



Cas clinique

Infarctus cérébral révélant une maladie de Takayasu chez une jeune femme sénégalaise : À propos d'un cas

Stroke revealing takayasu's disease in a young Senegalese woman: About a case

AA Nahantchi^{1*}, P Ntenga¹, NM Gaye¹, S Mourabit¹, S Boubacar¹,
F Banzouzi¹, NS Diagne², MM Ndiaye¹, M Ndiaye¹

Résumé :

La maladie de Takayasu, est une vascularite inflammatoire chronique qui affecte l'aorte, ses branches et les artères pulmonaires. Cette affection peut être à l'origine de manifestations neurologiques et/ou extra neurologiques. Les sujets jeunes de sexe féminin d'origine asiatique, ou méditerranéenne sont les plus atteints. En Afrique subsaharienne, en particulier au Sénégal, la prévalence de cette affection n'est pas connue. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 24 ans, résidente à Dakar, chez qui la maladie de Takayasu a été révélée par la survenue d'un infarctus cérébral. Notre patiente a bénéficié d'une prise en charge multidisciplinaire avec une évolution favorable au bout de 5 mois.

Mots clés : Maladie de Takayasu, infarctus cérébral, vascularite

Abstract:

Takayasu's disease is a chronic inflammatory vasculitis that affects the aorta, its branches and

the pulmonary arteries. This condition gives rise to neurological and /or extra-neurological manifestations. Female young subjects of Asian or Mediterranean origin are the most affected. In sub-Saharan Africa, particularly in Senegal, the prevalence of takayasu disease is not known. We report the case of a 24-year-old woman resident in Dakar, in whom the disease was revealed by the occurrence of a cerebral stroke. Our patient received a multidisciplinary care followed by a favorable evolution after 5 months of follow-up.

Keywords: Takayasu's disease, cerebral stroke, vasculitis

Introduction

La maladie de Takayasu est une vascularite inflammatoire chronique qui affecte l'aorte, ses branches et les artères pulmonaires. Les sujets jeunes de sexe féminin d'origine asiatique, ou méditerranéenne, sont les plus atteints par cette pathologie [1,2]. En Afrique subsaharienne, cette

pathologie est rare [3].

Au Sénégal, sa prévalence n'est pas connue [3]. Elle se manifeste rarement par des accidents vasculaires cérébraux ischémiques [4]. Nous rapportons le cas, d'une jeune patiente de 24 ans célibataire, résidente à Dakar qui a été admise à la Clinique des neurosciences Ibrahima Pierre Ndiaye du Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar-Sénégal, pour un infarctus cérébral secondaire à une maladie de Takayasu.

Cas clinique

Femme âgée de 24 ans, étudiante, droitrière de latéralité, et résidente à Dakar-Sénégal. Elle a été admise à la clinique de neurosciences Pierre Ibrahima Ndiaye, pour un déficit moteur de l'hémicorps droit de survenue brutale associé à une aphasie. Dans ses antécédents il a été noté la notion de céphalées chroniques non suivi.

L'examen clinique à l'admission, montrait un bon état général, les conjonctives étaient colorées. La tension artérielle était de 80/50 mm Hg au membre supérieur droit et de 110/60 mm Hg au membre supérieur gauche, avec un pouls à 62 pulsations/minute. Une aphasie de Broca associée à une hémiparésie droite avec une force musculaire cotée à 0/5 selon l'échelle medical reseache council étaient notées. Les réflexes ostéo-tendineux bicipital, tricipital et rotulien étaient abolis à droite, présents et normaux à gauche. Un signe de Babinski était présent à droite, à gauche le réflexe cutané plantaire était en flexion. La patiente était hypotone au niveau de l'hémicorps droit. L'examen cardio-vasculaire, objectivait à l'auscultation un souffle carotidien bilatéral, ainsi qu'une diminution de la perception des pouls radiaux.

Devant ce tableau, un accident vasculaire cérébral sur vascularite a été évoqué. Puis un bilan paraclinique a été réalisé, dont la vitesse de sédimentation était à 45 mm à la première heure et 87 mm à la deuxième heure. L'étude cytobactériologique du liquide cérébro-spinal, le bilan de l'hémostase, le bilan rénal et hépatique ne montraient aucune anomalie. Electrophorèse de l'hémoglobine a mis en évidence un phénotype AA, les anticorps anti-nucléaire étaient négatifs. L'intradermo-réaction à la tuberculine était négative. La tomodensitométrie (TDM) cranio-encéphalique sans injection **Figure 1 et 2** réalisée précocement montrait sur une coupe coronale après reconstruction et une coupe axiale, une hyperdensité spontanée du segment M2 de l'artère cérébral moyenne gauche.

L'Angioscanner des vaisseaux du cou **figures 3 et 4** réalisé, objectivait des sténoses longues, centrées et irrégulières des deux carotides communes, plus marquées à gauche, associées à une sténose du segment V0 et V1 des artères vertébrales. L'électrocardiogramme ainsi que l'échographie cardiaque Trans thoracique ne révélaient pas d'anomalies. . Devant les données clinico-biologiques et imageries, le diagnostic d'accident vasculaire cérébral ischémique sur maladie de Takayasu a été évoqué. Notre patiente présentait trois Critères (âge inférieurs ou égale à 40 ans, diminution des pouls radiaux, asymétrie d'au-moins 10 mmHg de la pression systolique humérale) de l'American College of Rheumatology (ACR) ce qui a permis de retenir le diagnostic.

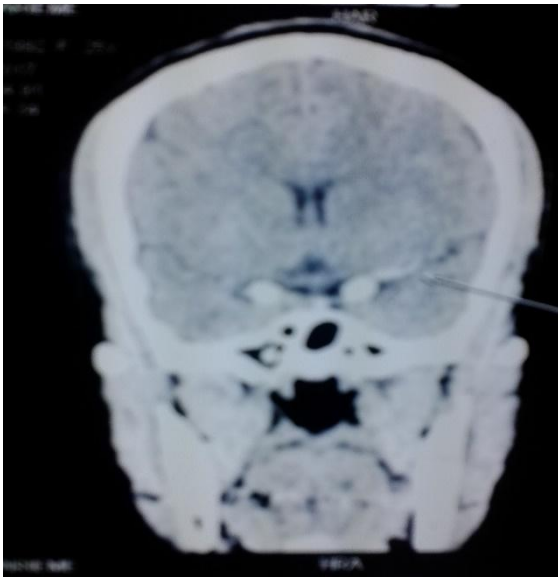


Figure 1 : TDM crano-encephalique sans injection, coupe coronale apres reconstruction montrait à l'étage sus tentoriel, une hyperdensité spontanée du segment M2 de l'artère cérébrale moyenne gauche, traduisant la présence d'un caillot frais dans l'artère cérébrale concernée (flèche).

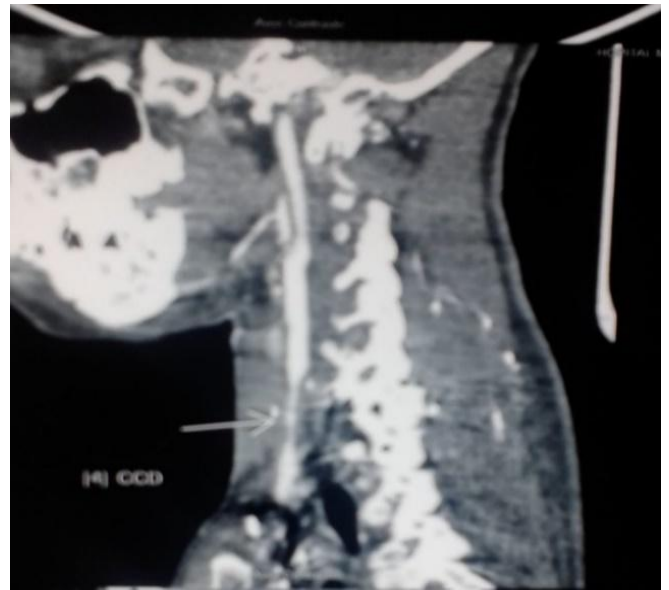


Figure 3 : Angioscanner des vaisseaux supra aortiques, reconstruction sagittale, mettait en évidence une sténose longue, centrée et irrégulière de la carotide commune droite (flèche).

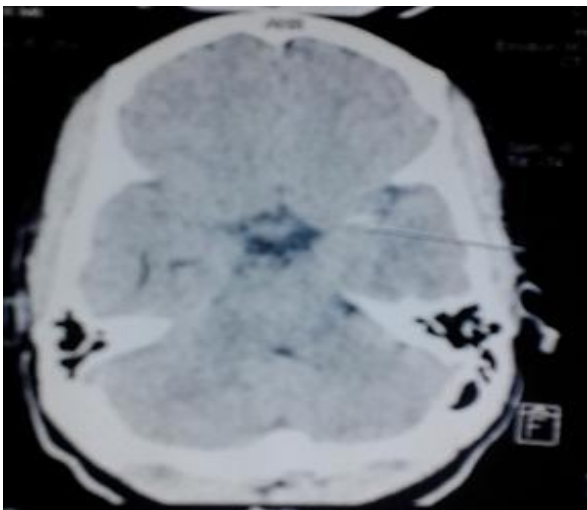


Figure 2 : TDM crano-encéphalique sans injection, coupe axiale, objectivait à l'étage sus tentoriel, une hyperdensité spontanée du segment M2 de l'artère cérébrale moyenne gauche (flèche).



Figure 4 : Angioscanner des vaisseaux supra aortiques, coupe axiale objective une sténose de la carotide interne gauche (flèche).

Discussion

La maladie de Takayasu est rare, selon Waern A et al, son incidence est estimée à environ 1.6 cas/million/an dans la région d'Uppsala [5]. Par contre, l'incidence de cette affection serait plus élevée selon une étude nord-américaine qui rapportait 2,6 cas/million/habitants [6]. De par sa rareté et son caractère chronique, la prévalence de la maladie de Takayasu est estimée à 40 cas/million d'habitants au Japon [4].

Il a été décrit que la femme jeune est majoritairement atteinte, tel que notifié par Hsaini Y et al [7]. Notre patiente était âgée de 24 ans, cela corrobore avec les données de la littérature qui rapportaient que cette pathologie surviendrait au cours de la deuxième ou troisième décennie avec un âge moyen de 28,5 ans [2]. Sur le plan épidémiologique, la maladie de Takayasu est plus répandue en extrême Orient, au Mexique et dans le pourtour méditerranéen [8].

En Afrique subsaharienne, en particulier au Sénégal la prévalence de la maladie de Takayasu n'est pas connue [4]. Néanmoins, trois cas ont été décrits en 1982 par Dano P. et al [9] et un cas en 2010 par Ndongo S. et al [10]. Cependant la rareté de cette pathologie dans nos régions pourrait s'expliquer par un nombre insuffisant de médecins spécialistes et le faible niveau des outils de diagnostic. Il a été documenté que pendant la phase occlusive, la maladie de Takayasu peut être révélée exceptionnellement par un infarctus cérébral tel que rapporté par plusieurs auteurs [7].

Le mécanisme de survenue de l'infarctus cérébral dans cette affection diffère selon la phase d'évolution de la maladie [7]. Pendant la phase pré-occlusive, un épaissement inflammatoire de la paroi artérielle des troncs supra aortiques se forme avec constitution de micro-embolies

inflammatoires qui vont se détacher et être responsables d'atteintes ischémiques au niveau cérébral. Tandis que, la phase occlusive est caractérisée par une installation de fibrose qui va aboutir à des lésions sténo-occlusives, ces dernières constituent une source de complications neurologiques en particulier la diplopie, perte de connaissance et rarement un infarctus cérébral [2]. Au Maroc, des auteurs avaient rapporté sept patients atteints de Takayasu dont le mode de révélation était un infarctus cérébral [7]. En Tunisie, certains auteurs avaient retrouvé un cas révélé par un infarctus cérébral sur 27 patients atteints de maladie de Takayasu [2].

Par ailleurs, notre patiente présentait des céphalées chroniques. Cela a été décrit dans la phase occlusive de la maladie, avec une fréquence de 57% au moment du diagnostic pour certains auteurs [11]. Sur le plan radiologique, notre patiente a bénéficié d'un angiogramme des troncs supra aortiques qui avait objectivé des lésions sténosantes des carotides communes. Cette atteinte des troncs supra aortiques a aussi été constatée par plusieurs auteurs avec un pourcentage variable selon les études, 100 % dans la série de Kerr [12] et 79 % dans la série d'El Asir [1]. Par contre, l'angiogramme des troncs supra-aortiques n'a pas révélé d'épaississement de la paroi artérielle chez notre patiente tout comme N. Ghannouchi et al qui n'avaient pas retrouvé d'épaississement, mais plutôt des lésions sténosantes. En effet, lors de la phase chronique, l'épaississement artériel peut manquer ou être plus discret (2 - 3 mm) et plus irrégulier [13]. L'écho-doppler des vaisseaux supra aortiques, malgré sa variété selon le prestataire, est aussi un moyen d'exploration à viser diagnostique dans la maladie de Takayasu.

Il a été constaté une corrélation entre la maladie de Takayasu et la tuberculose selon plusieurs auteurs [14]. Cependant dans notre cas la recherche de la

tuberculose a été négative. Notre patiente a bénéficié d'une corticothérapie en raison de 1mg/kg/j de prednisone pendant un mois conformément à la littérature [4] associé à un traitement adjuvant avec d'une réduction progressive de la corticothérapie à partir du deuxième mois. Certains auteurs font recours aux immunosuppresseurs en cas de rechute ou d'absence de réponse au traitement à bases de corticoïdes. Cependant l'intervention chirurgicale est rarement indiquée. La chirurgie des troncs supra-aortiques n'est proposée qu'en cas d'atteinte sévère de plusieurs axes à destinée encéphalique associée à des symptômes neurologiques, toutefois le risque de rechute post chirurgicale existe [4].

En plus du traitement médical, notre cas a été orienté en chirurgie vasculaire et en rééducation physique et réadaptation fonctionnelle pour une prise en charge multidisciplinaire. Le pronostic vital de cette pathologie sous traitement par les corticoïdes comme l'ont décrit plusieurs auteurs est généralement bon avec un taux de survie à 5 ans estimé à plus de 90% en absence d'éventuelles complications. Selon Mwipatayi PB et al, la présence d'infarctus cérébral diminuerait le taux de survie à 5 ans qui serait de l'ordre 50% [15].

L'évolution de notre cas après 5 mois sous corticoïdes et rééducation était favorable avec une force musculaire cotée à 4/5 comparativement à une force musculaire à 0/5 initialement. Par contre, l'aphasie de Broca était sans amélioration avec une persistance de la suspension du langage expressif.

Conclusion

La maladie de Takayasu est une affection rare sous diagnostiquée dans nos contextes. Il faut y penser devant toute patiente jeune présentant des

symptômes neurologiques focaux, accompagnés d'une asymétrie des chiffres tensionnels, des souffles carotidiens et/ ou une diminution des pouls radiaux.

* Correspondance:

Abdourahaman Aboubacar Nahantchi
(anainterne712@gmail.com)

¹Clinique des Neurosciences Ibrahima Pierre Ndiaye, CHUN Fann, Dakar, Sénégal

²Service de Médecine physique et Réadaptation Fonctionnelle, CHUN Fann, Dakar, Sénégal

Reçu: 30 Sept, 2017; Accepté: 26 Oct, 2017 Publié: 27 Oct, 2017

© Journal of african clinical cases and reviews 2017

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

- [1] El Asri A, Tazi-Mezalek Z, Aouni M, Adnaoui M, Mohattane A, Bensaid Y et al.
- [2] Ghannouchi Jaafoura N, Khalifa M, Rezgui A, Alaoua A, Ben Jazia E, Brahama A et Al. La maladie de Takayasu dans la région centre de la Tunisie À propos de 27 cas. J Mal Vas.2010;35:4-11
- [3] Diouf Cheikh T, Diop M, Ayi AYYI M, Fall Papa D, Ndiaye A et al La maladie de Takayasu, une pathologie rare en Afrique Sub Saharienne : à Propos d'un cas. J Afr Imag Méd. 2016; 8:1-6.
- [4] Mirault T, Messasa E, Takayasu arteritis. Rev Med interne. 2016; 37:223-229.
- [5] [Waem AU, Andersson P, Hemmingsson A. Takayasu's arteritis: a hospital- region based study on occurrence, treatment and prognosis. Angiology.1983; 34:311-20.
- [6] Hall S , Barr W, Lie JT, Stanson AW, Kazmier FJ, Hunder GG. Takayasu arteritis. A Study of 32 North american patients Medicine Baltimore.1985; 64: 89-99.
- [7] 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 :1577.

- [8] Frigui M, Koubaa M, Kechaou M, Ben Salah R, Maazoun F et al. Maladie de Takayasu au sud tunisien : une étude de 32 cas. Rev Med interne. 2009; 30:S328.
- [9] Dano P, Dérosier C, Renambot J et al. Takayasu disease, 3 cases in Senegal Dakar. Med. 1982; 27:397-406.
- [10] Ndongo S, Diallo S, Tiendrebeogo J et al. Systemic vasculitis: study of 27 cases in Senegal. Med Trop. 2010; 70 :264-6.
- [11] Lupi-Herrera E, Sanchez-Torres G, Marcushamer J, Mispireta J, Horwitz S, Vela JE. Takayasu's arteritis. Clinical study of 107 cases. Am Heart J 1977; 93:94-103.
- [12] Keer GS, Hallahan CW, Gordano j, Leavitt RY, Faud AS, Rotten M et al Takayasu arteritis Ann int Med 1994; 120:919-29.
- [13] Arnaud L, Haroche J, Limal N, Toledano D, Gambotti L, Chalumeau NC et al. Takayasu arteritis in France. Medicine Baltimore. 2010; 89:1-17.
- [14] Soto ME, Espinola N, Flores-Suarez LF, Reyes PA. Takayasu arteritis: clinical features in 110 Mexican Mestizo patients and cardiovascular impact on survival and prognosis. Clin Exp Rheumatol. 2008; 26: S915.
- [15] Mwipatayi PB, Jeffery PC, Beningfield SJ, Malley PJ, Naidoo NG, Kalla AA et al. Takayasu arteritis : clinical features and management: report of 272 cases. ANZ J surg. 2005; 75:110-7.

Pour citer cet article:

Nahantchi Abdourahaman Aboubacar, Ntenga patrice
Gaye Ndiaga Matar *et al* Infarctus cérébral révélant une
maladie de Takayasu chez une jeune femme sénégalaise : À
propos d'un cas. *Jaccr Africa*. 2017; 1(2) : 28-33.