

FORMES ATYPIQUES DE LA MALADIE DE HORTON

L. MECHTOUFF, L. DENOUAL, H. FRIKHA, JP. LARBRE, G. LLORCA

CENTRE HOSPITALIER LYON SUD – Service de Rhumatologie – Pavillon 2B – 165 avenue du Grand Revoyet – 69495 PIERRE BENITE cedex

Introduction:

la maladie de Horton est une artérite à cellules géantes capable de diffuser à tous les gros troncs artériels. L'atteinte la plus fréquente est celle des artères à destinée encéphalique (surtout la carotide externe et ses branches). L'atteinte des autres troncs artériels est plus rare et peut poser des problèmes diagnostiques.

Observation 1 :

Patiente de 65 ans se plaignant de douleurs des épaules avec impotence fonctionnelle. Elle décrit aussi une claudication intermittente douloureuse des membres inférieurs bilatérale récente limitant le périmètre de marche à 100 mètres. Il n'y a pas de céphalées. La vitesse de sédimentation est à 126 mm à la première heure et la protéine C réactive à 95 mg/L. L'échodoppler artériel des membres inférieurs met en évidence un épaississement pariétal diffus en aval de la fémorale commune avec une diminution de la pression de perfusion aux chevilles. L'évolution est favorable sous corticoïdes : disparition des douleurs, reprise d'une marche normale et normalisation de la VS, de la CRP et de l'échodoppler artériel. On admet le diagnostic de Horton avec artérite des membres inférieurs et pseudo-polyarthrite rhizomélique.

Observation 2 :

Patiente de 87 ans présentant brutalement une asthénie, une fièvre hectique, une toux sèche et une hypoacousie bilatérale. Il n'y a pas de céphalées. La VS est à 100 mm à la première heure et la CRP est à 116 mg /L. Les prélèvements bactériologiques sont négatifs. L'audiogramme est en faveur d'une hypoacousie mixte. Le scanner thoracique retrouve une condensation alvéolaire de la base droite. Le lavage broncho-alvéolaire ramène un liquide stérile, riche en polynucléaires neutrophiles. On évoque une maladie de Horton avec localisation pulmonaire et cochléaire. L'évolution est favorable sous corticoïdes : apyrexie, disparition de la toux, diminution de la VS et de la CRP, amélioration de l'audition et régression de l'image au scanner.

Conclusion :

la maladie de Horton, dans ses formes atypiques, constitue un piège diagnostique. Il faut penser à un Horton chez la personne âgée devant une claudication intermittente bilatérale rapidement constituée avec une VS et une CRP élevées d'autant plus qu'il n'y a pas ou peu de facteurs de risque cardiovasculaires (1) et devant une surdité d'apparition récente et incompressible avec une VS et une CRP élevées (2).

1 : C. Le Hello *et al* ; J Rheumatol. 2001;28:1407-12

2 : S. Berrettini *et al* ; Semin Arthritis Rheum. 1998;27:301-318