

# Association de sténose de l'aorte abdominale et de l'artère sous-clavière dans le cadre d'artérite de Takayasu\*

Hamid Jiber<sup>1,2</sup>, Abdellatif Bouarhroum<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> CHU Hassan II, Service de chirurgie vasculaire, BP 1893, Km 2200, Route Sidi Harazem, Fès, Maroc  
<hamid\_jiber@yahoo.fr>

<sup>2</sup> Université Sidi Mohamed Ben Abdallah, Faculté de médecine et de pharmacie, BP 1893, Route Sidi Harazem, Fès, Maroc

**Résumé.** L'artérite de Takayasu est une vascularite inflammatoire rare, d'étiologie inconnue, qui atteint les gros vaisseaux, surtout l'aorte et ses branches principales, prédominant chez la femme jeune. Le diagnostic repose essentiellement sur l'apparition de lésions vasculaires compatibles à l'imagerie, dans un contexte clinique et biologique évocateur. Nous rapportons le cas d'une jeune femme atteinte d'artérite de Takayasu avec sténoses de l'aorte abdominale sous-rénale et de l'artère sous-clavière droite.

**Mots clés :** artérite de Takayasu, sténose, aorte abdominale, artère sous-clavière

## Abstract

**Association of abdominal aortic and subclavian artery stenosis in Takayasu arteritis**

Takayasu arteritis is a rare, inflammatory vasculitis of unknown etiology, which affects large vessels especially the aorta and its main branches. It mainly concerns young women. The diagnosis is essentially based on the appearance of compatible vascular injuries with the imaging, in an evocative clinical and biological context. We report the case of a young woman having Takayasu arteritis with sub-renal abdominal aorta and right subclavian artery stenosis.

**Key words:** Takayasu arteritis, stenosis, abdominal aorta, subclavian artery

L'artérite de Takayasu est une vascularite inflammatoire non spécifique, d'étiologie inconnue, affectant les vaisseaux de gros calibre, essentiellement l'aorte et ses principales branches. L'artérite de Takayasu atteint spécifiquement la femme jeune [1], avec un sex-ratio homme/femme de 1/9 [2]. Elle est rare, mais plus fréquente en Asie et en Amérique latine [2]. La symptomatologie est variable et le diagnostic repose sur la mise en évidence de lésions vasculaires compatibles à l'imagerie, dans un contexte clinique et biologique évocateur. Le traitement repose sur les corticoïdes, souvent associés aux immunosuppresseurs. Dans les formes sévères, la chirurgie et récemment le traitement endovasculaire trouvent parfois leurs indications [1].

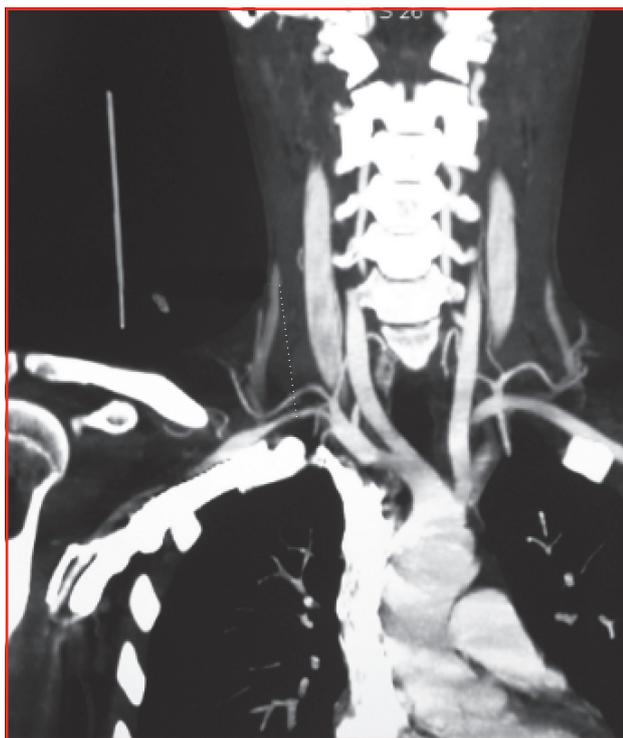
## Tirés à part :

H. Jiber

\* Ce travail a été présenté au 3<sup>e</sup> Congrès international de la Société marocaine des spécialistes endovasculaires, du 20 au 23 avril 2017, à Agadir.

## Observation

La patiente est une jeune fille âgée de 21 ans, sans antécédent pathologique notable, qui a consulté pour une claudication du membre supérieur droit (MSD) et une claudication intermittente des deux membres inférieurs (périmètre de marche [PM] = 200 m). L'examen clinique a trouvé une patiente apyrétique, des pouls diminués au niveau du MSD par rapport au membre supérieur gauche (MSG) avec asymétrie tensionnelle. L'examen des membres inférieurs n'a révélé aucune anomalie. La patiente, après plusieurs consultations et traitements antalgiques, a finalement bénéficié d'un angioscanner de l'aorte et des troncs supra-aortiques qui a objectivé une sténose



**Figure 1.** Reconstruction angioscannographique objectivant la sténose de l'artère sous-clavière droite.



**Figure 2.** Reconstruction angioscannographique objectivant la sténose de l'aorte abdominale sous-rénale.

de toute l'aorte abdominale sous-rénale estimée à 65 % (figure 1), et une sténose très serrée et effilée de l'origine de l'artère sous-clavière droite (figure 2). Le bilan biologique était sans particularité (notamment la protéine C réactive [CRP] à 25).

Au vu de l'âge de la patiente, la présentation clinique et les images angioscannographiques, le diagnostic de l'artérite de Takayasu a été considéré. Aussitôt, un traitement médical basé sur prednisone 60 mg par jour et aspirine 75 mg par jour a été commencé.

Après deux mois de suivi, la patiente garde toujours la claudication du MSD avec moins d'intensité, et une nette amélioration de la claudication des membres inférieurs est notée. Il a été décidé de continuer le traitement médical avec un suivi régulier.

## Discussion

Cliniquement, il est classique de distinguer la période aiguë de l'artérite de Takayasu, dite pré-occlusive, faite de signes généraux, essentiellement fièvre, arthralgies, myalgies, signes cutanés (érythème noueux, *pyoderma gangrenosum*), douleurs sur les trajets artériels (notamment une carotidodynie), et parfois atteinte ophtalmologique (épisclérite, uvéite antérieure) ; et la période occlusive où la symptomatologie est variable en fonction du siège et de l'étendue des lésions vasculaires (aorte thoraco-abdominale

et ses branches), et du type de ces lésions (sténoses, occlusions, anévrismes, etc.) [3]. Il existe une classification des localisations anatomiques, réalisées par Moriwaki *et al.* [4], présentée dans le *tableau 1*. Des critères diagnostiques ont également été établis par l'*American College of Rheumatology (ACR)* (*tableau 2*) [5].

L'angiographie a longtemps été utilisée pour le diagnostic et la cartographie de l'artérite de Takayasu. Elle a été abandonnée dernièrement par plusieurs équipes, en raison de son caractère invasif et de la non-visualisation de l'épaississement de la paroi artérielle. L'angioscanner, avec l'avènement des scanners de dernière génération, a pris de plus en plus de place dans l'imagerie de l'artérite de Takayasu, que ce soit pour le diagnostic ou pour le traitement [6].

Le traitement médical repose classiquement sur les corticoïdes. Lorsque la maladie paraît initialement active, le traitement d'attaque (prednisone) est débuté à la posologie de 0,7 à 1 mg/kg par jour pendant quatre à six semaines. Après décroissance progressive, une faible dose est maintenue indéfiniment (5 mg/j). En seconde ligne, les immunosuppresseurs (méthotrexate) peuvent être prescrits seuls en cas de corticorésistance ou en association avec les corticoïdes [7]. L'antiagrégant plaquettaire est généralement associé au traitement. En cas d'échec de ces traitements, plusieurs autres alternatives peuvent être discutées [6].

**Tableau 1. Classification des localisations anatomiques de l'artérite de Takayasu [4].**

- Type I : atteinte des branches de l'arche aortique
  - Type IIa : atteinte de l'aorte ascendante, de l'arche aortique et de ses branches
  - Type IIb : atteinte de l'aorte ascendante, de l'arche aortique, de ses branches et de l'aorte descendante
  - Type III : atteinte de l'aorte thoraco-abdominale et/ou des artères rénales
  - Type IV : atteinte de l'aorte abdominale et/ou des artères rénales
  - Type V : combinaison entre les types IIb et IV
- En plus de cette classification, l'atteinte des artères coronaires est désignée C+ et celle des artères pulmonaires P+.

**Tableau 2. Critères de l'American College of Rheumatology (ACR) [5] pour le diagnostic de la maladie de Takayasu.**

- Âge de début  $\leq$  40 ans
  - Claudication des extrémités : gêne ou fatigue musculaire à l'effort d'au moins une extrémité, spécialement des membres supérieurs
  - Diminution d'au moins un pouls brachial
  - Asymétrie d'au moins 10 mmHg de la pression systolique humérale
  - Souffle auscultatoire sur une artère sous-clavière ou sur l'aorte abdominale
  - Anomalies artériographiques : rétrécissement ou occlusion sur l'aorte, ses branches ou les artères proximales des membres, segmentaires ou focales, non liées à de l'athérosclérose ou à une dysplasie fibromusculaire
- Chez un patient atteint d'artérite inflammatoire, la présence de trois des six critères ci-dessus permet le classement comme artérite de Takayasu avec une sensibilité de 90,5 % et une spécificité de 97,8 %.**

Parfois, dans les formes sévères (sténoses serrées ou occlusion avec signes d'ischémie, ou anévrismes volumineux), le traitement chirurgical est indiqué. La chirurgie conventionnelle a longtemps été préconisée avec des procédures complexes et des complications per- et postopératoires quelquefois importantes (anévrismes anastomotiques, lâchage des sutures, etc.) [8]. Le traitement endovasculaire a donné des résultats favorables dans des cas d'artérite de Takayasu choisis, avec moins de complications par rapport à la chirurgie conventionnelle, à condition d'être réalisé à distance de la phase active et d'être toujours associé au traitement médical. Dans notre cas, le traitement médical a été choisi, appuyé par plusieurs études [8-10], au vu du taux élevé des complications après manœuvres endovasculaires.

## Conclusion

L'artérite de Takayasu est une vascularite inflammatoire chronique, d'étiologie inconnue, qui atteint essentiellement la femme jeune. Sa prise en charge est rendue complexe par l'absence de critères diagnostiques performants et de stratégies thérapeutiques validées. ■

**Liens d'intérêts :** l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.

## Références

1. Ostertag-Hill CA, Abdo AK, Alexander JQ, Skeik N. Unique case of Takayasu arteritis with severe distal aortic stenosis and iliac thrombosis. *Ann Vasc Surg* 2016 ; 32 : 128.
2. Young Kyun Choi MD, Young Ok Jung MD, Han Myun Kim MD, Min-Kyung Kang MD. A case of a patient with Takayasu arteritis treated with left subclavian artery stent implantation. *J Cardiol Cases* 2015 ; 12 : 123-5.
3. Mirault T, Messas E. La maladie de Takayasu. *Rev Med Interne* 2016 ; 37 : 223-9.
4. Moriwaki R, Noda M, Yajima M, *et al.* Clinical manifestations of Takayasu arteritis in India and Japan – new classification of angiographic findings. *Angiology* 1997 ; 48 : 369-79.
5. Arend WP, Michel BA, Bloch DA, *et al.* The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Takayasu arteritis. *Arthritis Rheum* 1990 ; 33 : 1129-34.
6. Arnaud L, Haroche J, Piette JC, Amoura Z. L'artérite de Takayasu : mise au point à propos d'une série monocentrique de 82 patients. *Rev Med Interne* 2010 ; 31 : 208-15.
7. Hoffman GS, Leavitt RY, Kerr GS, Rottem M, Sneller MC, Fauci AS. Treatment of glucocorticoid-resistant or relapsing Takayasu arteritis with methotrexate. *Arthritis Rheum* 1994 ; 37 : 578-82.
8. Mason JC. Takayasu arteritis: surgical interventions. *Curr Opin Rheumatol* 2015 ; 27 : 45-52.
9. Koenig CL, Langford CA. Takayasu's arteritis. *Curr Treat Options Cardiovasc Med* 2008 ; 10 : 164-72.
10. Isobe M. Takayasu arteritis revisited: current diagnosis and treatment. *Int J Cardiol* 2013 ; 168 : 3-10.