

Une artérite maligne

Jean-Pierre R. Falet

R3 Neurologie, Université McGill

Conflit d'intérêts

- Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts

Cas clinique: 69F, droitière

Raison de consultation: dysarthrie + ataxie

Antécédents:

- Artérite giganto-cellulaire (AGC) diagnostiquée 12 jours plus tôt par biopsie
 - Céphalée hémicranienne droite x 8 semaines (vue initialement par la neurologie et diagnostiquée avec hemicrania continua, traitée sous l'indométhacin)
 - Claudication de la mâchoire + sensibilité du cuir chevelu x 1 semaine
 - Perte de la vision droite x 1 semaine -> occlusion d'une branche de l'artère rétinienne droite
 - Diplopie binoculaire x 3 jours
 - Protéine C réactive 155
 - Traitée par méthylprednisolone 1g IV x 3 jours -> prednisone 80mg/jour x 1 semaine -> prednisone 70mg/jour
- Hypertension, dépression, ostéoporose

Cas clinique (suite)

Antécédents familiaux: père avec AVC à 78 ans

Ex-fumeuse depuis 20 ans

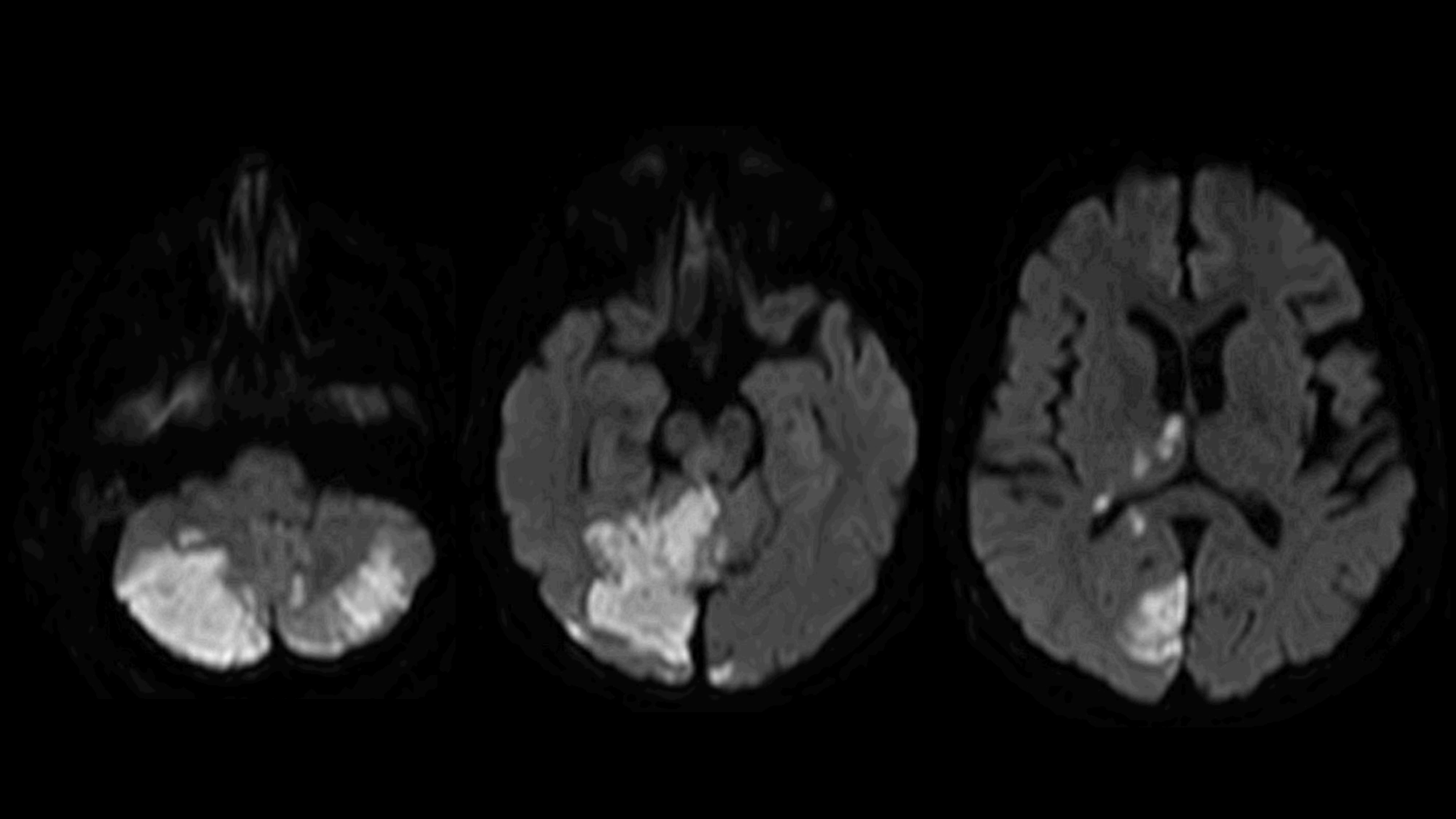
Cas clinique (suite)

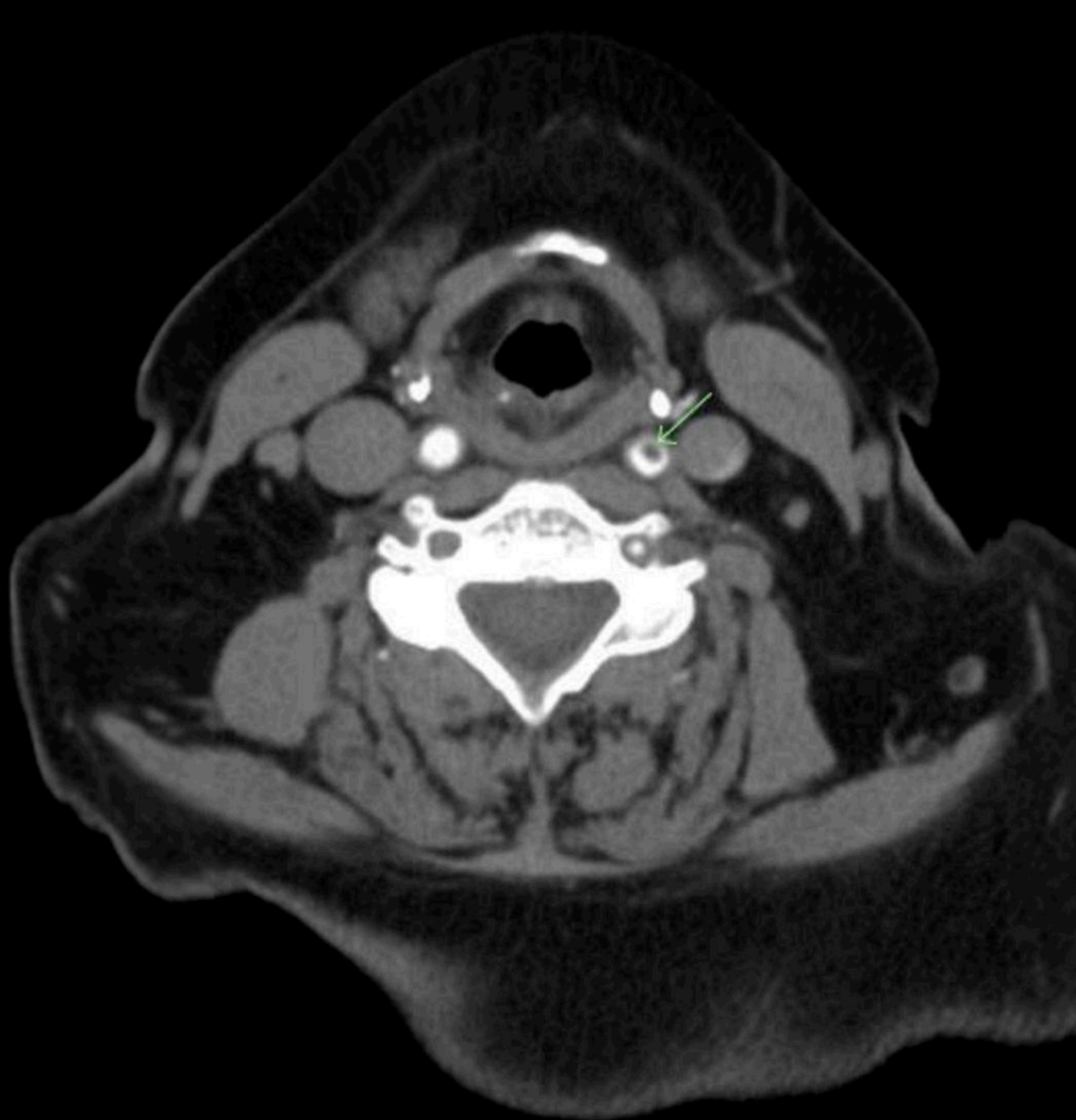
- 3-4 jours après avoir débuté la prednisone -> perte d'équilibre qui s'empire progressivement
- Quelques jours plus tard:
 - Sensation de malaise
 - Céphalée droite > gauche
 - Nausées + vomissement
 - Faiblesse bras droit

Cas clinique (suite)

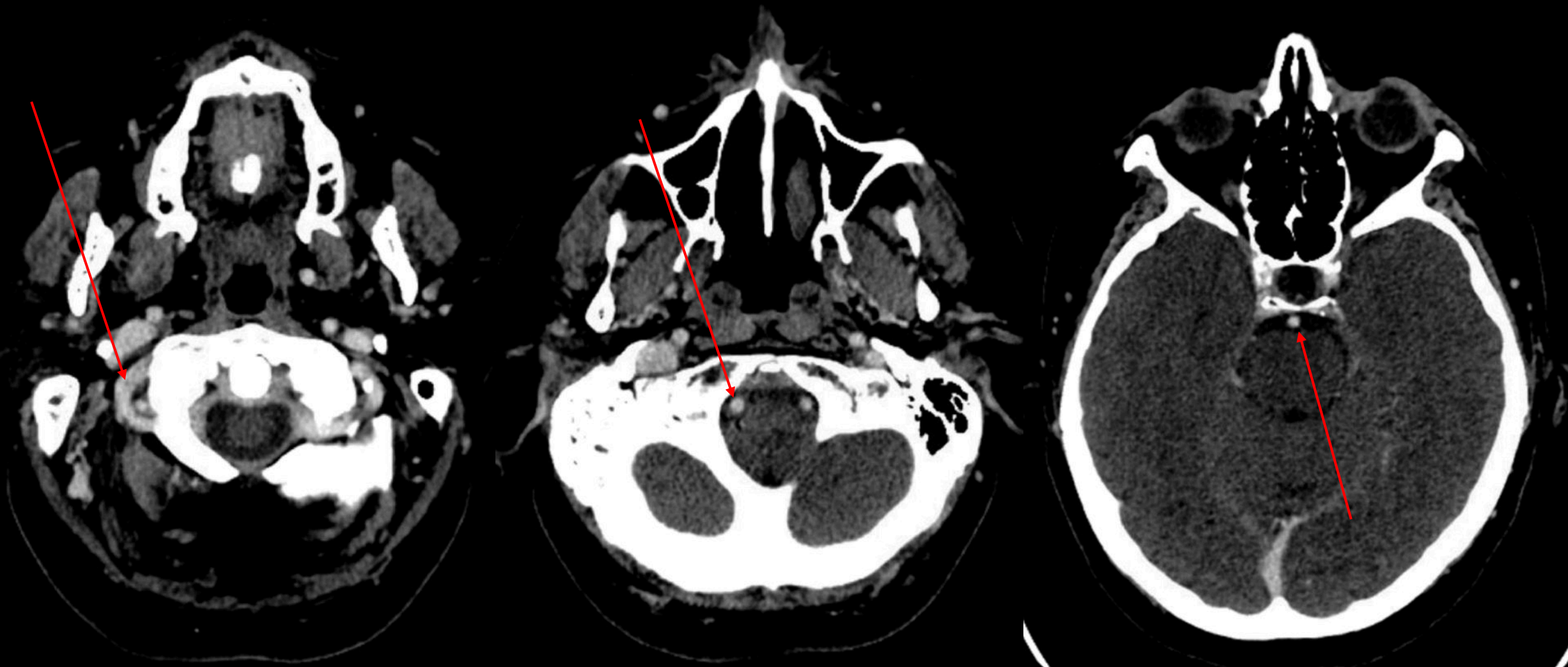
Examen:

- Signes vitaux normaux
- Encéphalopathe et désorientée
- Légère aphasie expressive
- Hémianopsie homonyme gauche
- Limitation du regard vers le haut et de la convergence
- Dysarthrie cerebelleuse + ataxie hémicorps droit



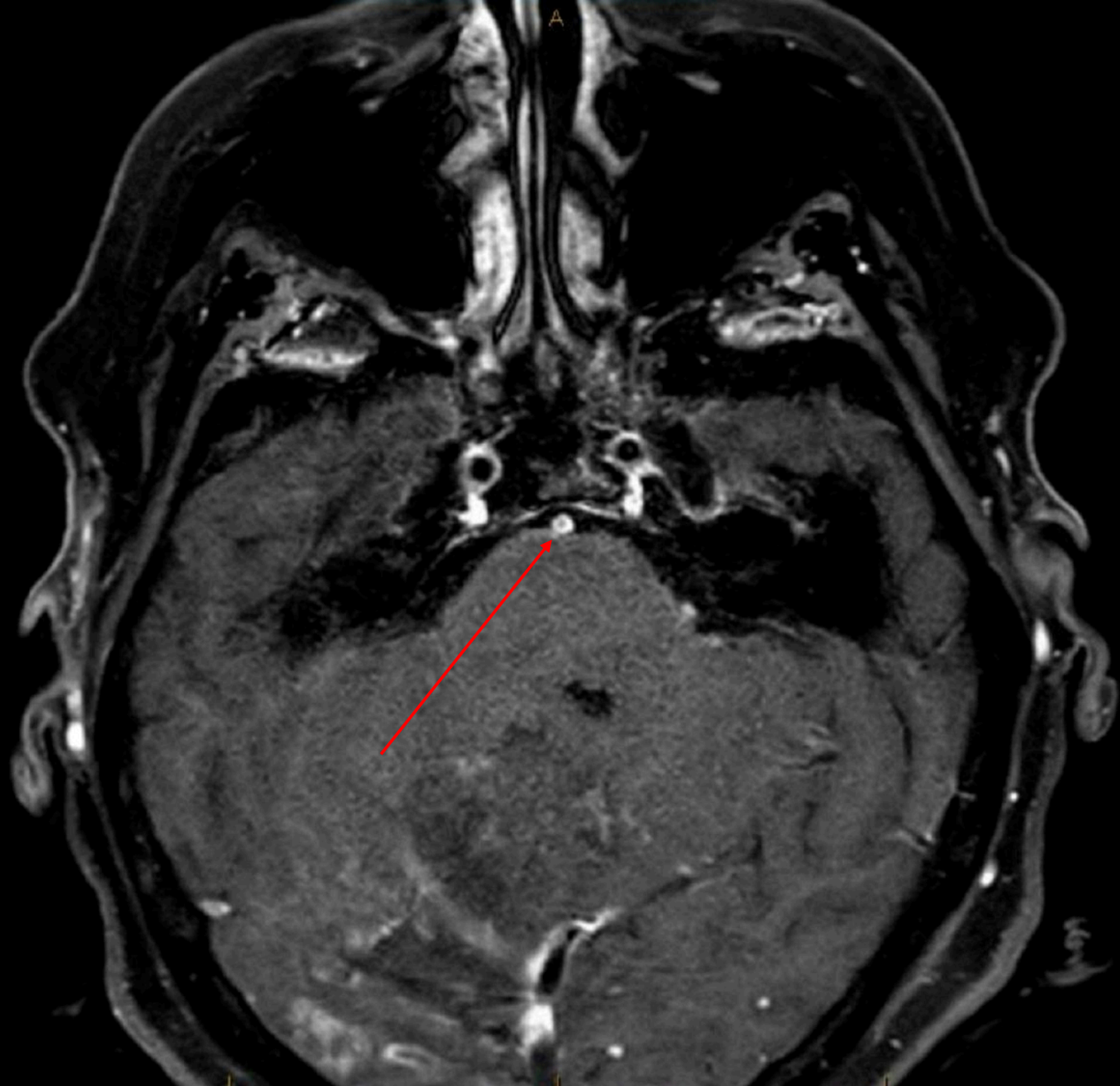


Angioscanner veineux antérieur



Cas clinique (suite)

PCR 16 (comparativement à 155 deux semaines plus tôt)



Investigations

- Imagerie de la paroi artérielle par IRM
 - Pas de bonne validation avec histopathologie
 - Pas de bons contrôles
 - Principalement en 3T ou 7T
- Peut aider au diagnostic de vasculite
 - Rehaussement circumférenciel avec épaissement de la paroi
 - Rehaussement normal dans la carotide interne et vertébrales au point où elles transpercent la dure-mère

(1) Lindenholz et al. Radiology. 2018 Jan;286(1):12-28

(2) Mandell et al. Am J Neurorad. 2017 Feb;38 (2):218-229

Diagnostique

Rehaussement circonférenciel des vertébrales distales et basilaire proximale

- Pas d'évidence d'athérosclérose à l'angioscan veineux récent dans la circulation postérieur
- Suspicion d'AVC secondaires à une AGC intracrânienne

AGC et AVC

- Méta-analyse: 17919 cas d'AGC versus contrôles
 - Risque relatif 1.4 pour AVC (95% CI: 1.27 – 1.56)

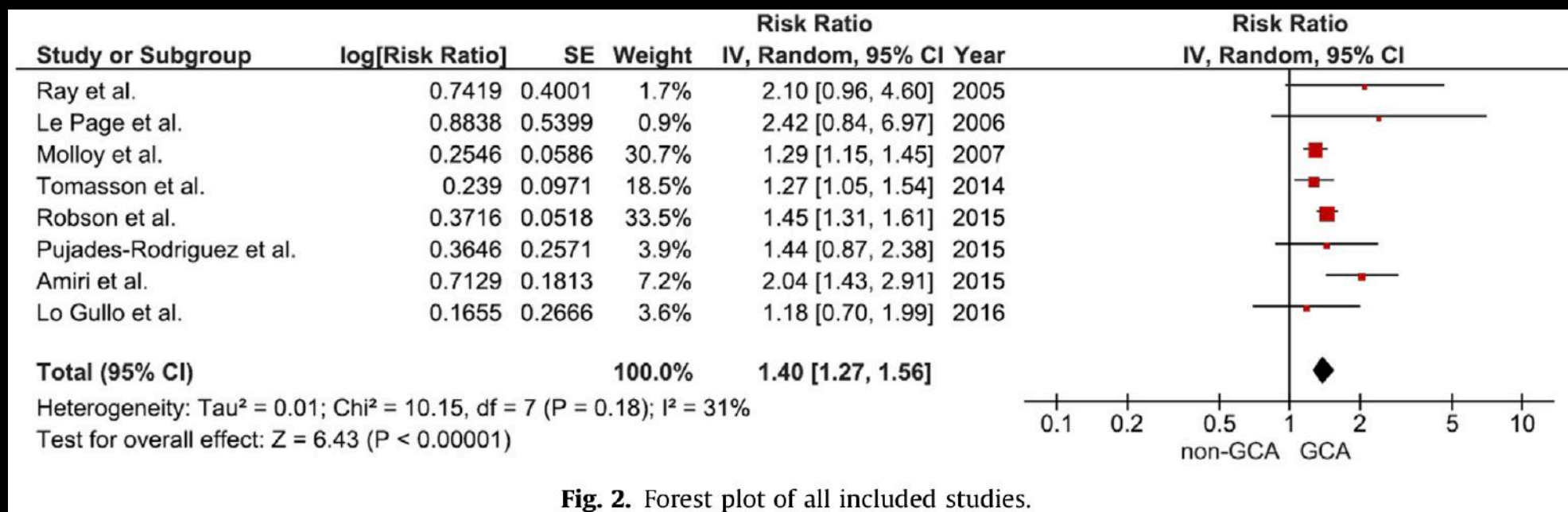


Fig. 2. Forest plot of all included studies.

AGC intracranienne

- Revue systématique (jusqu'à 2012): 47 cas
 - Age moyen: 71 ans
 - Femmes: 42%
 - Facteurs de risques vasculaires (82%)
 - Multi-territorial (prédilection pour la circulation posterieur)
 - AVC après le diagnostique d'AGC: 64%
 - En moyenne 60 jours après
 - 38% était déjà sur des corticostéroïdes
 - Élévation de l'ESR au moment de l'AVC: 64%

Lignes directrices EULAR (2018)

- Methylprednisolone réservée pour les cas sévères (e.g. perte de vision)
- Antiplaquettaires ou anticoagulants ne devraient pas être initié de routine chez les patients avec AGC (4C)
 - Seulement si autre indication
- Pour les cas d'AGC réfractaires ou effets secondaires des glucocorticoïdes, rajoutez le tocilizumab (sinon methotrexate) (1A)

Cas clinique (suite)

Notre traitement:

- Aspirine + atorvastatin
- Pas d'héparine étant donnée l'AVC massif du cervelet
- Methylprednisolone 1g IV x 5 jours
- Tocilizumab
- Réadaptation

AGC intracranienne

Table 3. Treatments and outcomes of IC GCA cases (n = 45).

	N (%)	Followup, Median No. Mos (range)	Recovery		Death, n (%)	Time to Death, Median No. Days (range)
			CR, n (%)	PR, n (%)		
Corticosteroids alone	31 (69)	3 (1–85)	6 (19)	7 (23)	18 (58)	10 (1–120)
Corticosteroids and methotrexate or azathioprine	2 (4)	35 (NR)	2 (100)	0	0	NA
Steroids and CYC	3 (7)	NA	NA	NA	3 (100)	160 (12–540)
Corticosteroids, methotrexate, and CYC	2 (4)	23 (10–36)	2	2 (100)	0	NA
Corticosteroids, angioplasty, and CYC	3 (7)	13 (1–24)	0	2 (67)	1 (33)	210
Corticosteroids and angioplasty	1 (2)	48	1 (100)	0	0	NA
Corticosteroids and surgery*	1 (2)	NR	1 (100)	0	0	NA
No treatment	2 (4)	NA	NA	NA	2 (100)	3.5 (2–5)
Total	45	5 (1–85)	10 (22)	11 (24)	24 (53)	12 (1–540)

*Superficial temporary artery to MCA bypass. Initial corticosteroids: oral prednisone (n = 27; mean dose 60 mg for 2–3 weeks), IV methylprednisone 1 g daily for ≤ 3 days (n = 7), IV methylprednisone 1 g daily for ≥ 5 days (3), IV methylprednisone 1 g daily for unknown duration (n = 3), other corticosteroids (n = 3). Note: treatment and outcome was not reported in 2 patients. CR: complete recovery from neurologic deficits; PR: partial recovery; IC GCA: intracranial giant cell arteritis; NA: not applicable; NR: not reported; MCA: middle cerebral artery; IV: intravenous; CYC: cyclophosphamide.

Résumé

- L'AVC est une complication de l'AGC qui peut survenir malgré les corticostéroïdes et une PCR normale
- L'imagerie de la paroi artérielle par IRM peut être utile (surtout à 3T)
- Traitement inclue antiplaquetaires, methylprednisolone, et tocilizumab
- Taux de mortalité de 50%, donc impératif de reconnaître, traiter rapidement et de monitorer de prêt

Questions

Merci!