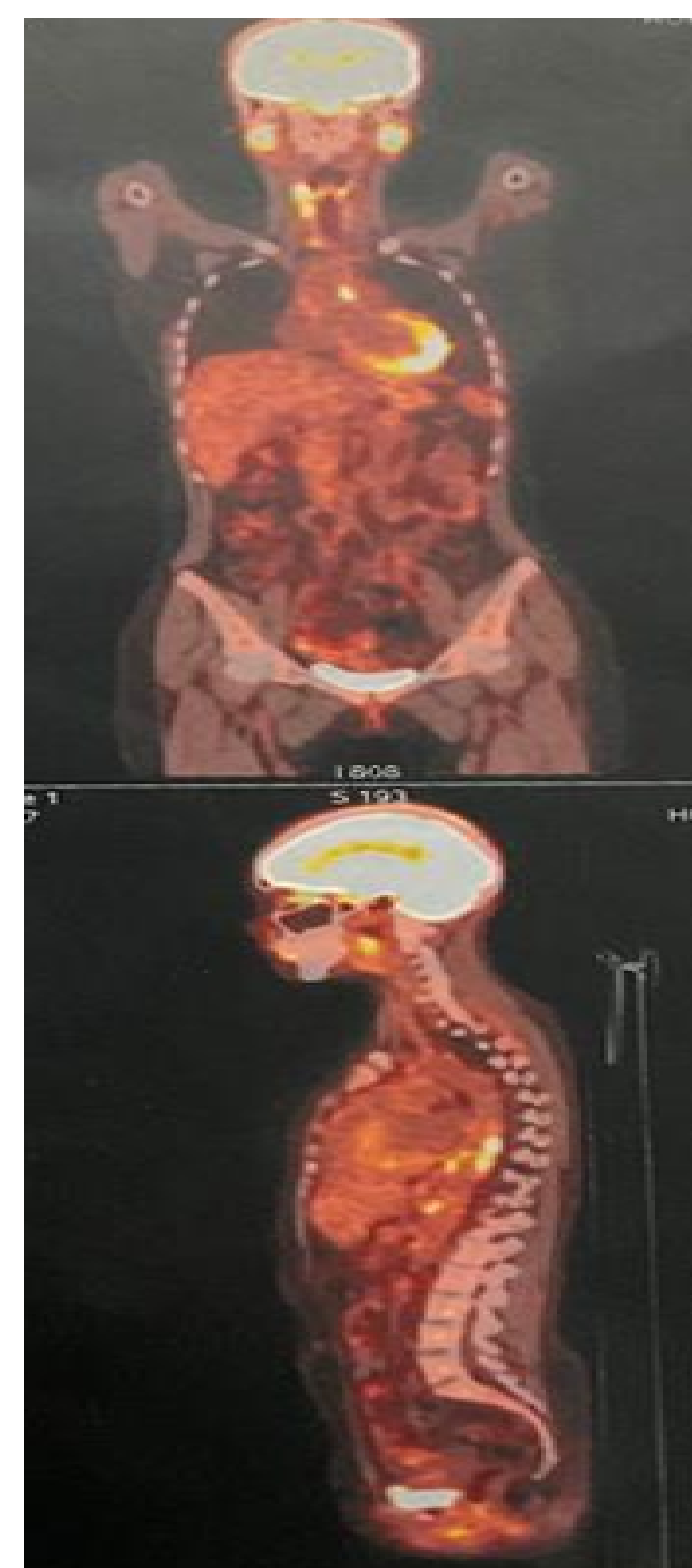


Figure: Hypermétabolisme pariétal aortique et des gros vaisseaux au TEP-scanner

Discussion:

Cette observation illustre un mode de révélation rare de la maladie de Takayasu. L'insuffisance aortique résultait ici de la dilatation anévrysmale de l'aorte ascendante liée à l'inflammation pariétale chronique, entraînant un défaut de coaptation des valves par élargissement de l'anneau.

Ce cas témoigne du retard diagnostique fréquent de cette pathologie, les symptômes aspécifiques initiaux (claudications, cervicalgies) ayant été banalisés pendant plusieurs années. La présentation cardiaque bruyante a focalisé l'attention, mais c'est l'examen clinique systématique préopératoire qui a permis de redresser le diagnostic grâce à la recherche d'une asymétrie tensionnelle et de l'abolition des pouls.

L'imagerie a cartographié l'étendue des lésions vasculaires, confirmant le mécanisme de l'insuffisance aortique et justifiant un traitement immunosuppresseur agressif avant toute chirurgie. Le TEP-scanner a confirmé l'activité inflammatoire, conditionnant l'urgence thérapeutique. La prise en charge a associé un traitement immunosuppresseur pour contrôler l'inflammation et différer la chirurgie après obtention de la rémission, conformément aux recommandations.

Conclusion:

La maladie de Takayasu peut se révéler par une insuffisance aortique sévère au stade chirurgical chez une femme jeune. Devant toute valvulopathie associée à un syndrome inflammatoire inexpliqué, un examen clinique rigoureux avec prise tensionnelle aux quatre membres et palpation des pouls est essentiel. L'imagerie vasculaire confirme le diagnostic et guide une prise en charge associant traitement immunosuppresseur préalable à la correction chirurgicale.

Références bibliographiques:

-Mason JC. Takayasu arteritis: surgical interventions. *Curr Opin Rheumatol*.2020;32(1):37-44. doi: 10.1097/BOR.0000000000000669.

-Mirault T, Guillet H, Messas E. Vascular complications of Takayasu arteritis. *PresseMed*. 2017;46(2 Pt 2):e231-e238. doi: 10.1016/j.lpm.2016.11.030.