



## Infarctus cérébral récidivant sur maladie de Takayasu à propos d'un cas à Madagascar

### Recurrent ischemic stroke within Takayasu arteritis: a case report in Madagascar

F RAKOTOMAVO <sup>(1)\*</sup>, N.E RAVELOSON <sup>(2)</sup>, A.M RIEL <sup>(3)</sup>, H.N RAKOTONIRINA <sup>(2)</sup>,  
J.M RANDRIAMIARANA <sup>(1)</sup>, F SZTARK <sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup> Service de Réanimation Chirurgicale, Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona, CHU d'Antananarivo (Madagascar)

<sup>(2)</sup> Service ATU/Réanimation Médicale, Hôpital Joseph Raseta Befelatanana, CHU d'Antananarivo (Madagascar)

<sup>(3)</sup> Service des Urgences Chirurgicales, Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona, CHU d'Antananarivo (Madagascar)

#### RESUME

La maladie de Takayasu est une artérite des vaisseaux de gros et de moyen calibre. Elle se complique rarement d'infarctus cérébral. Les auteurs rapportent un cas d'une femme de trente-quatre ans, observé au sein du service de réanimation du CHU/JRB, qui a présenté un infarctus cérébral récidivant sur maladie de Takayasu. Notre objectif est de rapporter et de discuter le tableau clinique présenté par la patiente, le traitement qu'elle a reçu par rapport à ceux observés dans la littérature.

**Mots clés :** Corticothérapie, Infarctus cérébral, Maladie de Takayasu, Récidive, Revascularisation

#### ABSTRACT

The Takayasu disease is an arteritis reaching big and medium vessels. It is rarely complicated by ischemic stroke. Authors report the case of a thirty- four years old woman, discovered in the resuscitation's unit of the university hospital Joseph Raseta Befelatanana, who presented a Takayasu arteritis with recurrent ischemic stroke. Our aim is to relate and to discuss the clinical features and the treatment through literature.

**Keywords:** Corticotherapy, Ischemic stroke, Recurrence, Revascularization, Takayasu arteritis

#### Introduction

La maladie de Takayasu est une artérite des vaisseaux de gros et de moyen calibre, touchant préférentiellement l'aorte et ses branches [1]. Elle se complique rarement d'infarctus cérébral [1]. Actuellement, il y a peu de cas rapportés d'infarctus cérébral sur maladie de Takayasu à Madagascar, notamment en service de réanimation. L'objectif est de rapporter et de discuter le tableau clinique et la prise en charge d'un cas observé au sein du service de réanimation médicale du CHU/JRB.

#### Observation

Une femme de 34 ans a été admise au sein du service de réanimation du CHU/JRB, à la suite de la survenue brutale de trouble de la conscience, précédé de céphalée aigüe occipitale et de faiblesse de l'hémicorps gauche. Dans ses antécédents, on notait un infarctus cérébral survenu trois ans plus tôt, qui avait révélé une maladie de Takayasu et avait motivé la mise sous corticothérapie et sous aspirine au long cours de la patiente. Elle était également hypertendue sous Aténolol. Aucun antécédent de tuberculose, ni de maladies auto-immunes, n'a été noté. Le patient n'était ni alcoolique ni tabagique. L'examen clinique révélait une apyrexie, un score de Glasgow à 12 sur 15, une fréquence cardiaque à 90 battements par minute. La pression arté-

rielle était imprenable au niveau des membres supérieurs mais était égale à 240/140 mmHg au niveau des membres inférieurs, et les pouls radiaux étaient absents. L'examen montrait également une hémiparésie gauche proportionnelle avec un signe de Babinski à gauche et un souffle carotidien droit. L'auscultation cardiaque et le reste de l'examen étaient normaux.

La biologie révélait une anémie microcytaire hypochrome avec lignée blanche et plaquette normales. La vitesse de sédimentation des hématies était accélérée à 54 mm à la première heure et le CRP était élevé à 80 mg/L. La crase sanguine, l'ionogramme sanguin, les bilans hépatique, rénal et lipidique étaient normaux. Il en est de même pour l'électrocardiogramme. Le scanner cérébral a montré des images en faveur de lésions ischémiques étendues au niveau du territoire sylvien droit (Figure 1)

Du Département d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence, CHU Antananarivo, Madagascar.

\*Auteur correspondant:

Dr. RAKOTOMAVO Falihery

Adresse: Service de Réanimation Chirurgicale  
CHU Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona  
BP 4150 Antananarivo Madagascar

Téléphone : +261 32 71 300 42

E-mail: falyrakotomavo@yahoo.com

La patiente a bénéficié d'une administration de prednisolone à 1 mg/kg/j, d'aspirine à 100 mg/j, de manitol à 20% à 50 ml toute les six heures, du fait de l'œdème important au scanner cérébral. De la nicardipine injectable était administrée au pousse seringue électrique en fonction de la pression artérielle. Par ailleurs, les traitements et les soins afférents adéquats, communs à tous les infarctus cérébraux étaient suivis. Malgré cela, nous avons noté une dégradation de l'état de conscience, suivi d'un décès au troisième jour d'hospitalisation, ayant ainsi rendu impossible les explorations vasculaires.

### Discussion

La maladie de Takayasu est une artérite des vaisseaux de gros et de moyen calibre (1). Selon Quemeneur, il s'agit d'une maladie rare estimée à 1,2 à 2,6 cas/million/an ; elle survient surtout entre 20 à 40 ans. Elle est à prédominance féminine de l'ordre de 62 à 97% [2]. Sa pathogénie n'est pas encore élucidée néanmoins il existe des hypothèses de l'implication d'une origine infectieuse notamment la tuberculose, d'une origine auto-immune, et d'une origine génétique [2]. Nous n'avons pas observé ces dernières chez notre patiente. La maladie évolue en deux phases : une phase pré-occlusive dominée par les signes généraux (fièvre, amaigrissement, arthromyalgies, ...) et une phase occlusive avec signes cardio-vasculaires tel que les abolitions de pouls et les asymétries tensionnelles et des signes neurosensorielles tel que les céphalées, les troubles visuels, les vertiges, les convulsions [1]. L'infarctus cérébral s'observe rarement mais révélateur dans 66% des cas [1, 3] comme celui de notre patiente. Laraba et ses collaborateurs n'ont observé que six cas d'ischémie cérébrale sur les 66 patients qu'ils ont suivis en cohorte. Dans quatre cas sur six, l'ischémie survenait dans le territoire sylvien. La récurrence de l'infarctus, observée chez notre patiente, n'a été notée que dans 1/6 des cas, et l'ischémie cérébrale survient surtout au cours de la phase active de la maladie [3]. L'accident vasculaire au cours de la maladie s'explique par l'atteinte des troncs supra-aortiques, par épaississement inflammatoire des vaisseaux au cours de la phase active ou par fibrose vasculaire avec lésions sténo-occlusives au cours de la phase chronique.

Pour notre patiente, le diagnostic de maladie de Takayasu a été retenu suivant les critères d'Ishikawa modifiés par Sharma [4] ainsi que par l'âge de début avant 40 ans, le sexe féminin et la présence de souffle carotidien [5]. L'imputabilité de la maladie dans l'accident vasculaire a été prouvée par la survenue de l'infarctus au cours de la phase active de la maladie avec présence d'autres signes d'occlusion d'aval et par le peu d'arguments en faveur des autres causes d'ischémie cérébrale. Au cours de la maladie de Takayasu, l'hypertension artérielle s'observe dans 33 à 76% des cas, l'abolition des pouls dans 50 à 96%, et l'existence de souffle vasculaire dans 70 à 94% [1]. Selon Hsaini, la vitesse de sédimentation des hématies est accélérée dans 70 à 85% des infarctus cérébraux dus à la maladie

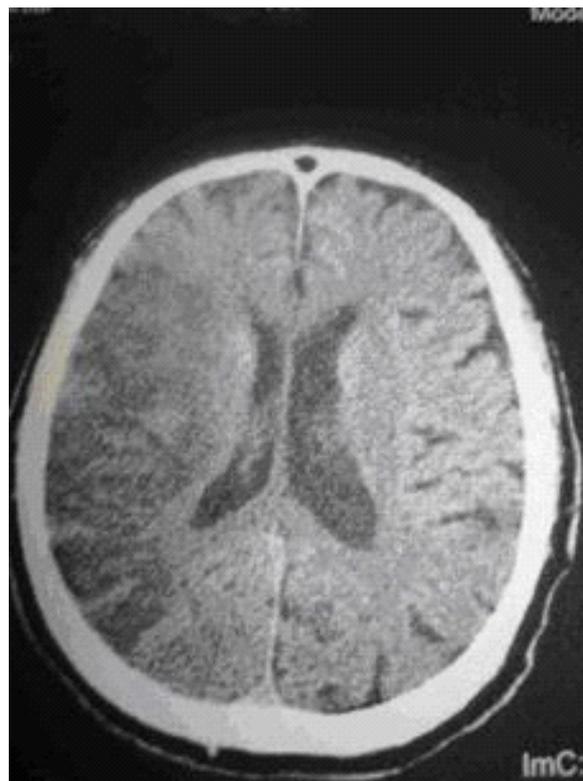


Fig. 1: Des lésions ischémiques étendues au niveau du territoire sylvien droit (Scanner cérébral)

et on note une anémie inflammatoire dans la moitié des cas [2]. Actuellement, le CRP reste le meilleur marqueur biologique d'activité de la maladie [6].

L'imagerie constitue un point clé du diagnostic et également un examen essentiel pour déterminer la localisation des lésions, l'appréciation du degré de la sténose et pour la suivie de la maladie. L'angiographie y occupe une grande place mais elle tend à être supplantée par l'échographie-doppler, l'angio-IRM et l'angio-TDM. Parfois, on a recours au PET-scan [7]. Notre patiente n'a pas pu bénéficier d'explorations vasculaires du fait de son décès précoce.

Le traitement de la maladie est surtout médical [8], il consiste en une corticothérapie et en une mise sous anti-agrégant plaquettaire au long cours. Le traitement adéquat de l'infarctus cérébral avec les médicaments et les soins inhérents à toutes ischémies cérébrales s'y ajoute. Parfois, on a recours aux immunosuppresseurs comme le méthotrexate, quand la corticothérapie s'avère inefficace ou mal tolérée. La revascularisation chirurgicale ou endoluminale est en ce jour d'indication restreinte [3, 8] et est surtout indiquée lors de la présence de signes d'infarctus d'aval ou quand la perfusion cérébrale est menacée, comme le cas de notre patiente après son premier accident d'ischémie cérébrale.

La survie à 5 ans d'une maladie de Takayasu compliquée comme notre cas est d'environ 50% [9]. Notre patiente était décédée trois ans après le premier accident vasculaire cérébral.

## Conclusion

La survenue d'un infarctus cérébral, surtout récidivant au cours d'une maladie de Takayasu est rare. Le diagnostic repose sur des critères cliniques, biologiques et morphologiques après élimination des autres causes d'infarctus cérébral. En plus des traitements et soins inhérents à l'accident vasculaire cérébral ischémique, le traitement médical comprenant une corticothérapie et la mise sous antiagrégant plaquettaire prime. La revascularisation n'est plus indiquée qu'en présence de complications de la maladie.

## Références

1. Quemeneur T, Hachulla E, Lambert M, Perez-cousin M, Queyrel V, Launay D, et al. La maladie de Takayasu. *Presse Med.* 2006 ; 35 : 847-56
2. Hsaini Y, Mounach J, Zerhouni A, Satté A, Karouache A, Semlali A et al. Infarctus cérébral révélant une maladie de Takayasu, à propos de 7 cas. *J Radiol.* 2008 ; 89(10) : 1577.
3. Laraba N, Bal-Theoleyre L, Emmerich J, Fiessinger J.-N. Etude épidémiologique des accidents vasculaires cérébraux dans la maladie de Takayasu, sur une cohorte de 66 patients. *J Mal Vasc.* 2009 ; 34(S) : S19.
4. Sharma BK, Jain S, Suri S, Numano F, et al. Diagnostic criteria for Takayasu arteritis. *Int J Cardiol.* 1996; 54(Suppl): S141-7.
5. Arend WP, Michel BA, Bloch DA, Hunder GG, Calabrese LH, Edworthy, et al. The American college of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Takayasu arteritis. *Arthritis Rheum.* 1990; 33: 1129-34
6. Lambert M, Hachulla E, Huglo D, Hatron P-Y, Mispirita J, Horwitz S, et al. Maladie de Takayasu: caractéristiques cliniques, prise en charge diagnostique, traitement et pronostic. *Médecine nucléaire. Medecine nucléaire.* 2009 ; 33(8) : 512-17.
7. Giron J, Fajadet P, Hendaoui L, Hajjam M.-L, Lacombe P, Railhac J.-J, Sans N. L'imagerie dans la maladie de Takayasu. *Rev Med Int.* 2009 ; 30(Suppl 4) : S259-S261.
8. Arnaud L, Haroche J, Piette J.-C, Amoura Z. L'artérite de Takayasu : mise au point à propos d'une série monocentrique de 82 patients. *Rev Med Int.* 2010 ; 31(3) : 208-15.
9. Rabarijaona LMPH , Razafimahefa J, Vololontiana HMD, Rakotoarimanana S, Randrianasolo O. Maladie de Takayasu corticodépendante chez une patiente de 14 ans. *Rev Anest Rea Med Urg.* 2009 ; 1(4) : 8-10