

Une complication digestive exceptionnelle de la maladie de Horton

N. Belgacem, H. Machfer, N. Regaïeg, M. Ben Hamad, I. Guefrech, S. Bouomrani
Service de Médecine Interne-Hôpital Militaire de Gabes

La maladie de Horton (MH) est une angéite primitive giganto-cellulaire, segmentaire et focale qui touche principalement le sujet âgé de plus de 50 ans. Elle est à prédominance céphalique mais peut diffuser dans l'ensemble de l'arbre artériel, en particulier les artères de gros calibre. Les manifestations viscérales digestives y sont rares et dominées par les nécroses et les ischémies intestinales (Scola CJ. 2008, Annamalai A. 2007, Trimble MA. 2002. L'atteinte pancréatique reste exceptionnelle et inhabituelle.

Nous rapportons une observation particulière de pancréatite aigue œdémateuse au cours d'une poussée évolutive de MH.

OBSERVATION

Patient de 80 ans, diagnostiqué ayant la MH depuis dix ans devant l'association d'une altération de l'état général à un rhumatisme des ceintures scapulaires, des céphalées, une VS élevée à 126 mmH1. Le diagnostic de la MH fut confirmé par une biopsie de l'artère temporale droite montrant l'artérite temporale avec fragmentation de la limitante élastique interne. Il a reçu une corticothérapie orale (40mg/j pendant un mois suivie d'une décroissance progressive et arrêt au bout de deux ans) avec une évolution favorable. Il fut hospitalisé 10 ans plus tard pour douleur abdominale aigue avec vomissements bilieux et reprise des signes clinique céphaliques de la MH. La biologie notait une amylasémie à 309 UI/L et une VS à 70 mmH1. Le reste du bilan était sans anomalies (NFS, CRP, créatinine, transaminases, triglycérides, cholestérol total, calcémie..). L'échographie et la TDM abdominales objectivaient une pancréatite aigue stade B sans autres anomalies ; en particulier les voies biliaires intra et extra hépatiques étaient fines, la vésicule alithiasique, le Wirsung non dilaté et absence d'adénopathies et de lésions tumorales hépato-pancréatiques et intra abdominale ainsi que l'absence de calcifications pancréatiques. Le patient ne prenait pas de corticoïdes à cette époque. Les anticorps anti phospholipides étaient négatifs. Une poussée évolutive de sa maladie était aussi diagnostiquée devant la reprise des céphalées, la VS élevée et l'aspect d'une aortite thoracique évolutive à la tomodensitométrie.

Une corticothérapie systémique à 0,5mg/j fut instaurée avec une évolution favorable.

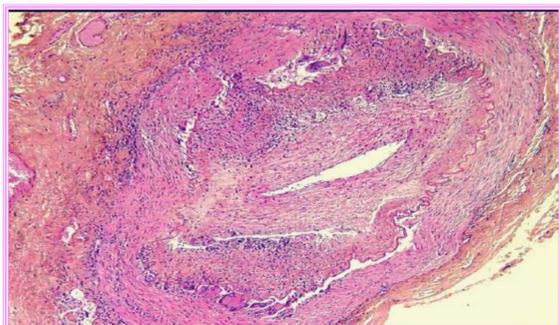


Image 2: artérite temporale en coupe histologique: rupture de la LEI avec infiltrat inflammatoire de la média

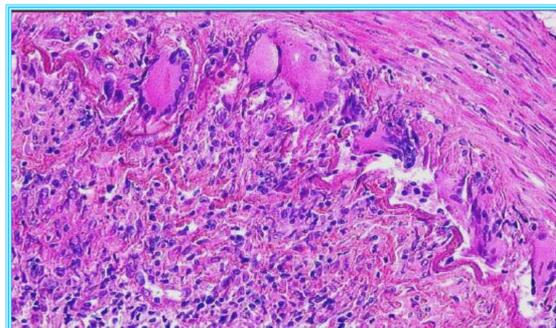


Image 3: artérite temporale en coupe histologique au fort grossissement: cellule géante plurinucléée.



Image 1: artérite temporale clinique; artère tortueuse et inflammée

DISCUSSION

- ✓ Le mécanisme plausible à cette pancréatite est celui d'une vascularite diffuse. En effet il a été rapporté quelques observations de PA de mécanisme vasculitique prouvé par l'examen histologique dans de rares cas autopsiques d'artérite viscérale disséminée à cellules géantes rappelant la MH (Lie JT. 1978, Morita T. 1987).
- ✓ En revanche une PA au cours d'une MH confirmée n'était rapportée que deux fois dans la littérature mondiale (Seneviratne DR. 2008, Brüggemann A. 2010) et dans ces deux cas la pancréatite était rattachée à la corticothérapie à fortes doses et pas à la vascularite elle-même.
- ✓ La survenue d'une PA au cours d'une vascularite à cellules géantes est souvent un accident fatal (Lie JT. 1978, Brüggemann A. 2010).
- ✓ Les atteintes viscérales, et en particulier la survenue d'une pancréatite aigue est un élément de gravité au cours des connectivites et de vascularites systémiques

CONCLUSION

Dans notre observation la négativité du bilan étiologique de la pancréatite ainsi que sa survenue concomitante à la reprise évolutive de la vascularite temporale et son amélioration sous corticothérapie systémique permettent de la rattacher directement à la MH. Cette complication inhabituelle mérite d'être gardée à l'esprit au cours d'un MH, en particulier au début de la corticothérapie systémique.

BIBLIOGRAPHIE