

# Hypertension artérielle révélant une maladie de Takayasu chez un homme de 50 ans

Achraf Zaimi<sup>1</sup>, Badr Slioui<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 4<sup>e</sup> Hôpital militaire Dakhla, Service de cardiologie, Boulevard Mohammed V, Dakhla 73000, Maroc  
<z\_achraf@hotmail.com>

<sup>2</sup> 4<sup>e</sup> Hôpital militaire Dakhla, Service de radiologie, Boulevard Mohammed V, Dakhla 73000, Maroc

**Résumé.** La maladie de Takayasu est une artérite inflammatoire rare des vaisseaux de gros et moyen calibres. Elle prédomine dans la population féminine et orientale. Sa survenue dans la population masculine est rarement rapportée. Elle se manifeste par des signes généraux et des signes en rapport avec l'atteinte vasculaire (à type de sténose ou d'anévrisme). L'évaluation de l'activité peut être difficile du fait du manque de sensibilité des marqueurs inflammatoires biologiques et de la difficulté d'apprécier le caractère inflammatoire des lésions radiologiques. Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 50 ans, chez qui l'exploration d'une hypertension artérielle a permis de poser le diagnostic d'une maladie de Takayasu.

**Mots clés :** maladie de Takayasu, hypertension artérielle, sténose, anévrisme

## Abstract

### Takayasu's arteritis revealed by hypertension in 50 year-old patient

Takayasu disease is a rare inflammatory arteritis of large and medium vessels. It predominates in the female and eastern population. Its occurrence in the male population is rarely reported. The main symptoms are constitutional signs and those in relation to vascular damages (stenosis or aneurysm). The evaluation of the activity may be difficult due to the lack of sensitivity of biological inflammatory markers and the difficulty of assessing the inflammatory character of radiological lesions. We report the case of a 50-year-old man who was diagnosed with Takayasu's disease during exploration of hypertension.

**Key words:** Takayasu arteritis, hypertension, stenosis, aneurysm

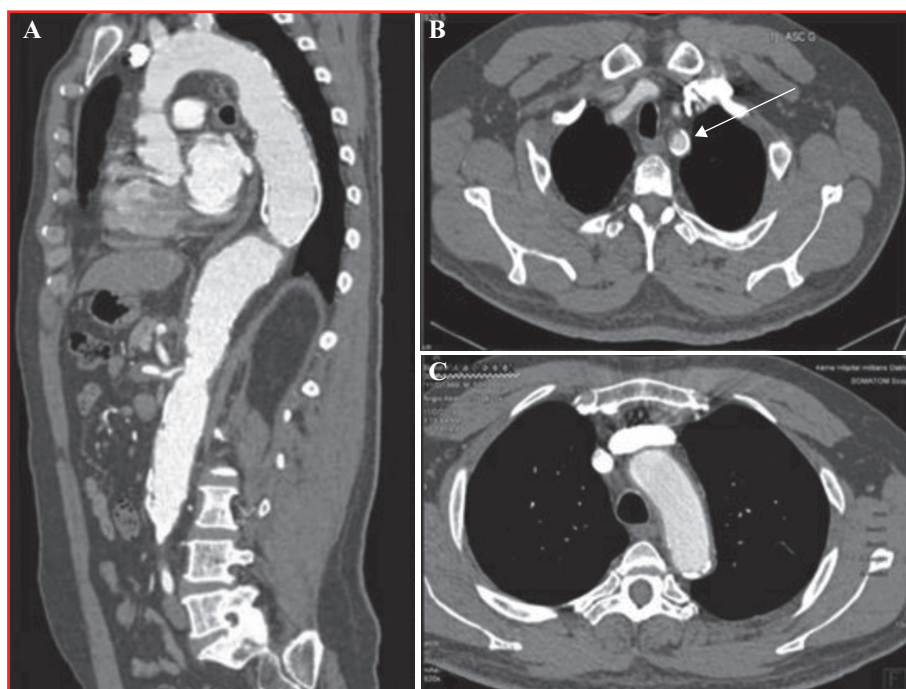
La maladie de Takayasu (MT) est une vascularite rare des gros vaisseaux pouvant toucher l'aorte et ses principales branches (carotides, artères vertébrales, sous-clavières, rénales, iliaques), mais aussi les artères coronaires et pulmonaires. Elle prédomine dans la population jeune, entre 20 et 40 ans, et préférentiellement chez les femmes. L'hypertension artérielle (HTA) est fréquente, parfois révélatrice de la maladie, souvent secondaire à une sténose des artères rénales.

## Tirés à part :

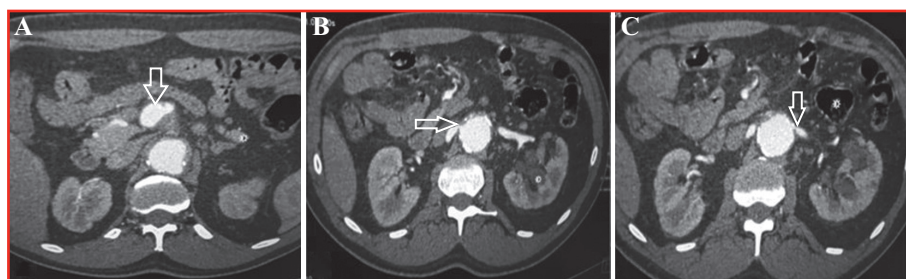
A. Zaimi

## Observation

Il s'agit d'un patient âgé de 50 ans, sans antécédent pathologique notable, adressé en consultation de cardiologie pour prise en charge d'une HTA. L'interrogatoire trouve une notion de douleurs abdominales chroniques dans un contexte de fièvre et d'arthromyalgies évoluant en poussées paroxystiques, dont le dernier épisode remonte à trois ans. L'examen clinique révèle une tension artérielle à 180/100 mmHg au bras droit et 166/90 mmHg au bras gauche (asymétrie tensionnelle > 10 mmHg), des



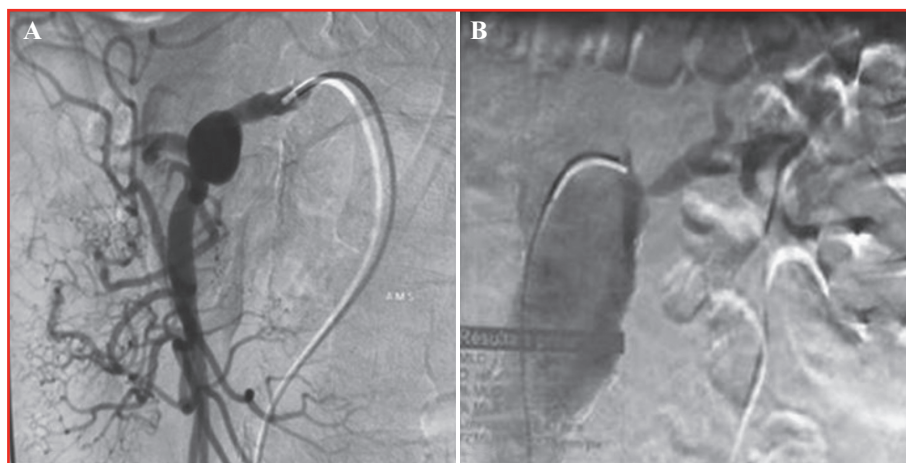
**Figure 1.** Angiographie par tomodensitométrie (angio-TDM) mettant en évidence un épaississement pariétal circonférentiel > 5 mm avec des calcifications intéressant l'aorte depuis la naissance de la carotide gauche jusqu'à la bifurcation iliaque avec dilatation de la partie descendante thoraco-abdominale (A), l'artère sous-clavière gauche (B) et la crosse de l'aorte (C).



**Figure 2.** Anévrisme de l'artère mésentérique supérieure (A). Sténose ostiale de l'artère rénale droite (B). Sténose ostiale de l'artère rénale gauche (C).

pouls présents et symétriques avec existence d'un souffle abdominal. L'examen ophtalmique est normal. Le bilan cardiaque (électrocardiogramme et échocardiographie) est sans anomalie. Un écho-doppler des artères rénales objective des sténoses ostiales bilatérales avec retentissement hémodynamique, et est complété par une angiographie par tomodensitométrie (angio-TDM) thoraco-abdominale qui met en évidence un épaississement pariétal circonférentiel de 5 mm d'épaisseur intéressant l'aorte depuis la crosse jusqu'à la bifurcation iliaque avec présence de calcifications. Il est également noté l'atteinte de la carotide primitive gauche et de l'artère sous-clavière gauche sans sténose significative, une dilatation anévrismale de l'aorte descendante thoraco-abdominale (figure 1),

un anévrisme de la partie proximale de l'artère mésentérique supérieure (AMS) (figure 2A) et des sténoses bilatérales ostiales significatives des artères rénales (figure 2B, 2C). Le bilan biologique ne montre pas de syndrome inflammatoire important (vitesse de sédimentation à la première heure à 18 mm et protéine C réactive à 10 mg/l) et le bilan immunologique est négatif. La tomographie à émission de positrons (TEP-scan) est normale. Le patient est mis sous traitement associant un bêta-bloquant (bisoprolol), un inhibiteur calcique et un antiagrégant plaquettaire, puis est adressé en chirurgie vasculaire où il fait l'objet d'une artériographie (figure 3) avec angioplastie des artères rénales. Une endoprothèse est mise en place au niveau de l'anévrisme de l'AMS. L'évolution est



**Figure 3.** Artériographie montrant l'anévrisme de l'artère mésentérique supérieure (A) et la sténose de l'artère rénale gauche (B).

bonne avec un équilibre tensionnel confirmé par mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) après l'arrêt de l'amlodipine. Une angio-TDM de contrôle est réalisée une année après le traitement endovasculaire et montre que les stents et l'endoprothèse sont perméables sans apparition de nouvelles lésions vasculaires (figure 4).

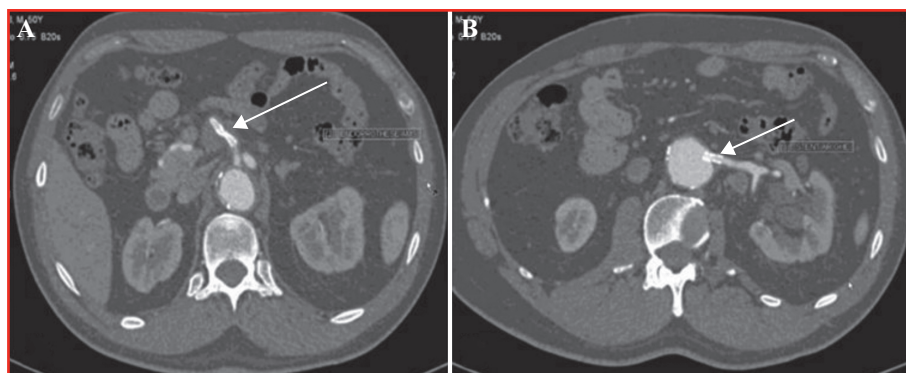
Selon les données cliniques, biologiques et radiologiques et en se basant sur les critères de l'*American College of Rheumatology* (ACR), nous concluons à une maladie de Takayasu de type V (selon la classification de la conférence de Tokyo 1994) sans présence de critère d'activité.

## Discussion

La MT est une vascularite rare touchant l'aorte et ses principales branches. Elle est plus fréquente en Inde et en Amérique du Sud. Son incidence en Europe est estimée à 2,6 cas/million/an [1]. L'étiologie de cette atteinte

inflammatoire demeure inconnue, pourtant plusieurs théories étiopathogéniques ont été avancées. Elle évolue en deux phases : une première phase aiguë, dite précclusive, où les symptômes systémiques apparaissent au premier plan, et une phase occlusive caractérisée par les manifestations ischémiques. Ces deux phases peuvent être séparées par une période asymptomatique ou être intriquées.

L'atteinte des artères des membres supérieurs est la plus fréquente révélant souvent la maladie, notamment celle des artères sous-clavières. L'atteinte carotidienne est retrouvée chez un peu plus de 40 % des patients [2]. L'atteinte aortique est retrouvée chez 40 à 70 % des patients [3]. L'atteinte rénovasculaire est variable, touchant un peu plus de 10 % des patients dans la littérature sud-américaine, et jusqu'à 50 % des patients dans les populations d'origine indienne [3]. Elle était révélatrice de la maladie chez notre patient. L'AMS est une localisation non classique au cours de la MT. Elle est souvent asymptomatique, toutefois elle pourrait être responsable d'infarctus mésentérique grave et mortel



**Figure 4.** Contrôle scanographique montrant l'endoprothèse de l'artère mésentérique supérieure (A) et le stent de l'artère rénale gauche (B).

d'où l'intérêt du diagnostic précoce par les explorations d'imagerie. C'est le cas pour notre patient qui a fait l'objet de la mise en place d'une endoprothèse d'un anévrisme de l'AMS asymptomatique. L'atteinte vasculaire dans la MT peut être segmentaire ou diffuse à l'ensemble de l'aorte thoracique et abdominale. En 1994, à la conférence de Tokyo, a pu être définie une classification tenant compte des localisations artérielles et qui distingue les types I à V [4]. Ainsi, le cas de notre patient correspond au type V.

L'imagerie joue un rôle fondamental dans la prise en charge de la MT. Les examens utilisés pour le diagnostic de l'atteinte artérielle sont l'écho-doppler vasculaire, l'angioscanner, l'angio-imagerie par résonance magnétique (IRM) et la TEP-FDG (fluoro-2-désoxy-D-glucose). L'angiographie, qui était l'examen de référence, est un examen invasif et reste indiqué dans certains cas de cartographie préopératoire ou en cas de geste interventionnel (angioplastie).

Les signes biologiques sont en rapport avec un syndrome inflammatoire qui reste néanmoins un reflet imparfait de l'activité de la maladie sous-jacente, une maladie active étant possible en l'absence de syndrome inflammatoire chez environ 30 % des patients [5]. À l'inverse, on peut observer la présence de syndrome inflammatoire chez environ 30 % des patients sans activité clinique. Il n'y a pas de marqueur biologique spécifique et le bilan auto-immun usuel est habituellement négatif.

Le diagnostic de la maladie de Takayasu est considéré en présence d'éléments cliniques, biologiques, radiologiques et/ou histologiques (si disponibles). Des critères de classification existent, les plus utilisés étant les critères de l'ACR et les critères d'Ishikawa modifiés par Sharma [6, 7].

L'évaluation de l'activité inflammatoire de la maladie de Takayasu peut être difficile. Le score d'activité de la maladie le plus utilisé reste le score NIH [1]. Ce score peut néanmoins être mis en défaut en cas de syndrome inflammatoire isolé persistant ou de progression artérielle en l'absence d'autres critères d'activité. La nécessité d'adaptation de traitement peut se discuter dans ces situations avec l'aide de l'imagerie fonctionnelle telle que TEP-FDG.

Le cas de notre patient a répondu aux critères diagnostiques de l'ACR, mais aucun des critères d'activité de NIH n'a été retrouvé après un an de suivi.

## Conclusion

La MT est une artérite des vaisseaux de gros et moyen calibres dont la prise en charge reste complexe par l'absence de critères diagnostiques performants, de stratégies thérapeutiques validées et de critères d'activité fiables. La surveillance régulière est nécessaire afin de dépister l'apparition de nouvelles lésions artérielles, ainsi que les complications telles que les sténoses, les thromboses ou les anévrismes. Les modalités et le rythme de cette surveillance ne sont pas consensuels et doivent tenir compte du contrôle de la maladie, de l'existence et du siège des complications artérielles, de l'âge du patient et des techniques disponibles au niveau de chaque site. ■

**Liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

## Références

1. Mekinian A, Soussan M, Saadoun D, Gomez L, Comarmond C, Fain O. Prise en charge de la maladie de Takayasu. *Rev Rhum Monogr* 2019 ; 84 : 229-35.
2. Lambert M, Hachulla E, Huglo D, Hatron P-Y. Maladie de Takayasu : caractéristiques cliniques, prise en charge diagnostique, traitement et pronostic. *Med Nucl* 2009 ; 33 : 512-7.
3. Maksimowicz-McKinnon K, Clark TM, Hoffman GS. Limitations of therapy and a guarded prognosis in an American cohort of Takayasu arteritis patients. *Arthritis Rheum* 2007 ; 56 : 1000-9.
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. Tombetti E, Di Chio MC, Sartorelli S, *et al.* Systemic pentraxin-3 levels reflect vascular enhancement and progression in Takayasu arteritis. *Arthritis Res Ther* 2014 ; 16 : 479.
6. Sharma BK, Jain S, Suri S, *et al.* Diagnostic criteria for Takayasu arteritis. *Int J Cardiol* 1996 ; 54(Suppl.) : S141-7.
7. 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.