

## Quand la maladie de Horton tire la sonnette d'alarme : Étude des formes graves

- RANIA MAMACHE, Assistante , Service de médecine interne CHU BAB EL Oued, Alger Algérie
- KARIMA ABBACI , Maitre de conférence , Service de médecine interne CHU BAB EL Oued, Alger Algérie
- AMINA MEZIANE , Assistante , Service de médecine interne CHU BAB EL Oued, Alger Algérie
- SAKINA MOULAY , Assistante , Service de médecine interne CHU BAB EL Oued, Alger Algérie
- ZAHRA AZIZI , Assistante , Service de médecine interne CHU BAB EL Oued, Alger Algérie
- NAZIM LARABA, Professeur , Service de médecine interne CHU BAB EL Oued, Alger Algérie
- ABDELKARIM BERRAH, Professeur , Service de médecine interne, CHU BAB EL Oued, Alger, Algérie

### Introduction

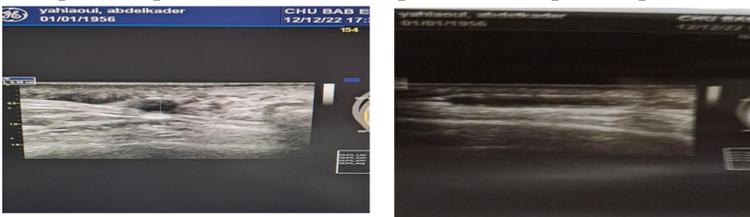
La maladie de Horton (MH) est une vascularite inflammatoire primitive désormais nommée artérite à cellules géantes qui touche le sujet âgé de plus de 50 ans elle est caractérisée par sa topographie segmentaire et plurifocale qui affecte principalement la carotide externe et ses branches de pronostic parfois redoutable avec des complications graves. L'atteinte oculaire au cours de l'artérite temporelle de Horton est considérée comme l'atteinte la plus grave. Elle peut être responsable de cécité dans 15 % des cas dans les séries récentes. Le but de notre étude est d'analyser le profil clinique, thérapeutique et évolutif des formes graves.

### Matériels et Méthodes

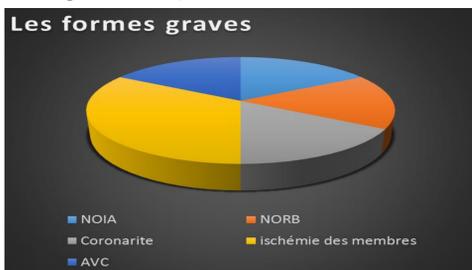
Il s'agit d'une étude rétrospective ayant inclus 18 malades suivis au service de médecine interne CHU de Bebeloued d'ALGER pour Maladie de Horton sur une durée de 10 ans (2010-2020) et dont le diagnostic a été retenu selon les critères de l'ACR 1990

### Résultats

Parmi les 18 cas colligés, 8 patients (44%) avaient une forme grave répartis en 4 femmes et 4 hommes d'âge moyen de 73 ans avec des extrêmes allant de 64 à 83 ans et dont 50 % étaient hypertendus. Les manifestations oculaires étaient inaugurales chez 6 patients qui ont présenté une Baisse brutale de l'Acuité Visuelle (BAV). Les céphalées temporales étaient rapportées par tous les patients. L'altération de l'état général était présente chez 3 cas. L'hyperesthésie du cuir chevelu et une claudication intermittente de la mâchoire étaient notées chez 3 trois cas. Une pseudo polyarthrite rhizomélique (PPR) était associée dans 3 cas. L'examen clinique a trouvé des anomalies de l'artère temporelle chez cinq malades : deux malades avaient une induration du trajet de l'artère temporelle tandis que les trois restants présentaient une diminution du pouls temporel. Un examen ophtalmologique spécialisé avait conclu à une névrite optique ischémique antérieure chez deux malades et une névrite optique rétrobulbaire chez 1 cas. Une coronarite a été objectivée chez une patiente. Une ischémie des membres supérieurs a été rapportée chez deux patientes dont une a été traitée par fogartisation et l'autre a présenté un AVC ischémique concomitant . Le syndrome inflammatoire biologique était constant avec une VS dépassant 60 mm la première heure chez tous les cas. L'anémie inflammatoire était présente dans 80% des cas . La biopsie de l'artère temporelle a été pratiquée chez deux cas. Chez les autres le diagnostic était évident ou urgent. Elle avait montré une artérite gigantocellulaire chez 1 cas ; Dans l' autres cas elle n'était pas concluante. Le traitement était basé sur la corticothérapie chez tous les patients associée parfois à l'aspirine 100mg . Un antiagrégant plaquettaire et un bêtabloqueur en plus d'une statine ont été prescrit pour la patiente qui a présenté une coronarite . Des anticoagulants dose curative pour les patientes qui ont présenté une ischémie des membres . On a assisté a une bonne évolution clinique sauf pour une malade qui a décédé en réanimation pour suspicion d'une thrombopénie induite par l'héparine (TIH)



**Figure 1 et Figure 2:** L'échographie doppler de l'artère temporelle montre un « halo » hypoéchogène circonférentiel qui correspond à un épaissement œdémateux de l'artère(en coupe transversale et longitudinale).



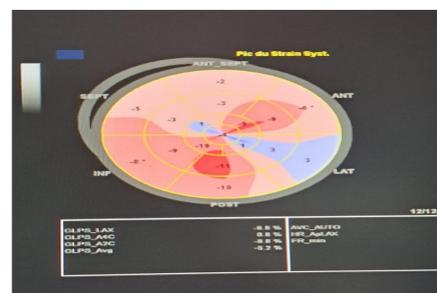
**Figure 3:** Les formes graves retrouvées dans notre série



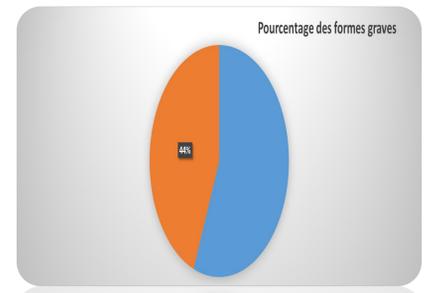
**Figure 4:** Répartition des formes graves selon le sexe, sex-ratio=1

### Discussion

- La MH touche les personnes de plus de 50 ans avec un âge moyen de survenue de 73 ans dans notre série .
- Les formes graves de notre série touchaient à proportion égale les deux sexes avec un sex-ratio H/F à 1
- Les formes graves représentées dans notre série étaient une névrite optique ischémique antérieure, une névrite optique rétrobulbaire, une coronarite, un AVC ischémique et une ischémie des membres supérieurs avec un pourcentage de 44% qui est concordant avec les résultats retrouvés dans la série de 40 cas faite en Tunisie par M.Lajmi qui a retrouvé 18 cas (45%) graves.
- Dès que le diagnostic est suspecté, les examens de confirmation diagnostique doivent être réalisés rapidement en raison du risque de survenue imprévisible de complications ischémiques ophtalmologiques irréversibles. La mise en route du traitement ne doit en aucun cas être retardée, il s'agit d'une urgence thérapeutique absolue.
- L'atteinte des artères à destinée des membres peut se manifester par une claudication ou exceptionnellement par une ischémie qui a été retrouvé chez deux patientes dans notre série,
- La rupture d'un anévrysme ou la dissection aortique inaugurales sont rares mais grave, aucun cas n'a été rapporté dans notre série
- Des formes sévères notamment oculaires de maladie de Horton sans syndrome inflammatoire biologique ont été décrites, néanmoins le syndrome inflammatoire biologique est quasi-constant dans notre série
- La biopsie ne doit pas retarder la mise en route du traitement.
- La corticothérapie orale est le traitement spécifique. En cas d'atteinte ophtalmologique, le traitement doit être débuté immédiatement par des perfusions de méthylprednisolone ou par la prednisone orale à 1 mg/kg/jour puis dégression progressive sous surveillance clinique et biologique
- Le Méthotrexate permet une épargne cortisonique chez les patients cortico-dépendants ou présentant des effets secondaires majeurs de la corticothérapie.



**Figure 5:** altération du Strain myocardique retrouvé chez le cas de coronarite



**Figure 6:** Le pourcentage des formes graves retrouvées dans notre série (44%)

### Conclusion

Les complications de la maladie de Horton peuvent mettre en jeu le pronostic vital et fonctionnel à travers les atteintes oculaires et les complications vasculaires ischémiques. Dans notre étude 44 % des patients avaient des formes graves . Un diagnostic précoce est impératif pour une prise en charge précoce et urgente.

### La bibliographie

### conflits d'intérêts : Aucun

1. Becourt-Verlomme C, Barouky R, Alexandre C, Gonthier R, Laurent H, Vital Durand D, et al. Inaugural symptoms of Horton's disease in a series of 260 patients. Rev Med Interne. 2001;22(7):631-7
2. Assie C, Janvresse A, Plissonnier D, Levesque H, Marie I. Long-term follow-up of upper and lower extremity vasculitis related to giant cell arteritis: a series of 36 patients. Medicine (Baltimore). 2011 Jan;90(1):40-51.
3. Baslund B, Helleberg M, Faurshou M, Obel N. Mortality in patients with giant cell arteritis. Rheumatol Oxf Engl. 2015 Jan;54(1):139-43.
4. Espitia O, Agard C. [Aortitis in giant cell arteritis and its complications]. Rev Med Interne. 2013 Jul;34(7):412-20. Espitia O, Néel A, Leux C, Connault J, Espitia-Thibault A, Ponge T, et al. Giant cell arteritis with or without aortitis at diagnosis. A retrospective study of 22 patients with longterm followup. J Rheumatol. 2012 Nov;39(11):2157-62.
5. Evans JM, O'Fallon WM, Huether GG. Increased incidence of aortic aneurysm and dissection in giant cell (temporal) arteritis. A population-based study. Ann Intern Med. 1990;112(1):1-6.