



## UN DÉCÈS, TROIS SUSPECTS! ( TAKAYASU, BEHÇET OU ARTÉRITE À CELLULES GÉANTES )

O.Eljaadi, Y.Lakrafi, L.Barakat, K.Echchilali, M.Moudatir, H.Elkabli

Service de médecine interne, CHU IBN ROCHD, Casablanca, MAROC

### INTRODUCTION

Les vascularites systémiques sont des affections inflammatoires touchant les vaisseaux sanguins de différents calibres. La classification de Chapel Hill permet de classer ces vascularites selon le calibre des vaisseaux concernés. Nous rapportons ici le cas d’une patiente qui présente une vascularite des gros troncs avec un dilemme nosologique et thérapeutique.

### OBSERVATION

- Patiente de 38 ans, ayant un antécédent d’hypertension artérielle avec un épisode de prééclampsie et d’accident vasculaire cérébral ischémique sans séquelles, dont l’histoire de la maladie remonte à deux mois avant son hospitalisation par l’installation d’un tableau d’insuffisance cardiaque révélée par une dyspnée progressivement évolutive, des œdèmes des membres inférieurs, associé à une claudication du membre supérieur gauche motivant son admission en urgence au service de cardiologie avec sollicitation immédiate d’un avis de médecine interne. À son admission, elle était consciente, bien orientée dans le temps et l’espace, polypnéique, avec sur le plan cardiovasculaire : une asymétrie tensionnelle aux membres supérieurs, une abolition des pouls radial, huméral et temporal gauches, un souffle aortique, mitral, tricuspide et carotidien droit et une orthopnée. L’examen cutanéomuqueux n’a objectivé ni aphtes buccaux ni génitaux ni cicatrices ni pseudofolliculite. Le reste de l’examen était sans particularités.

#### Bilan biologique

- Une anémie hypochrome microcytaire à 9.4 g/dl, une hyperleucocytose à 10850/mm<sup>3</sup>, une CRP à 81 mg/L, une PCT à 17 ng/ml, une créatinine à 31.8 mg/l (DFG à 19.61 ml/min/1.73 m2) et un HLA B51 négatif.
- Un bilan infectieux exhaustif réalisé est revenu négatif : ECBC stérile, quantiféron et recherche BK (crachats et PCR) négatifs, ECBU stérile, hémocultures négatives, sérologies (VIH/ TPHA/ VDRL/ HBV/ HCV) négatives.

#### Imagerie

- **Au Doppler des troncs supra-aortiques:** une sténose serrée estimée à 85% de la carotide commune gauche avec épaississement non sténosant de la portion initiale de la carotide commune droite.
- **À l’angioscanner thoracique:** un épaississement pariétal régulier et circonférentiel de l’artère carotide gauche, péri-aortique diffus, une sténose serrée de l’artère sous-clavière gauche à son origine, une dilatation anévrysmale de la crosse aortique avec des anévrysmes partiellement thrombosés de la portion descendante thoracique et abdominale sus-rénale.

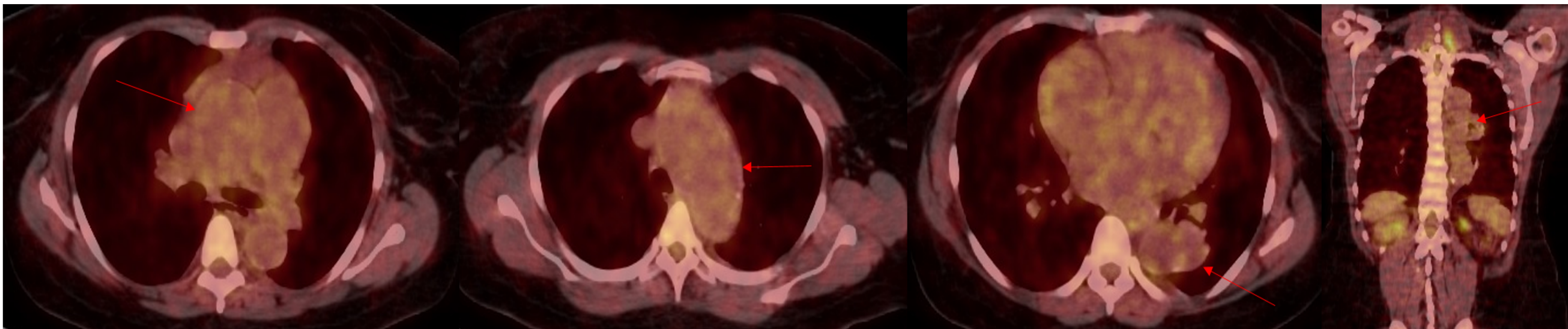


Figure 1: Dilatation anévrysmale de l’aorte ascendante hypermétabolique.

Figure 2: Hyperfixation pariétale et dilatation anévrysmale de la crosse aortique.

Figure 3: Anévrysme sacculaire de l’aorte descendante.

- **Au TEP-scan:** une hyperfixation pariétale au niveau de la crosse aortique, de l’aorte abdominale sus-rénale et de la bifurcation aortique avec une fixation hypermétabolique touchant la veine jugulaire droite.

- Sur le plan thérapeutique, devant la sévérité du tableau, la patiente a bénéficié d’un bolus de méthylprednisolone en urgence avec relais par voie orale à raison de 0.5 mg/kg/j. Et devant l’incertitude diagnostique, nous avons opté pour un anti-IL6 (Tocilizumab) comme traitement d’épargne cortisonique.
- L’évolution était marquée par l’installation d’un tableau de choc hémorragique sur hémoptysies foudroyantes secondaire à une probable rupture anévrysmale conduisant à son décès.

### CONCLUSION

L’application de la classification de Chapel Hill aux vascularites peut s’avérer difficile en pratique comme illustré dans notre cas où nous étions confrontés au dilemme : S’agissait-il d’une maladie de Takayasu devant l’asymétrie tensionnelle et l’abolition des pouls périphériques avec lésions sténosantes et anévrysmales ? S’agissait-il d’une maladie de Behçet devant l’atteinte veineuse sans signes cutanéomuqueux avec un HLA B51 négatif ? S’agissait-il d’une artérite à cellules géantes devant l’abolition du pouls temporal et l’atteinte aortique anévrysmale ? D’autant plus qu’il n’y a pas de marqueur biologique spécifique permettant un diagnostic formel ; soulevant une véritable problématique thérapeutique devant l’urgence vitale liée à la sévérité des lésions vasculaires.

### BIBLIOGRAPHIE

- Katayama Y, Matsumoto Y, Yamamura Y, Asano Y, Hayashi K, Ohashi K, Morishita M, Watanabe H, Narazaki M, Sada KE, Wada J. Takayasu phlebitis. Rheumatology (Oxford). 2020 Dec 1;59(12):e131-e133. doi: 10.1093/rheumatology/keaa333. PMID: 32617559.
- Dang X, Zhu Q, Zou Y, Han Y. Phlebitis in Takayasu arteritis: A case-based literature review. Int J Rheum Dis. 2024 Jan;27(1):e14762. doi: 10.1111/1756-185X.14762. Epub 2023 Jun 4. PMID: 37270684.
- Mortensen PW, Raviskanthan S, Chévez-Barrios P, Lee AG. Giant cell arteritis versus Takayasu's Arteritis: Two sides of the same coin? Saudi J Ophthalmol. 2022 Apr 18;35(3):198-203. doi: 10.4103/SJOPT.SJOPT\_152\_21. PMID: 35601856; PMCID: PMC9116096.