

UN CAS RARE DE MALADIE DE HORTON SANS SYNDROME INFLAMMATOIRE DANS LE SERVICE DE NEUROLOGIE DU CHU DU POINT G, BAMAKO, MALI.

A rare case of Horton's disease without inflammatory syndrome in the Department of Neurology of the Teaching Hospital of Point G, Bamako, Mali.

Landouré Guida^{1,2}, Yalcouyé Abdoulaye², Touré Sidi³, Coulibaly Thomas^{1,2}, Makadji Mahambé⁴, Guinto Cheick O^{1,2}.

¹Service de Neurologie, CHU Point G, Bamako, Mali ; ²Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, USTTB, Bamako, Mali ; ³Service de Rhumatologie, CHU du Point G, Bamako, Mali ; ⁴Groupe Médical, Bamako, Mali

Auteur correspondant: Dr. Guida Landouré, Service de Neurologie, CHU du Point G, email: guida@icermali.org; Tel: +223 76363468, BP: 333

RESUME

La maladie de Horton (MH) est la plus fréquente des maladies inflammatoires des vaisseaux après l'âge de 50 ans. Nous rapportons le cas d'un patient de 64 ans, ayant présenté une céphalée frontale, d'aggravation progressive et rebelle aux antalgiques usuels. L'examen physique a retrouvé une douleur à la pression bitemporale, une légère induration et une diminution des pouls temporaux de façon bilatérale. Le bilan biologique inflammatoire est revenu normal. Par contre, l'échographie doppler a mis en évidence une infiltration intimale bilatérale de l'artère temporale en faveur de la MH. Mis sous corticothérapie, le patient a rapporté une disparition des céphalées. **Mots clés:** Céphalées, Maladie de Horton, Corticothérapie, Mali.

ABSTRACT

Horton's disease is the most common inflammatory disease of the vessels after the age of 50 years. We report here the case of a 64-year-old male, who presented a chronic frontal headache resistant to usual analgesics. Physical examination found pain on bitemporal pressure, a slight induration of temporal arteries and a bilateral decreased temporal pulse. Biological inflammatory testing was normal. However, Doppler ultrasound revealed bilateral intimal infiltration of the temporal artery, supporting the diagnosis of Horton's disease. Put on corticoids, headaches were completely resolved. **Keywords:** headaches, Horton's disease, corticotherapy, Mali.

INTRODUCTION

La maladie de Horton, encore appelée artérite à cellules géantes, est une maladie inflammatoire des artères de moyen et grand calibres [1]. Elle constitue une des premières causes de céphalées après l'âge de 50 ans. Les signes cliniques ne sont pas spécifiques et peuvent inclure un syndrome d'altération de l'état général avec une anorexie, une fièvre, des céphalées frontales ou temporaux et un amaigrissement à cause de l'anorexie [2]. Elle peut rapidement engendrer une cécité brutale et définitive par obstruction de l'artère centrale de la rétine mais aussi des accidents vasculaires cérébraux. Elle s'accompagne très souvent de signes inflammatoires biologiques. Le diagnostic est actuellement guidé par les nouvelles recommandations de la European League Against Rheumatism (EULAR) [2] et la biopsie de l'artère temporale reste le gold standard dans le diagnostic mais l'échographie doppler des artères temporaux semble avoir une sensibilité supérieure à la biopsie [3]. Le traitement qui fait appel aux anti-inflammatoires stéroïdiens doit être précoce et adapté pour éviter les complications. Malgré les récentes recommandations, le diagnostic continue d'être un défi dans nos pays. Nous rapportons un cas observé chez un patient dans le Service de Neurologie du CHU du Point G.

OBSERVATION CLINIQUE: Il s'agissait d'un patient de 64 ans, malien, ingénieur,

d'agriculture, sans antécédent particulier connu, non alcoolique ni tabagique, vu en consultation externe pour des céphalées frontales à type de pesanteur, survenant au réveil, sans facteurs déclenchants et persistant même après prise d'antalgique sans contexte particulier. Le patient a rapporté une notion de céphalées depuis l'enfance avec des épisodes de cauchemars. Cependant, depuis quelques années, les céphalées ont pris une autre expression et sont devenues plus intenses et invalidantes. Il avait été mis sous analgésique à base de paracétamol et à un moment sous amitriptyline sans succès. L'examen clinique avait retrouvé un bon état général, une pression artérielle à 120/80 mmHg, une température à 36,7° C et le pouls à 88 pulsations par minute. Il avait une pression bitemporale douloureuse, une légère induration des artères temporaux et les pouls temporaux étaient diminués aux deux côtés. Il présentait une claudication de la mâchoire mais pas de troubles visuels. L'examen neurologique et cardiologique était normal et il n'y avait pas de signes rhumatologiques ou oculaires. Le bilan biologique inflammatoire était normal avec une VS à 7 mm à la 1^{ère} heure et 15 mm à la 2^{ème} heure et la CRP à 2,25mg/L. Le scanner cérébral était normal. Cependant, l'échographie doppler des artères temporaux a mis en évidence une infiltration intimale bilatérale de l'artère temporale sans

plaque pariétale décelable et étaient le siège d'une composante diastolique avec un indice de résistance de Pourcelot de 0,9 à droite et 0,72 à gauche en faveur de la maladie de Horton (Fig. 1). Le patient a été mis sous bétaméthasone à raison de 4 mg par jour ce qui a entraîné la disparition des céphalées. Cependant, l'évolution fut marquée par la survenue de signes d'imprégnation cortisonique notamment une bouffissure du visage, une dépigmentation cutanée, une prise de poids et une corticodépendance après avoir été perdu de vue pendant quatre mois au cours desquels il a continué avec le traitement. A sa réapparition, la bétaméthasone a été changée en Déflazacort en raison de ses moindres effets secondaires.

DISCUSSION

La maladie de Horton est réputée fréquente, touchant beaucoup plus les Caucasiens. Quelques rares cas ont été rapportés en Afrique noire [4]. Son tableau clinique peut être typiquement des manifestations encéphaliques mais parfois non spécifiques et ce qui peut rallonger le délai diagnostique comme dans le cas que nous rapportons, le premier au Mali selon la littérature. En plus du délai diagnostique anormalement long, une autre particularité de ce cas est l'absence de signes inflammatoires biologiques. Ce cas est similaire à l'étude de Khedher et al qui a rapporté des cas de maladie de Horton sans syndrome inflammatoire biologique [5]. Le diagnostic est établi sur la base des recommandations de l'EULAR associant les arguments cliniques, d'imagerie et la biopsie de l'artère temporale [2]. Cette dernière, plus coûteuse et difficilement faisable dans notre contexte, a longtemps été le gold-standard pour le diagnostic mais l'échographie doppler, moins agressive, a été montrée plus sensible que la biopsie dans plusieurs études [3,6]. Sa disponibilité aide au diagnostic dans le contexte africain. Bien que le cas présenté ici remplisse les critères de diagnostic de la MH, les céphalées décrites pourraient faire évoquer d'autres vascularites moins fréquentes notamment celles primaires (maladies de Takayasu et Kawasaki) ou secondaires (auto-immune ou infectieuse). Cependant, ces dernières nous paraissent peu probables en raison de l'absence d'autres manifestations cliniques associées. En plus, de l'âge de survenue plus jeune (maladies de Takayasu et Kawasaki), dans la maladie de Kawasaki le sexe féminin est le plus atteint. La prise en charge a été récemment améliorée grâce aux nouvelles méthodes diagnostiques et un traitement optimisé. La corticothérapie bien conduite est le pilier du traitement mais il faut s'attendre aux effets secondaires à long terme comme en témoigne notre cas [7].

CONCLUSION

La maladie de Horton n'est pas que caucasienne. Elle doit être évoquée chez tout sujet de plus de 50 ans ayant une céphalée chronique et une échographie Doppler des artères temporales doit être réalisée à cause de sa sensibilité élevée et de son accès dans le contexte africain.

Conflit d'intérêt: les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES

1. Borchers A, Gershwin M. Giant cell arteritis: a review of classification, pathophysiology, geoepidemiology and treatment. *Autoimmun Rev*, 2012; 11: A544-A55.
2. Hellmich B, Agueda A, Monti S, Buttgerit F, Boysson H, Brouwer E et al. Update of the EULAR recommendations for the management of large vessel vasculitis. *Ann Rheum Dis*, 2020; 79: 19-30.
3. Wolfgang A. Schmidt. Ultrasound in the diagnosis and management of giant cell arteritis. *Rheumatology*, 2018; 57: ii22-ii31.
4. Diallo S, Diallo S, Diop IB., Tall A, Ndongo S, Diop TM. Vascularites systémiques: étude de 27 cas Sénégalais. *Rev Rhum Ed Fr*, 2006; 74 (10-11): 1208.
5. Khedher M, Said F, Kefi A, Arfaoui B, Ben Ghorbel I, Lamloum M et al. Maladie de Horton sans syndrome inflammatoire biologique: à propos de six cas. *Rev Med Interne*, 2016; 37(2): A172.
6. Zou Q, Ma S, Zhou X. Ultrasound versus temporal artery biopsy in patients with Giant cell arteritis: a prospective cohort study. *BMC Medical Imaging*, 2019; 19: 47.
7. Broder MS, Sarsour K, Chang E, Collinson N, Tuckwell K, Napalkov P, et al. Corticosteroid-related adverse events in patients with giant cell arteritis: a claims-based analysis. *Semin Arthritis Rheum*, 2016 ; 46: 246-252.

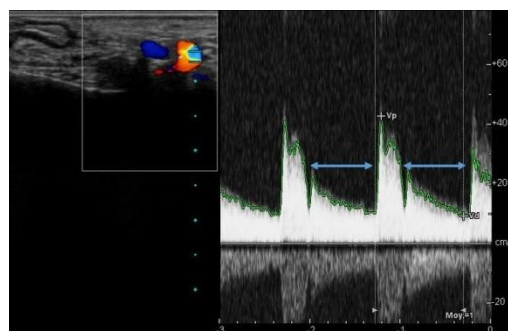


Figure 1: Echographie Doppler des artères temporales montrant une image compatible avec l'infiltration intimale de l'artère temporale avec un abondant flux diastolique (flèches)

Figure 1: Doppler sonography of temporal arteries showing an image consistent with intimal ingress of temporal artery with a significant diastolic flow (arrows).