Vascularites des gros vaisseaux

CA 189

À la manière du Dr TAKAYASU

Révélation ophtalmologique inaugurale d'une artérite de Takayasu chez un adolescent

❖ **1er Auteur : Salim LARBANI, Maître-Assistant en Médecine Interne, Centre Hospitalo-Universitaire Issad Hassani, Beni Messous, Alger, Algérie**

❖ Co-auteurs (même service et affiliation) :

- Mohamed Yakoub KHADRAOUI, Médecin Résident en Médecine Interne
- Nabila LYAZIDI, Maître de Conférence B en Médecine Interne
- Soraya AYOUB, Professeur et Chef de Service de Médecine Interne

Introduction

L'artérite de Takayasu est une vascularite granulomateuse chronique touchant l'aorte et ses branches principales, caractérisée par une inflammation transmurale conduisant à des sténoses, occlusions ou anévrismes. Décrite pour la première fois en 1908 par Mikito Takayasu, elle demeure rare dans le monde, avec une prédominance nette chez la femme jeune [1].

Chez l'adolescent masculin, sa présentation est exceptionnelle, souvent insidieuse, et marquée par un risque majeur de retard diagnostique. Les formes inaugurales ophtalmologiques ou hypertensives sévères constituent des situations à haut risque, imposant une prise en charge urgente.

Cas clinique

Un **adolescent de 16 ans**, aux antécédents d'hyperthyroïdie ancienne, consulte pour une baisse sévère de l'acuité visuelle bilatérale, prédominant à l'œil droit. L'examen ophtalmologique met en évidence une rétinopathie hypertensive stade 4. La pression artérielle est mesurée à 220/140 mmHg, imposant une hospitalisation en urgence.

❑ **Données cliniques et biologiques**

– TA 160/97 mmHg à l'admission, pas d'anisotension.
– Examen cardio-pulmonaire normal.
– CRP 40 mg/L, sérologies et auto-immunité négatives.

❑ **Explorations morphologiques**

• Doppler TSA : épaississement pariétal circonférentiel bilatéral, hétérogène et discrètement hypoéchogène, intéressant les bulbes carotidiens et les carotides internes proximales.

• Angioscanner abdominal :
–Importante inflammation pariétale de l'aorte abdominale sus- et sous-rénale,
–Épaississement occlusif de l'artère rénale droite, avec nephrographie retardée,
–Atteinte inflammatoire de l'artère rénale gauche, sans sténose significative.

• Angioscanner de la gerbe aortique :
–Aortite abdominale active,
–Occlusion ostiale et tronculaire ancienne de l'artère rénale droite, mal reperfusée en aval.

• Angio-IRM cérébral :
–Atrophie bilatérale des nerfs optiques.

• Scintigraphie rénale :
–Rein gauche compensateur : 92 %,
–Rein droit hypofonctionnel : 8 %.

❑ **Prise en charge thérapeutique**

–Quadrithérapie antihypertensive : nicardipine LP, indapamide, spironolactone, bisoprolol.
–Corticothérapie 1 mg/kg/j + traitement adjuvant.
–Méthotrexate 2,5 mg (6 cp/sem) + Zanitra (2 cp/sem).
–Angioplastie endovasculaire de l'artère rénale droite a été réalisée

Discussion

Ce cas présente plusieurs caractéristiques majeures qui en soulignent la complexité diagnostique et la gravité potentielle.

1. **Une forme pédiatrique masculine** : rare, agressive et souvent sous-diagnostiquée

L'artérite de Takayasu touche principalement les femmes jeunes ; chez l'homme adolescent, elle est exceptionnelle et souvent associée à des formes plus sévères, plus extensives et diagnostiquées tardivement [2].

Cette rareté diminue l'index de suspicion initial, retardant parfois la réalisation d'une imagerie vasculaire adaptée.

2. Une présentation inaugurale ophtalmologique trompeuse : un véritable piège diagnostique

La baisse sévère de l'acuité visuelle bilatérale est un signe d'alerte, mais peut conduire à une interprétation limitée à une HTA maligne.

Or, dans la Takayasu, des atteintes ophtalmiques spécifiques (ischémie choroïdienne, anomalies microvasculaires, œdème papillaire ischémique) peuvent coexister ou amplifier les lésions hypertensives [3].

Distinguer les deux mécanismes au stade initial est extrêmement difficile. Dans notre cas, la persistance d'une cécité fonctionnelle à droite malgré la correction tensionnelle témoigne de l'ischémie optique irréversible.

3. HTA maligne du sujet jeune = urgence diagnostique absolue

Dans l'HTA sévère avant 20 ans, la probabilité d'une cause secondaire est très élevée, en particulier d'une cause rénovasculaire.

L'imagerie (Doppler, angioscanner, IRM) a révélé ici :
–une atteinte aorto-rénale bilatérale inflammatoire,
–une occlusion rénale droite,
–une péraortite active,confirmant une artérite de Takayasu.Le recours rapide à une imagerie multi-modale est donc fondamental [4].

4. Enjeu thérapeutique : sauver le rein, contrôler l'HTA, préserver la vision

Dans la Takayasu active, le traitement combine :
–contrôle de l'inflammation (corticoïdes + immunosuppresseur),
–contrôle tensionnel intensif,
–et, en cas de sténose critique, angioplastie endovasculaire, dont l'efficacité est démontrée dans les formes stenotiques rénales et carotidiennes [5].

Chez notre patient, cette stratégie combinée a permis :
–Une normalisation de la TA (130/80 mmhg),
–Une réduction progressive puis arrêt partiel des antihypertenseurs,
–Une stabilisation rénale, le rein gauche restant compensateur.

Toutefois, la réparation visuelle de l'œil droit n'a pas été obtenue, conséquence directe de la sévérité initiale de l'ischémie optique.

Conclusion

Cette observation rappelle que toute HTA maligne du sujet jeune, surtout lorsqu'elle s'accompagne d'une baisse brutale de l'acuité visuelle, doit immédiatement faire évoquer une cause vasculaire inflammatoire.

L'artérite de Takayasu, particulièrement rare et agressive chez l'adolescent masculin, nécessite une imagerie en urgence afin d'identifier les atteintes aorto-rénales et de prévenir des séquelles irréversibles.

La prise en charge précoce, combinant contrôle tensionnel intensif, traitement immunosuppresseur et, si nécessaire, revascularisation endovasculaire, est déterminante pour préserver le pronostic rénal et tensionnel.

Malgré ces interventions, des séquelles visuelles irréversibles peuvent persister lorsque l'atteinte ophtalmique est initialement sévère.

Références

1. Johnston SL et al. Takayasu arteritis: epidemiology, pathogenesis and management. Nat Rev Rheumatol. 2021.
2. Saadoun D et al. Male sex as a severity factor in Takayasu arteritis. Ann Rheum Dis. 2018.
3. Kerr GS. Ocular findings in hypertensive crisis and vasculitis. J Clin Rheumatol. 2020.
4. Dejaco C et al. Imaging in large vessel vasculitis: recommendations. Ann Rheum Dis. 2018.
5. Numano F. Renal artery lesions in Takayasu arteritis: pathophysiology and treatment. Int J Cardiol. 2019.