

L'aortite en milieu de médecine interne : à propos de 11 cas

Mayeda, Ben Hamad, AHU, Service de médecine interne, CHU Hedi Chaker, Sfax, TUNISIE

- Mouna , Snoussi, , Professeur agrégé, Service de médecine interne, CHU Hedi Chaker, Sfax, TUNISIE
- Imen, Chabchoub, AHU, Service de médecine interne, CHU Hedi Chaker, Sfax, TUNISIE
- Faten, Frikha, , Professeur, Service de médecine interne, CHU Hedi Chaker, Sfax, TUNISIE
- Nesrine, Regaieg, , AHU, Service de médecine interne, CHU Hedi Chaker, Sfax, TUNISIE
- Mariem, Ghribi, AHU, Service de médecine interne, CHU Hedi Chaker, Sfax, TUNISIE
- Abir, Derbel, AHU, Service de médecine interne, CHU Hedi Chaker, Sfax, TUNISIE
- Sameh, Marzouk, Professeur, Service de médecine interne, CHU Hedi Chaker, Sfax, TUNISIE
- Zouhir, Bahloul, Professeur, Service de médecine interne, CHU Hedi Chaker, Sfax, TUNISIE

Introduction

L'aortite est l'inflammation de la paroi aortique caractérisées par une réaction cellulaire pariétale aboutissant parfois à la désorganisation des tuniques artérielles avec épaissement pariétal, source de sténose de la lumière vasculaire et parfois de thrombose ou d'ectasie avec son risque de rupture. Les symptômes révélant l'aortite dépendent du territoire vasculaire atteint et parfois elle peut être révélée par des signes systémiques non spécifiques à savoir la fièvre, des arthralgies ou un syndrome inflammatoire biologique isolé.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée sur une période de 26 ans (1996-2021) au service de médecine interne du CHU Hédi Chaker de Sfax, colligeant les patients pris en charge pour une aortite.

Résultats

Durant la période d'étude, 11 cas d'aortite ont été colligés. Il s'agissait de 8 femmes (72,7%) et 3 hommes (27,3%), d'âge moyen de 64,65 ans. La pathologie était révélée par : des signes généraux dans 8 cas, un syndrome inflammatoire biologique dans 3 cas et des douleurs abdominales dans 2 cas. L'examen clinique objectivait : un souffle vasculaire au niveau de l'artère fémorale gauche dans un cas, un souffle carotidien et axillaire droit dans un cas, une lésion cutanée en cocarde au niveau des mains correspondant à un syndrome de Sweet dans 2 cas, une abolition des poulx poplité tibiaux et pédiens dans un cas. A la biologie on notait : un syndrome inflammatoire biologique dans 11 cas, une anémie dans 9 cas et une hyperleucocytose dans 5 cas. Une aortite inflammatoire était objectivée par un angioscanner thoraco-abdominal dans tous les cas. Elle intéressait l'aorte thoracique dans un cas, l'aorte thoraco-abdominale dans 3 cas et l'aorte abdominale dans 5 cas. Une atteinte des troncs supra-aortiques et des artères sous Clavière et axillaires dans 2 cas. Une atteinte des troncs sous-aortiques et des axes iliaques dans 3 cas. Une atteinte de la crosse de l'aorte et de l'aorte descendante étendue au tronc supra aortique dans un cas. Une sténose de 75% étendue aux artères iliaques primitives responsable d'une sténose de 70% à gauche et d'une occlusion totale à droite a été notée dans un cas. Un patient a présenté au cours de son hospitalisation un syndrome coronarien aigu avec à l'échographie cardiaque un thrombus intracardiaque. La maladie de Horton a été retenue dans 8 cas en se basant sur les critères de l'ACR. Une maladie de Takayasu retenue dans un cas. L'étiologie virale était la plus probable dans un cas (post infection au COVID 19) et aucune cause n'a été retenue dans un cas. Le traitement était basé sur une corticothérapie à forte dose chez tous les patients. Le traitement immunosuppresseur était indiqué dans 2 cas et le recours à la chirurgie dans un cas. L'évolution était marquée par l'obtention de l'apyrexie et la régression du SIB dans 9 cas. Deux patients ont été perdus de vue. Un contrôle radiologique était pratiqué chez un seul patient objectivant initialement un aspect stable puis une régression partielle de l'aortite abdominale à 7 mois.

Discussion

L'atteinte inflammatoire de l'aorte est relativement rare, elle peut être trouvée dans plusieurs pathologies à savoir les maladies inflammatoires, les infections, la fibrose rétro-péritonéale, la maladie associée aux IgG4, la maladie d'Erdheim-Chester et l'anévrysme inflammatoire athéromateux. Elle est idiopathique quand aucune cause n'est trouvée. Parmi les maladies inflammatoires, la maladie de Takayasu constitue la première cause des aortites des sujets jeunes. Au cours de la maladie de Horton, les aortites sont sous-estimées vu que cette atteinte n'est pas recherchée systématiquement. Sa prévalence varie de 3 à 18 %. L'imagerie prend toute sa place dans le diagnostic positif et différentiel de l'aortite. Celle-ci se pose essentiellement avec l'athérosclérose vu l'âge avancé des malades. L'origine infectieuse de l'aortite est rare, la présentation clinique n'est pas spécifique et peut entraîner un retard diagnostique.

Conclusion

L'atteinte inflammatoire de l'aorte est relativement rare. Les signes cliniques révélant la maladie sont non spécifiques. Le diagnostic positif repose essentiellement sur l'exploration radiologique. Le traitement dépend de l'étiologie sous-jacente.

