

Images in medicine

Aortite thoraco-abdominale révélant une maladie de Horton

Wafa Chebbi^{1,*}, Saida Jerbi²

¹Service de Médecine Interne, CHU Taher Sfar Mahdia, 5100 Mahdia, Tunisie, ²Service de Radiologie, CHU Taher Sfar Mahdia, 5100 Mahdia, Tunisie

*Corresponding author: Wafa Chebbi, Service de Médecine Interne, CHU Taher Sfar Mahdia, 5100 Mahdia, Tunisie

Key words: Maladie de Horton, aortite inflammatoire

Received: 07/06/2014 - Accepted: 09/06/2014 - Published: 17/06/2014

Pan African Medical Journal. 2014; 18:139. doi:10.11604/pamj.2014.18.139.4776

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/18/139/full/>

© Wafa Chebbi et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Image en médecine

La maladie de Horton est une vascularite segmentaire et focale qui touche les artères de gros et moyen calibre, intéressant préférentiellement les branches de l'artère carotide externe. L'atteinte aortique est observée dans 5 à 15 % des cas, mais elle est probablement sous-estimée en raison d'une symptomatologie souvent pauvre ou peu spécifique. Elle est rarement inaugurale et survient le plus souvent lors de la décroissance de la corticothérapie. Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 75 ans, hospitalisée pour exploration d'une fièvre prolongée associée à un syndrome inflammatoire biologique. A l'anamnèse, la patiente rapportait des céphalées fronto-pariétales depuis un mois. Il n'y avait pas de notion d'altération de l'état général, ni de sueurs nocturnes, ni de signe de pseudo polyarthrite rhizomélisque. L'examen clinique était normal. Les pouls temporaux étaient pulsatiles. Le bilan biologique montrait une anémie à 8,6 g/l, une vitesse de sédimentation à 132 mm à la première heure, une protéine C réactive à 68 mg/l, une fibrinémie à 8,8 g/l et une hyper-alpha2-globulinémie. Les anticorps antinucléaires et les ANCA étaient négatifs. La recherche d'un foyer infectieux pulmonaire, ORL, stomatologique et urinaire était négative. L'échographie transœsophagienne ne montrait pas des signes en faveur d'une dissection aortique ou d'une endocardite. En l'absence de point d'appel, une tomodensitométrie thoraco-abdominale a été réalisée,

mettant en évidence un épaississement pariétal régulier et circonférentiel intéressant l'aorte thoracique, les troncs supra-aortiques, l'aorte abdominale et les artères iliaques primitives à leur origine. La biopsie d'artère temporale montrait un aspect d'artérite temporale à cellules géantes. Un traitement par corticoïdes à raison de 1 mg/kg/j était instauré, entraînant une disparition rapide de la fièvre et des céphalées et une régression du syndrome inflammatoire.

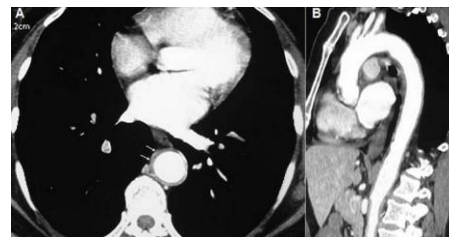


Figure 1: TDM thoraco-abdominale dans le plan axial (A) et en reconstruction coronale; (B) Épaississement pariétal circonférentiel et régulier de l'aorte thoracique et abdominale (flèches)