



Spectre morphologique de l'atteinte coronarienne au cours de L'artérite de Takayasu : *au-delà de la Sténose ostiale classique*

- Nour, REBAI, Résident , Médecine interne B, Hopital Charles Nicolle, Tunis, TUNISIE
- Wiem,BEN EL HAJ , Assistant, Médecine interne B, Hopital Charles Nicolle, Tunis, TUNISIE
- Mariem, JEBRI, Assistant, Médecine interne B, Hopital Charles Nicolle, Tunis, TUNISIE
- Mohamed Salah, HAMDJ, Professeur Agrégé, Médecine interne B, Hopital Charles Nicolle, Tunis, TUNISIE
- Eya, CHERIF, Professeur, Médecine interne B, Hopital Charles Nicolle, Tunis, TUNISIE
- Samira, AZZABI, Professeur, Médecine interne B, Hopital Charles Nicolle, Tunis, TUNISIE
- Imen, BOUKHRIS, Professeur, Médecine interne B, Hopital Charles Nicolle, Tunis, TUNISIE
- Ines, KECHAOU, Professeur, Médecine interne B, Hopital Charles Nicolle, Tunis, TUNISIE
- Lamia, BEN HASSINE, Professeur, Chef de service, Médecine interne B, Hopital Charles Nicolle, Tunis, TUNISIE

Introduction

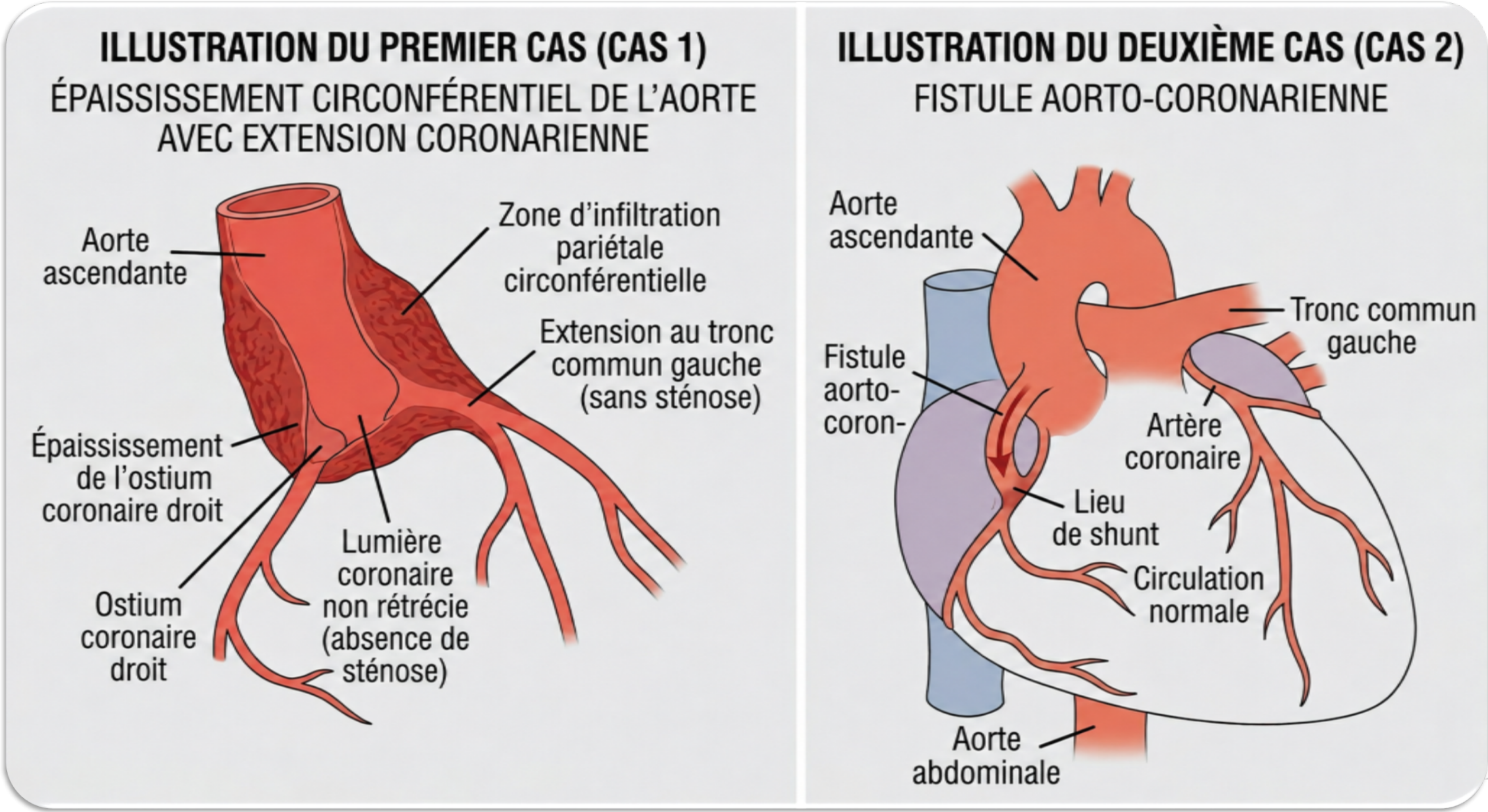
- **L'artérite de Takayasu (AT)** est une vascularite granulomateuse des gros vaisseaux touchant préférentiellement l'aorte et ses branches.
- **L'atteinte coronarienne** est rapportée dans **5 à 15 %** des cas.
- **Présentation classique** : Sténose ostiale secondaire à l'extension inflammatoire de l'aorte ascendante.
- **Objectif** : Mettre en évidence la diversité de la morphologie des lésions coronariennes à travers deux observations.

Observation 1:

- **Présentation clinique** : patiente âgée de 22 ans admise pour claudication des membres supérieurs évoluant depuis six mois, associée à une asymétrie tensionnelle et un souffle carotidien sans douleur thoracique, ni dyspnée d'effort.
- **Bilan initial** :
 - **Biologie** : syndrome inflammatoire et anémie inflammatoire (Hb 9,3 g/dL). Score ITAS à 7.
 - **Angioscanner** : aortite diffuse intéressant l'aorte thoraco-abdominale et ses branches supra-aortiques et viscérales.
 - **Échocardiographie** : épaissement pariétal de l'aorte ascendante sans atteinte valvulaire significative.
- Le diagnostic d'une AT de **type V** a été retenu.
- **Atteinte coronarienne** : épaissement circonférentiel de l'aorte ascendante s'étendant au tronc commun gauche et à l'ostium de la coronaire droite, sans sténose significative.
- **Prise en charge et évolution** : traitement par corticothérapie, méthotrexate puis tocilizumab (activité persistante). Un contrôle scannographique après intensification thérapeutique a montré une amélioration des anomalies pariétales. Une stabilité clinique et radiologique était obtenue à 18 mois.

Observation 2

- **Présentation Clinique** : Patiente de 41 ans chez qui le diagnostic d'une AT était retenu suite à une occlusion de l'artère sous-clavière gauche. Atteinte des troncs supra-aortiques et des artères mésentériques.
- **Circonstances de découverte** : La patiente présentait une dyspnée d'effort avec découverte sur l'angio-TDM et sur l'échographie cardiaque d'une fistule aorto-coronarienne, confirmée par coronarographie.
- **Discussion diagnostique** : En l'absence de documentation antérieure, la discussion opposait une anomalie congénitale fortuite à un possible remaniement acquis sur paroi inflammatoire fragilisée.
- **Prise en charge et évolution** : Mise sous corticothérapie (Prednisone 1 mg/kg/j) associée au méthotrexate avec une stabilisation clinique (disparition des claudications et des douleurs abdominales). Le contrôle angiographique a montré la persistance de la fistule aorto-coronarienne, devenue asymptomatique.



Discussion

↔ Variabilité	♥ Formes Infracliniques	🔄 Remaniements
Ces observations illustrent une grande variabilité morphologique de l'atteinte coronarienne au cours de l'AT, dépassant largement le paradigme classique de la sténose ostiale isolée.	Mise en évidence d'extensions inflammatoires non sténosantes (ex: tronc commun gauche), asymptomatiques, soulignant l'importance d'une surveillance radiologique régulière et le rôle des nouveaux moyens d'imagerie (IRM – PET scan)	L'inflammation chronique peut engendrer des remaniements structuels beaucoup plus complexes (comme les fistules), fragilisant la paroi artérielle au-delà de l'épaississement.

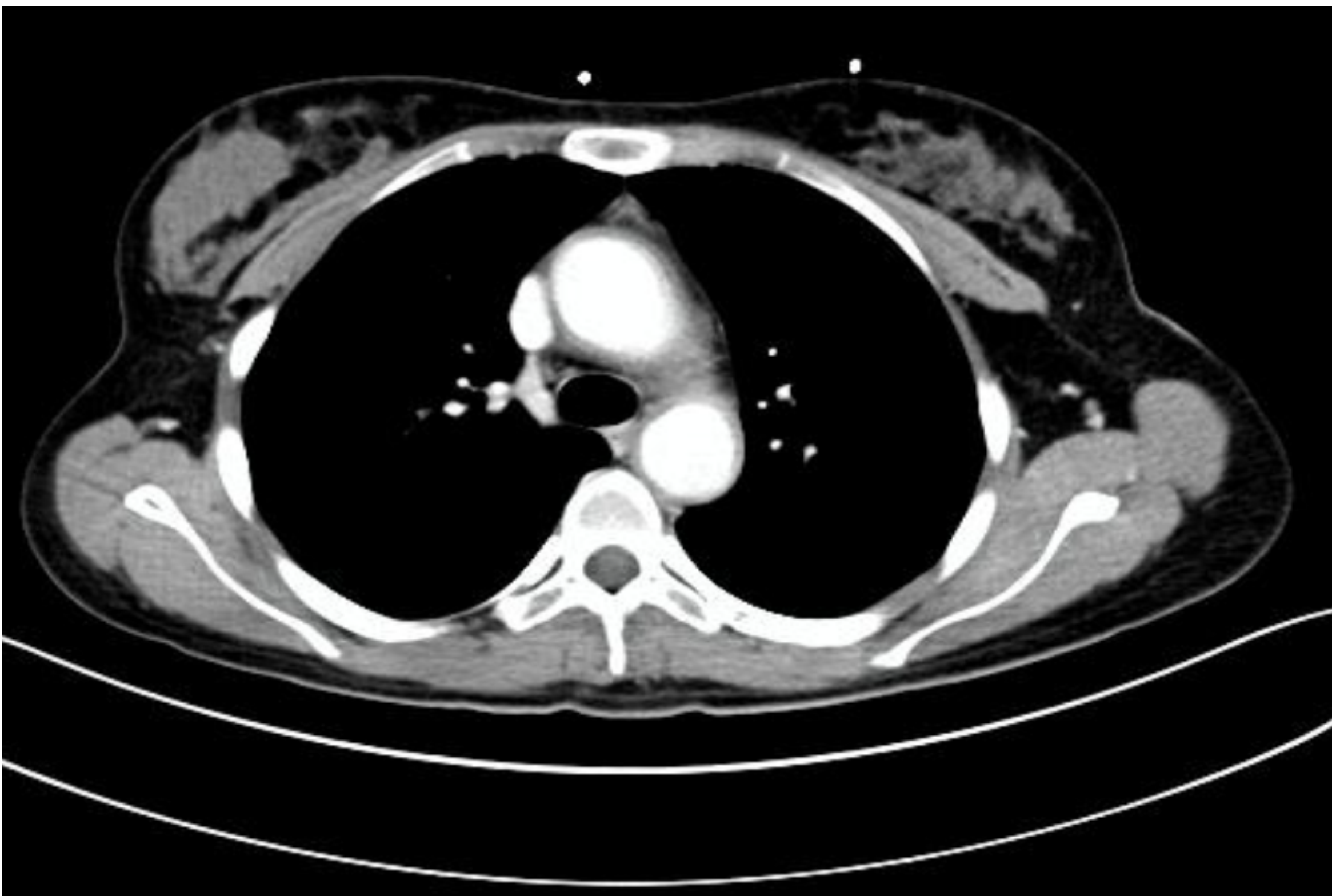


Figure 2: Épaississement pariétal de l'aorte thoracique au cours de la maladie de Takayasu (Observation 1)

Conclusion :

L'atteinte coronarienne au cours de l'Artérite de Takayasu pourrait s'inscrire dans un spectre morphologique élargi, incluant des formes inflammatoires infra cliniques et des anomalies structurales atypiques.
La reconnaissance de ces présentations contribue à affiner l'évaluation cardiovasculaire.