

Horton ou pas Horton ?

Maelenn, DIVET, chef de clinique, Médecine interne, CHU de Dijon, Dijon, FRANCE

- Julie, MAGNANT, Praticien hospitalier, Médecine interne, CHU de Tours, Tours, FRANCE
- Alexandra, AUDEMARD VERGER, Maître de conférence des universités Praticien hospitalier, Médecine interne, CHU de Tours, Tours, FRANCE
- Thibaut, GENET, Praticien hospitalier, Cardiologie, CHU de Tours, Tours, FRANCE
- François MAILLOT, Praticien universitaire Praticien hospitalier, Médecine interne, CHU de Tours, Tours, France

Introduction

Nous rapportons le cas d'un patient hospitalisé dans un contexte de douleurs latéro-cervicales gauches évoluant depuis deux ans associées à un syndrome inflammatoire biologique.

Observation

Mr K 80 ans est hospitalisé en médecine interne en Juin 2023 pour réévaluation de symptômes atypiques évoluant depuis deux ans. C'est un patient qui a pour principaux antécédents une colique néphrétique gauche hyperalgique en 2006, un diabète cortico-induit depuis 2021. Il présente début 2021 une **douleur latéro-cervicale gauche de rythme inflammatoire**. Secondairement cette douleur irradie à l'ensemble de l'hémiface gauche. Il n'y avait pas de douleur à droite, pas de fièvre, pas de claudication des mâchoires, pas de signe de PPR. Initialement, **pas de dosage de CRP effectué**. VS 74 mm.

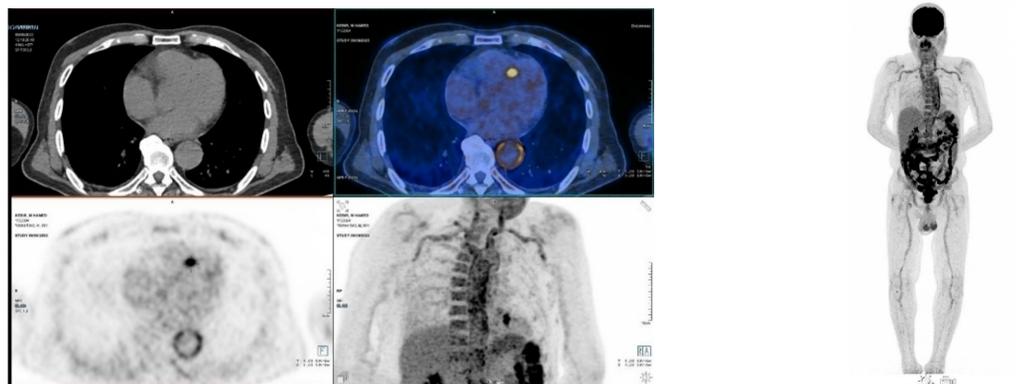
Avril 2021 : persistance des douleurs avec réalisation d'un bilan biologique permettant de mettre en évidence un **syndrome inflammatoire biologique avec CRP à 180 mg/L**. **Introduction d'une corticothérapie** devant une suspicion d'artérite à cellules géantes (ACG) le 09/04/2021 à la dose de 0.7mg/kg/jour pendant 14 jours avec décroissance progressive. Biopsie de l'artère temporale réalisée à trois semaines du début de la corticothérapie : **absence d'argument pour une ACG**. A noter : réalisation d'une IRM cérébrale sans particularité. Le patient est soulagé partiellement par le traitement mis en place. Absence de normalisation du syndrome inflammatoire entre 2021 et juin 2023 (CRP entre 30 et 50 mg/L), date d'hospitalisation en médecine interne avec adaptation des doses de la corticothérapie selon les chiffres de CRP (entre 5 et 20mg de corticoïdes par jour). **Décision d'arrêt de la corticothérapie avant l'hospitalisation** en médecine interne pour réévaluation de la symptomatologie et du syndrome inflammatoire biologique. A l'arrêt, céphalées frontales non quotidiennes et douleurs rétro orbitaire gauches occasionnelles sans autre signe associé.

Cliniquement : pouls notamment temporaux palpés – pas d'arthrite – pas d'autre élément. Biologiquement : absence d'anomalie de la NFS, ionogramme, bilan hépatique et bilan phosphocalcique dans les normes. **CRP 36 mg/L** Troponine 12 ug/L CPK 45 UI/L. EPP : gammaglobuline 8.5 g/L avec hyperalpha1 globulinémie à 4.3 g/L. Prélèvements infectieux négatifs (Hémocultures, hémocultures mycologiques et myobactéries, B D glucane, PCR coxiella, PCR whipple, quantiféron, sérologies Lyme, syphilis, fièvre Q, hépatites). TEP TDM : **aortite avec vascularite des gros troncs et foyer hyperfixant à hauteur du septum inter ventriculaire très localisé avec SUV 9.5**.

ECG : rythme sinusal, 82bpm, axe normal, HVG électrique, onde T négative en a VL. ETT : VG non dilaté, non hypertrophié. FEVG normale, cinétique segmentaire homogène. Absence d'anomalie du SIV (structurale, échogénicité ou cinétique). IRM myocardique : FEVG à 54%, **œdème myocardique localisé au niveau septal et en septo-apicale** sans visualisation de masse ni anomalie de perfusion ou prise de contraste pathologique

Nouvelle BAT d'une longueur de 2 cm en faveur d'une **artérite chronique** avec épaissement intimal, **fragmentation de la limitante élastique interne**, présence de rares éléments inflammatoires lymphocytaires ou macrophagiques et infiltrat lymphocytaire également présent à la jonction média adventice. Echographie des artères temporales : absence de signe du Halo.

ACG d'évolution atypique avec aortite et foyer myocardique septal d'évolution atypique et cortico dépendance. Reprise d'une corticothérapie à 1mg/kg/jour avec décroissance rapide sur 3mois et introduction d'un traitement par METHOTREXATE 10mg 1/semaine. CRP recontrôlée négative – résolution de la symptomatologie.



Discussion

L'atteinte cardiaque dans la maladie de Horton a été décrite mais reste rare. Elle se manifeste principalement par des myocardites, troubles du rythme avec passage en fibrillation atriale, infarctus du myocarde (inflammation des coronaires), ou péricardite (1,2). La fixation myocardique au TEP TDM présentée par notre patient a déjà été décrite dans la littérature (3). D'après ugolini et al. il s'agissait d'une patiente de 58 ans hospitalisée pour altération de l'état général ayant fait plusieurs épisodes de syncope faisant découvrir un BAV3 et ayant nécessité la pose d'un pace maker. Dans le cadre du bilan de l'altération de l'état général, un bilan biologique avait permis de mettre en évidence un syndrome inflammatoire avec une CRP à 100 mg/L. Un TEP avait permis de mettre en évidence une inflammation de l'aorte, de l'origine des vaisseaux para aortique, de l'artère pulmonaire et de deux zones cardiaques. Une corticothérapie à 1mg/kg avait été initiée et un traitement par TOCILIZUMAB avec une rémission des symptômes (3). Pour notre patient, le TEP de contrôle à 3 mois de la ré introduction de la corticothérapie et la mise en place du méthotrexate a permis une disparition du foyer septal interventriculaire avec diminution de la fixation aortique.

Conclusion

L'atteinte cardiaque dans l'artérite à cellules géante reste une entité rare et peu décrite. Son identification précoce et sa prise en charge permet une amélioration des symptômes de la maladie et permet de prévenir leurs récives.

Références bibliographiques :

1. Gomes de Pinho Q, Daumas A, Benyamine A, Bertolino J, Rossi P, Schleinitz N, et al. Pericardial effusion in giant cell arteritis is associated with increased inflammatory markers: a retrospective cohort study. *Rheumatol Int.* nov 2022;42(11):2013-8.
2. Pazzola G, Pipitone N, Salvarani C. Cardiac involvement in the adult primary vasculitides. *Expert Rev Clin Immunol.* 2 oct 2020;16(10):985-91.
3. Ugolini R, Muratore F, Salvarani C. Cardiac and Pulmonary Artery Involvement Detected by 18F-fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography/Computed Tomography in Large-vessel Giant Cell Arteritis. *J Rheumatol.* nov 2018;45(11):1603-4.

