




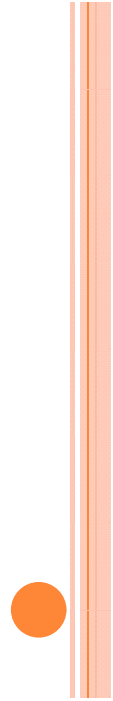
## PRÉSENTATION DE CAS

Monnin Yvan - SMPR - 09.03.16


### MME R, 53 ANS

- ATCD/Co-morbidités
    - nombreuses plaintes antérieures de myalgies/arthralgies, suspicion de fibromyalgie
    - notion syndrome du tunnel carpien
    - s/p épicondylite
    - stéatose hépatique, s/p calculs symptomatiques
    - carence en vit D
    - cystocèle grade 1
  - Traitements
    - Dafalgan/irfen en réserve
    - Calcimagon
    - Métamucil
- 

### CONTEXTE SOCIAL

- Patiente bolivienne avec 2 enfants adultes au pays.
  - En Suisse depuis 2013. Pas de permis de séjour. Possède un passeport espagnol
  - Pas d'assurance maladie. Evaluation sociale de 07.2015: pnf CAMSCO.
  - Suivi en alternance entre la Suisse et l'Espagne (notamment bilan radiologique ostéo-articulaire et digestif, et infiltrations)
- 

### 2<sup>ÈME</sup> RDV

- 27.01.15: Douleurs d'intensité progressive au niveau de l'art. temporomandibulaire gauche depuis 4 jours, ayant débuté par un craquement en mangeant un sandwich, augmentée à la mastication. Pas de fièvre, pas de trismus, pas de vertige, pas d'otalgie ni d'otorrhée, pas de maux de gorge, pas de symptômes B.
  - Cavité buccale sp. hormis prothèse dentaire supérieure. Otoscopie sp. Douleur élective à la palpation de l'articulation
  - Prescription d'antalgie simple et physiothérapie
- 

### 3ÈME RDV

- 26.02.15: Nette amélioration des douleurs de l'articulation. Présente des céphalées temporo-pariétales gauche fluctuantes durant en fait depuis plus de deux mois, irradiant dans la nuque. Jamais à droite. Parfois avec vertiges ou nausées.
- Première manifestation en Espagne en décembre avec vertiges important. Y a reçu des AINS et des corticoïdes.
- En décembre, épisode de voile noir complet transitoire, concernant les deux yeux, de résolution spontanée et complète.

QUELLES INFORMATIONS SOUHAITEZ-VOUS?

### CÉPHALÉES AVEC RED FLAGS

Eléments anamnestiques
<ul style="list-style-type: none"><li>• Céphalée en «coup de tonnerre», «explosive», pire jamais expérimentée</li><li>• Céphalée inhabituelle (localisation, durée, évolution, intensité, mode d'apparition)</li><li>• Age &gt; 50 ans</li><li>• Premier épisode, surtout si début brusque</li><li>• Vomissements (hors migraine)</li><li>• Céphalée évocatrice de migraine, mais toujours latéralisée du même côté</li><li>• Céphalée réfractaire au traitement habituel</li><li>• Céphalée déclenchée au Valsalva, postcoitale, changement de position</li><li>• Situations particulières : immunodéficience, cancer actif, post-partum, anfringulation</li><li>• Traumatisme récent, manipulation de la nuque</li><li>• D'aggravation progressive au cours des derniers jours ou semaines</li><li>• Douleur des ceintures, claudication de la mâchoire, myalgie et/ou sensibilité temporale</li><li>• Perte de poids, fatigue, sudations</li></ul>
Eléments cliniques
<ul style="list-style-type: none"><li>• HTA &gt; 180/120 mmHg, signes d'HTA maligne (hémorragie rétinienne, œdème papillaire, atteinte rénale ou symptôme neurologique)</li><li>• Fièvre sans foyer, méningisme, rash cutané</li><li>• Anomalies au status neurologique</li></ul>

### ARTÉRITE GIGANTOCELLULAIRE

(VIERGE AU CHANOINE, JAN VAN EYCK, 1434-1436)



## EPIDÉMIOLOGIE

- Incidence entre 7 et 29/100'000 en Europe
- Femmes > Hommes
- Principalement population caucasienne
- Dès 50 ans, incidence en augmentation avec pic entre 70 et 80 ans.
- Association avec la polymyalgia rhumatica (population de mêmes caractéristiques, 16-20% des patients montrant des signes histologiques d'artérite, 40 à 50% des patient atteint de Horton ont une PMR associée)

## SYMPTOMES

- Céphalées ( $\approx 2/3$ ) (sensibilité du scalp?)
- Claudication de la mâchoire ( $\approx 1/2$ )
- Fatigue, fièvre, perte de poids
- Perte de vision transitoire ou permanente

Plus rare:

- Douleurs musculaires (indépendante de la PMR)
- Diplopie
- AVC/AIT (préf. territoire art. vertébrales)
- Douleurs faciales/linguales

## SIGNES

- Artère temporale élargie, non pulsatile, douloureuse
- Souffles artériels
- Synovites
- FO: Signes ischémiques rétinien (en cas de perte de vision)

## CRITÈRES ACR/BSR

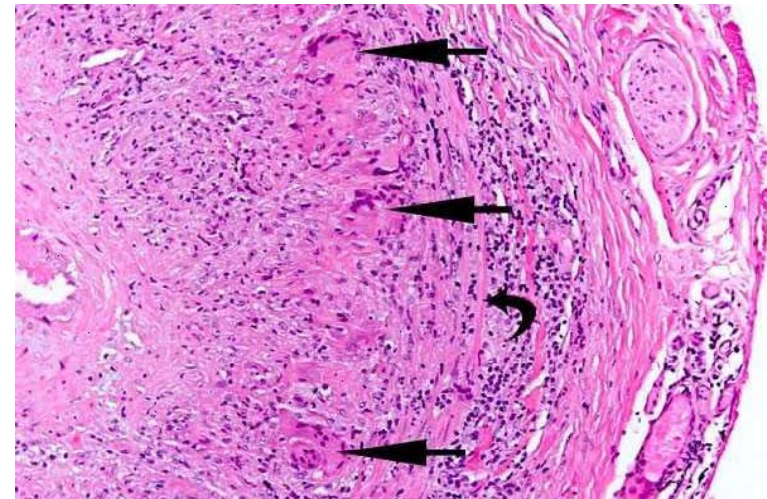
1. Apparition des symptômes à  $\geq 50$  ans
2. Céphalées nouvelles
3. Anomalie de l'artère temporale (sensibilité ou absence de pulsatilité)
4. VS élevée ( $\geq 50$ mm/h)
5. Anomalies à la biopsie de l'artère temporale (signes d'inflammation monocellulaire ou granulomateuse, souvent avec cellules multinucléées géantes)

Sensibilité 93.5% et spécificité 91.2% si  $\geq 3$  critères,

## EXAMENS DIAGNOSTICS

- Biopsie de l'artère temporale  
→ parfois faux négatifs. Parfois biopsie controlatérale en cas de forte suspicion clinique  
→ dans l'idéal dans la semaine, semble rester positive dans les 2 à 6 semaines post corticothérapie
- US doppler  
→ signe du halo, Se 68% Sp 82%

## HISTOLOGIE



## BILAN

- FS, répartition, fonction rénale et hépatique, VS, CRP
- Sédiment urinaire
- Rx thorax
  
- PET-CT: en cas de suspicion d'artérite des gros vaisseaux (symptômes systémiques importants, claudications des membres)
- IRM: Sensible pour les modifications aortiques, pas utilisé en première intention.

## TRAITEMENT

- Prednisone 40-60 mg/j (min 0.75 mg/kg) pendant 4 semaines, puis schéma dégressif
- Débuter immédiatement le traitement en cas de suspicion, avant le résultat de la biopsie (Prévention des complications ophtalmologiques)
- Aspirine : à considérer en l'absence de contreindication, faible niveau d'évidence (3C)
- MTX/AZA : traitements adjuvants possibles ayant permettant une diminution des doses de corticoïdes et une diminution de la fréquence de récive

## BILAN 2

- En vue d'une corticothérapie:
  - Glycémie à jeun/Hb glyquée
  - dépistage tbc
- Pour notre patiente (Bolivie)
  - dépistage Chagas, strongyloïdiase

## CATAMNÈSE

- Pas ou peu d'effet de la prednisone
  - CS ophtalmologique initialement annulée par le service social (domicile déclaré en France → pas éligible CAMSCO)
  - US doppler et IRM cérébral sans argument pour artérite temporale
  - Résolution du syndrome inflammatoire
- Diagnostic d'artérite temporale pas retenu et biopsie annulée. Traitement stoppé. Adressée pour avis neurologique.

## RÉFÉRENCES PRINCIPALES

- Nader Haftgoli et al Des céphalées, cinq avis spécialisés : les pièges diagnostiques pour la maladie de Horton Rev Med Suisse 2011;2328-2331
- S. Petitpierre et al Les artérites des grands vaisseaux : maladie de Horton et maladie de Takayasu Rev Med Suisse 200
- [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com), pathogenesis, clinical manifestation, diagnosis and treatment of giant cell arteritis
- BSR et BHPR guidelines 2010