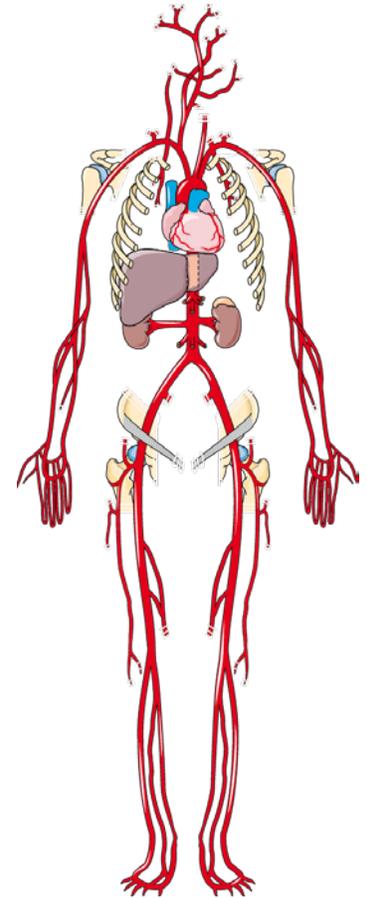


# Un cas insolite

Une fièvre d'origine indéterminée!



---

Congrès SSVQ 2024

Valérie Labrie R4 Médecine interne générale

21 novembre 2024

UDS

Université de  
Sherbrooke

 SSVQ Société des sciences  
vasculaires du Québec

# Conflits d'intérêt

---

Aucun conflit d'intérêt à déclarer

# Plan de la présentation

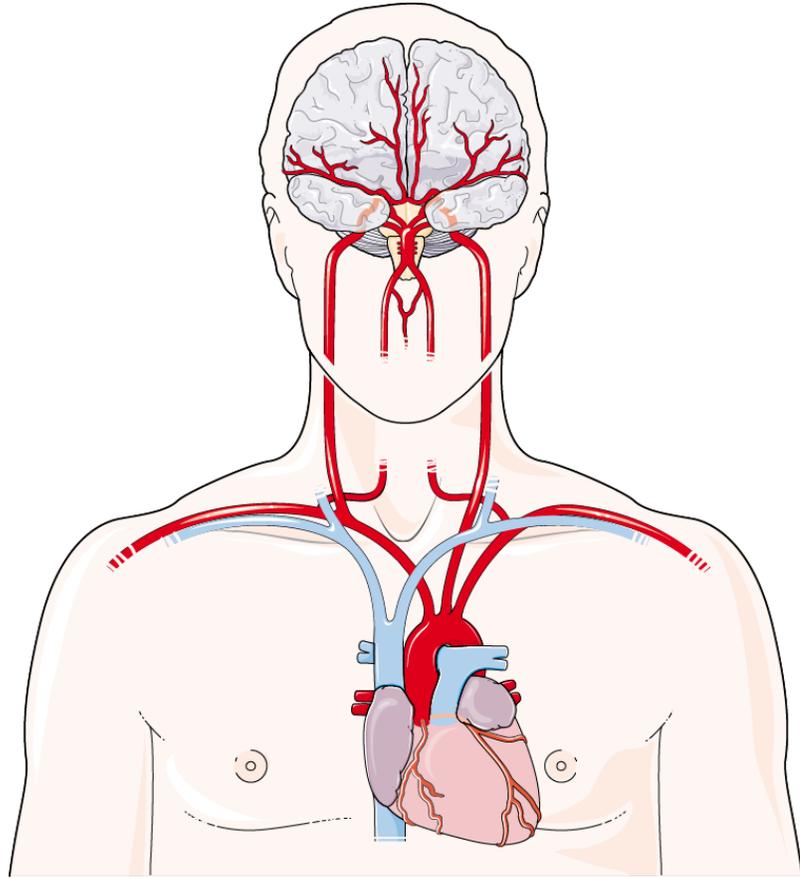
---

1. Objectifs de la présentation
2. Présentation du cas
3. Revue de la littérature
4. Retour sur le cas
5. Conclusion

# Objectifs de la présentation

---

1. Reconnaître la diversité des présentations cliniques pour la pathologie vasculaire en question
2. Connaître les données probantes existantes concernant le diagnostic et le traitement de cette pathologie vasculaire



# Présentation

---

# du cas

# Caractéristiques du patient



Homme 77 ans

RC: Fièvre persistante x 15 jours

## Antécédents médicaux:

1. Diabète de type 2 HbA1c 6,0%
2. Hypertension artérielle
3. Insuffisance rénale chronique (Créatinine de base 120-140)
4. Occlusion veine centrale rétinienne
5. Dernière colonoscopie 2022: polypes réséqués - adénomes tubuleux



Allergie: -

Habitudes de vie – x 3

Médication:

1. Telmisartan 40 DIE
2. Metformin 850 BID
3. Lorazépam
4. Citalopram
5. Zopiclone PRN
6. Pregabalin 50 HS

# Histoire de la maladie actuelle



Consultation urgence 1 semaine auparavant contexte de **fièvre (T°C) x 1 semaine** + enzymite hépatique

- Congé puisque bilan infectieux -, seule trouvaille → EBV ancien
- Échographie abdominale -, pas de fièvre documentée à l'urgence
- Suivi infectiologie en externe

Selon patient **T°C 38-41 x 15 jours**, pire en soirée associée avec asthénie, perte de poids, diaphorèses ++ et **myalgies aux membres inférieurs**

Revue des systèmes négative

- Pas de voyage récent, pas de facteur de risque de VIH, pas de contact infectieux

## Admission

**T°C objectivée per-hospitalisation, malgré acétaminophène**

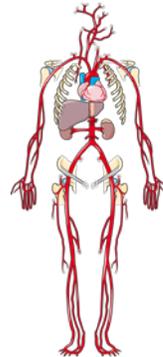
# Examen physique



Signes vitaux: TA 110/68 FC 89 SaO<sub>2</sub> 97% AA FR 16 T°C **38,2 °C** à l'arrivée  
T°C DIE ad **39,3°C x 10 jours**



Examen cardiaque N  
Examen pulmonaire N  
Examen abdominal N  
Téguments N



Pouls N et symétriques  
Palpation des artères temporales N  
TA symétrique aux deux bras

# Bilans paracliniques des premiers jours

**Hb** 101 → 87 (bilan anémie = inflammatoire)  
**Plaquettes** 466 → 642  
**Globules blancs** 11 → 14,5 (Neutrophiles ad 12,97 et lymphocytes ad 0,38)

---

**Créatinine** 129 → 142 (base)

**ALT** 95 → 62

**PAL** 313 → 302

**Bilirubine** 4,0 → 17,1

---

**CRP** 201 → 231

## Bilans paracliniques

HC –  
HC mycobactéries –  
Analyse et culture d'urine –  
Radiographie pulmonaire -

Hépatite A IgM –  
Hépatite B non immun  
Hépatite C –

Fièvre Q –  
Bartonelle –  
Toxoplasmose IgM -, IgG +  
Histoplasmosse -

VIH –  
Syphilis –  
Recherche anaplasmosse –  
Lyme -

FAN –

# Imagerie et biopsie

## TEP scan:

- *Hypermétabolisme des artères brachiales ainsi que des vaisseaux des membres inférieurs bilatéralement, suggestif d'une vasculite*
- *Début environ à partir de la hauteur des régions fémorales puis en descendant*
- *Pas de captation de l'aorte et des artères temporales, vertébrales et sous-clavières*

## Biopsie artère temporale D:

- *Artère temporale siège d'un épaissement discret à modéré de l'intima, mais pas de lésion vasculaire en faveur d'une lésion de vascularite*

une 2

No cut

02.6 cm



Ex:May 08

/2.80sp

M=5.00 g/ml

I 2032

# Artérite à cellules géantes limitées aux membres

(Limb-restricted giant cells arteritis)

# Revue de la littérature

Review

## Giant cell arteritis restricted to the limb arteries: An overlooked clinical entity

Alvise Berti <sup>a,b,\*</sup>, Corrado Campochiaro <sup>a,b</sup>, Giulio Cavalli <sup>a,b</sup>, Gino Pepe <sup>c</sup>, Luisa Praderio <sup>b</sup>,  
Maria Grazia Sabbadini <sup>a,b</sup>, Lorenzo Dagna <sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> *Vita-Salute San Raffaele University, Milan, Italy*

<sup>b</sup> *Department of Medicine and Clinical Immunology, IRCCS San Raffaele Scientific Institute, Milan, Italy*

<sup>c</sup> *Department of Nuclear Medicine, San Raffaele Scientific Institute, Milan, Italy*

---

# Revue de la littérature

Révision de 79 cas dans la littérature

- > 50 ans
- Biopsie des artères temporales –
- Exclusion des patients avec atteinte aortique

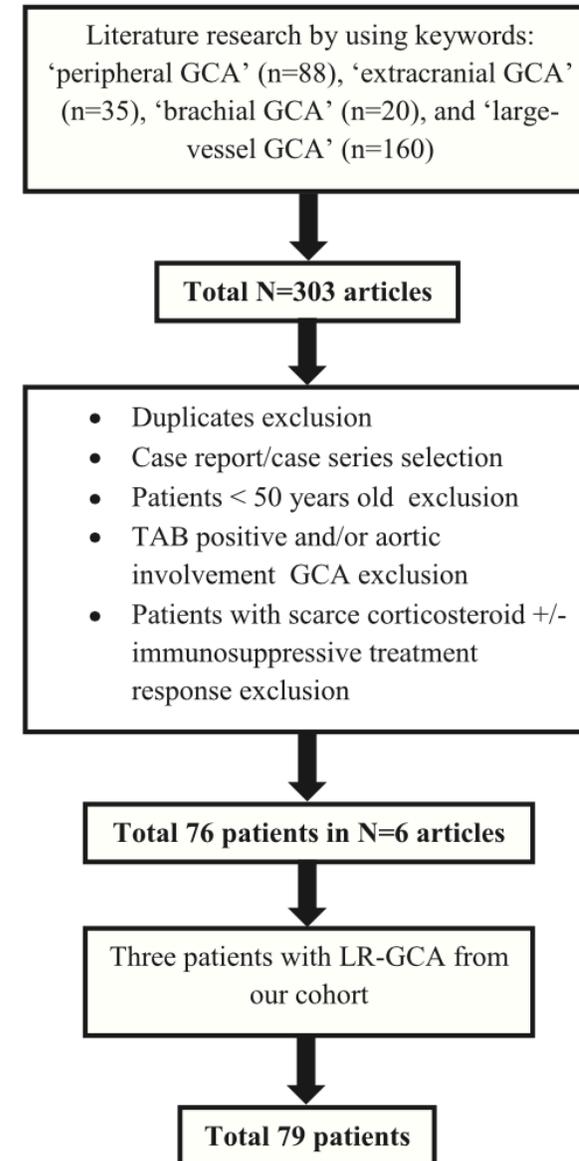


Fig. 2. Flow diagram of the study selection process.

**Table 1**

Clinical presentation of the LR-GCA. In order to better characterize the clinical presentation of LR-GCA, we only considered patients from our cohort and published reports with clinical and laboratory features clearly reported, for a total of 15 out of 79 cases identified in literature [16–18].

Clinical presentation	
Median age at diagnosis (years)	66
M:F	1:14
Main presenting symptom	87% (13/15) <sup>a</sup> <i>intermittent claudication</i> 20% (3/15) <sup>a</sup> <i>polymyalgia rheumatica</i>
Cranial symptoms	13% (2/15) <i>jaw claudication</i> 7% (1/15) <i>headache</i>
Constitutional symptoms	0% (0/15)
Vascular signs (other than claudication)	0% (0/15)
Mean ESR (mm/1 h)	66.5

<sup>a</sup> In one case, the patient complained both intermittent claudication and PMR at onset [16–18].

## Table 2

Sites of involvement of LR-GCA and radiologic investigations used for diagnosis. In order to analyze the sites of involvement and imaging techniques used for diagnosis, we considered LR-GCA published cases and patients from our cohort for which was clearly reported the site of vasculitis and the diagnostic imaging tools used, for a total of 79 patients [6,16–20].

---

<b>Site of vasculitis</b>	
Upper limbs arteries ( <i>subclavian and/or axillary and/or brachial arteries</i> )	86% (68/79)
Lower limbs arteries ( <i>superficial and/or deep femoral arteries +/- main branches</i> )	9% (7/79)
Both upper and lower limbs arteries	5% (4/79)
<b>Conclusive imaging studies used for diagnosis</b>	
Classical angiography	63% (50/79)
Color-doppler US	20% (16/79)
CT angiography	3% (2/79)
FDG-PET	14% (11/79)

---

Diagnostic différentiel #1 → Maladie artérielle périphérique

# Investigations

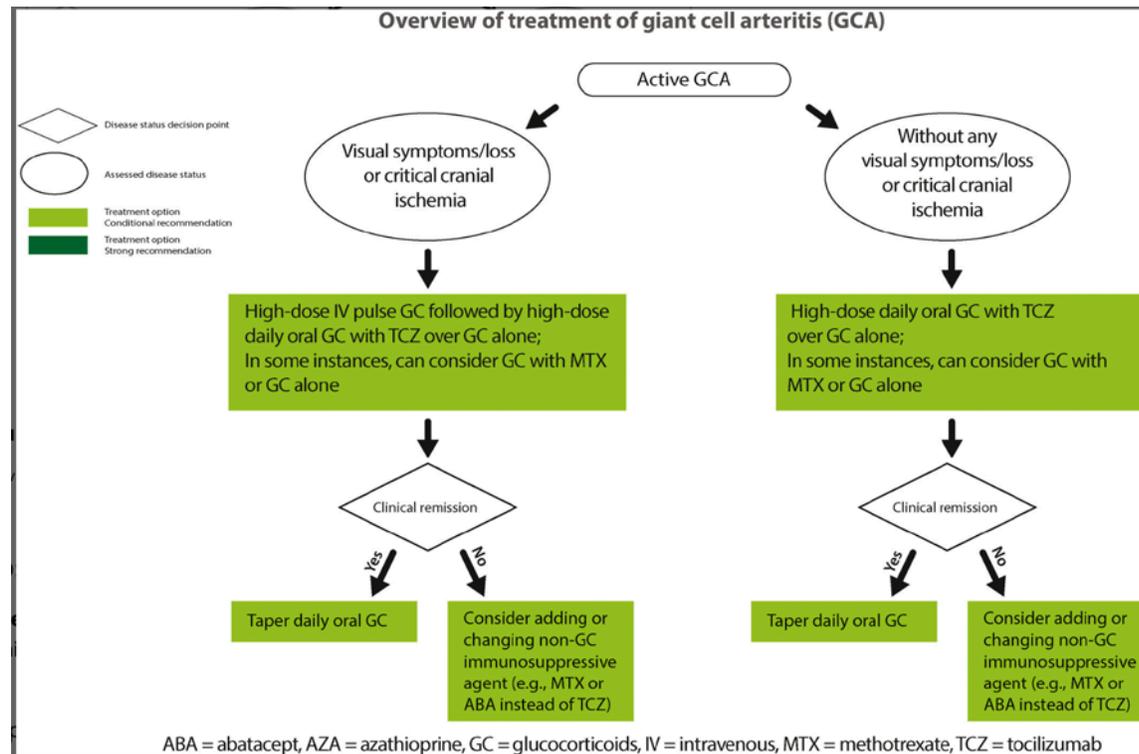
## EULAR 2023

### Recommendations

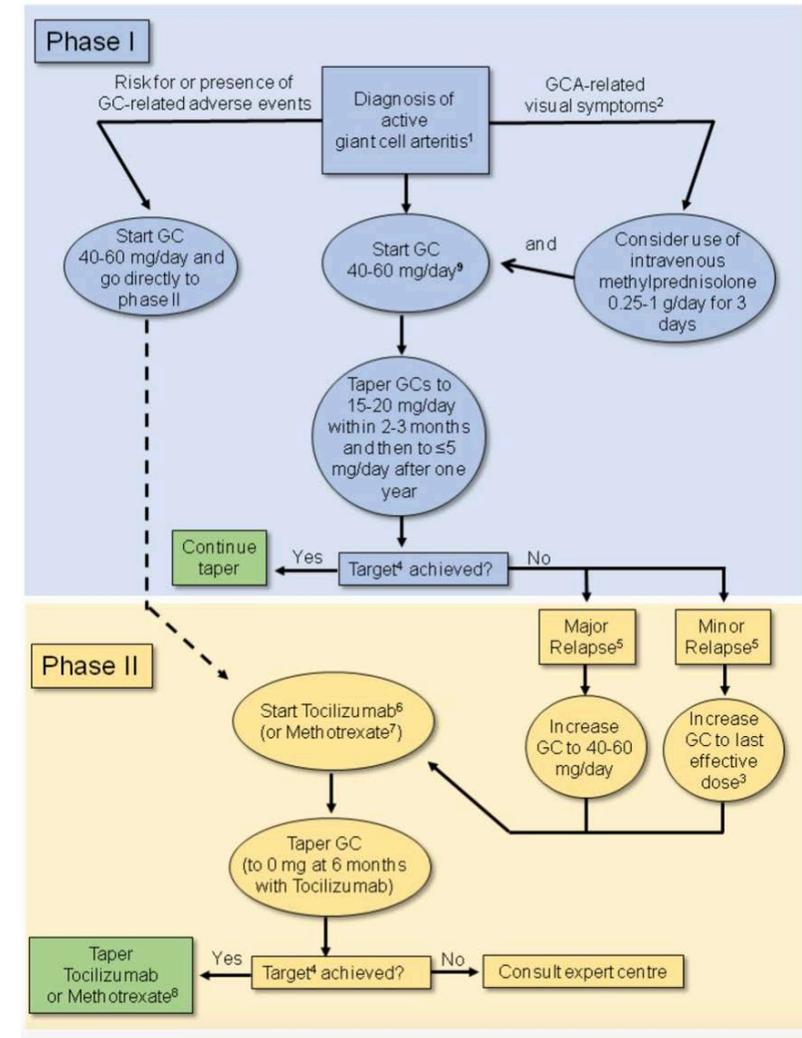
1. Ultrasound of temporal and axillary arteries should be considered as the first imaging modality to investigate mural inflammatory changes in patients with suspected GCA.
2. High-resolution MRI or FDG-PET\* can be used as alternatives to ultrasound for the assessment of cranial arteries† in patients with suspected GCA.

C. In patients in whom there is a high clinical suspicion of GCA and a positive imaging result, the diagnosis of GCA may be made without an additional test (biopsy or further imaging). In patients with a low clinical probability and a negative imaging result, the diagnosis of GCA can be considered unlikely. In all other situations (including the case of an inconclusive imaging result), additional efforts towards a diagnosis are necessary.

# Traitement



## 2018 EULAR RECOMMENDATIONS FOR THE MANAGEMENT OF GIANT CELL ARTERITIS



# Retour sur le cas

Fièvre d'étiologie indéterminée 2° à une **artérite à cellules géantes limitées aux membres inférieurs > supérieurs**

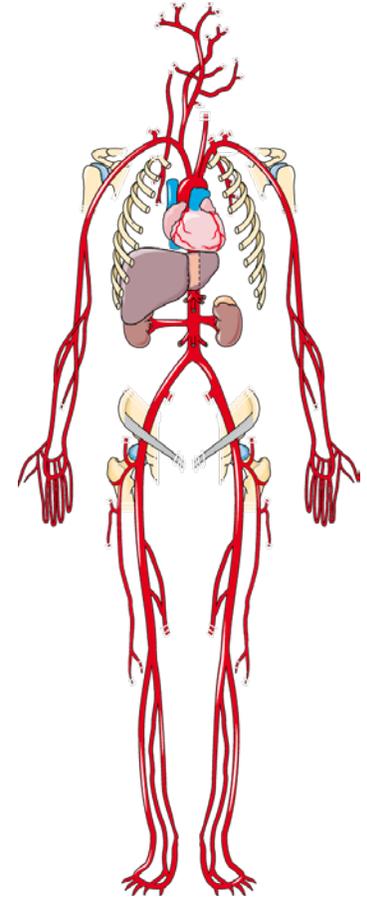
- Paraneoplasique? moins probable, mais découverte d'un nodule thyroïdien hypercaptant en attente d'investigations
- Composante d'une MVAS sous-jacente contributoire

Suivi conjoint MIG et rhumato

- Multiples comorbidités (FeVG 38% de novo, nodule thyroïdien, Db, MVAP)
- Bilans q 4 semaines
- Dernier suivi 09/2024: Prednisone 1mg/kg diminuée à 10 mg DIE
- Dernière CRP < 0.6
- Si rechute clinique/récidive tocilizumab sera à débiter

# Conclusion

- Symptômes cliniques souvent non spécifiques
- Diagnostic différentiel principal:
  - Maladie artérielle périphérique
- Pas de ligne directrice claire, mais se traite probablement comme les autres formes d'artérite à cellules géantes



# Remerciements

- Pr Pierre-Nicolas Perron
- Pr Marc-Alexandre Lavoie

# Références

- Berti, A., Campochiaro, C., Cavalli, G., Pepe, G., Praderio, L., Sabbadini, M. G., & Dagna, L. (2015). Giant cell arteritis restricted to the limb arteries: an overlooked clinical entity. *Autoimmunity reviews*, 14(4), 352-357
- Dejaco, C., Ramiro, S., Bond, M., Bosch, P., Ponte, C., Mackie, S. L., ... & Schmidt, W. A. (2024). EULAR recommendations for the use of imaging in large vessel vasculitis in clinical practice: 2023 update. *Annals of the rheumatic diseases*, 83(6), 741-751.
- Hellmich, B., Agueda, A., Monti, S., Buttgereit, F., De Boysson, H., Brouwer, E., ... & Luqmani, R. A. (2020). 2018 Update of the EULAR recommendations for the management of large vessel vasculitis. *Annals of the rheumatic diseases*, 79(1), 19-30.
- Illustrations provenant de Smart-Servier medical Art
- Maz, M., Chung, S. A., Abril, A., Langford, C. A., Gorelik, M., Guyatt, G., ... & Mustafa, R. A. (2021). 2021 American College of Rheumatology/Vasculitis Foundation guideline for the management of giant cell arteritis and Takayasu arteritis. *Arthritis & Rheumatology*, 73(8), 1349-1365.