

Artérite à cellules géantes entraînant une dysphagie évolutive et une nécrose de la langue

Caroline Payen, MBBS, Florentin Kucharczak PhD, Valentin Favier MD PhD

■ Citation : *CMAJ* 2022 March 21;194:E420. doi : 10.1503/cmaj.211483-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.211483

On a hospitalisé un homme de 72 ans atteint depuis 1 mois d'une dysphagie évolutive gênant la consommation d'aliments solides qui a entraîné une perte de poids de 10 kg. Le patient a mentionné une consommation d'alcool et de tabac, mais ne présentait pas de problèmes de santé connus. Les résultats d'un examen oral et d'une tomodensitométrie (TDM) de la tête et du cou étaient normaux, mis à part une mauvaise dentition. Des analyses de laboratoire ont révélé un taux de protéine C réactive élevé (54,4 [plage normale < 5] mg/L) et une numération leucocytaire normale (6,83 [plage normale 4,0–10,0] $\times 10^9/L$). Les résultats obtenus d'une gastroscopie et d'un examen de déglutition barytée étaient sans particularités. Le patient a obtenu son congé sans avoir reçu de diagnostic.

Le patient s'est présenté de nouveau à l'hôpital 1 semaine plus tard avec d'importantes douleurs orales et maxillaires et une dysphagie persistante. Nous avons découvert une lésion linguale recouverte d'un dépôt blanchâtre (figure 1A). Les résultats d'une seconde analyse des taux de protéine C réactive étaient de 117,6 mg/L et la numération leucocytaire du patient atteignait $11,04 \times 10^9/L$. Deux jours plus tard, la lésion linguale gauche était devenue nécrosée (figure 1B). Nous avons soupçonné une maladie maligne et avons procédé à un examen panendoscopique ainsi qu'à une biopsie de la langue. Nous n'avons trouvé aucune autre lésion. Les résultats histopathologiques ont révélé une nécrose tissulaire ischémique complète sans symptômes de maladie maligne ou de vascularite. Nous avons demandé une angiographie tomodensitométrique afin de déterminer la cause de l'ischémie de la langue qui a montré un rétrécissement luminal isolé de l'artère linguale gauche. Parce que nous soupçonnions une artérite à cellules géantes, nous avons procédé à une biopsie de l'artère temporale. Cette biopsie a confirmé une artérite granulomateuse, compatible avec une artérite à cellules géantes.



Figure 1 : (A) Lésion blanchâtre sur la bordure gauche de la langue chez un homme de 72 ans atteint d'une dysphagie évolutive gênant la consommation d'aliments solides depuis 5 semaines. (B) Nécrose secondaire sur la bordure gauche de la langue du patient, 2 jours plus tard.

Nous avons amorcé un traitement à la méthylprednisolone (250 mg/j pendant 3 j) suivi par de la prednisone (1 mg/kg/j). La langue du patient a guéri, puis la douleur et la dysphagie se sont résorbées.

L'artérite à cellules géantes, ou artérite temporale, présente une prévalence de 1 cas sur 500 patients¹ et touche les artères de grands et moyens calibres, comme les branches de l'artère carotide. Les symptômes courants comprennent des céphalées, une sensibilité du cuir chevelu, une claudication intermittente massétérine, des manifestations ischémiques oculaires et une arthralgie inflammatoire. La dysphagie et la nécrose de la langue ne sont pas des manifestations fréquentes de l'artérite à cellules géantes, associée avec un risque élevé (50 %) de récurrence². La nécrose de la langue présente plusieurs diagnostics différenciés en plus de la vascularite, comme une maladie maligne, une embolie ainsi que des effets indésirables reliés à la consommation de drogues et à l'exposition aux radiations¹.

Une thérapie aux corticostéroïdes devrait être amorcée dès que la présence d'une artérite à cellules géantes est soupçonnée. On suggère un traitement à la prednisone à une dose de 1 mg/kg/j pendant 6 semaines³.

Références

1. Zaragoza JR, Vernon N, Ghaffari G. Tongue necrosis as an initial manifestation of giant cell arteritis: case report and review of the literature. *Case Rep Rheumatol* 2015;2015:901795.
2. Barbosa de Siqueira Sobrinho RA, Alvino de Lima KC, Carvalho Moura H, et al. Tongue necrosis secondary to giant cell arteritis: a case report and literature review. *Case Rep Med* 2017;2017:1-5.
3. DeBord LC, Chiu I, Liou NE. Delayed diagnosis of giant cell arteritis in the setting of isolated lingual necrosis. *Clin Med Insights Case Rep* 2019;12:1179547619857690.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été soumis à l'examen des pairs.

Les auteurs ont obtenu le consentement du patient.

Affiliations : Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale, Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, Montpellier, France.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction de tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Correspondance : Valentin Favier, Valentin_favier@hotmail.com

Les images cliniques sont choisies pour leur caractère particulièrement intéressant, classique ou impressionnant. Toute soumission d'image de haute résolution claire et bien identifiée doit être accompagnée d'une légende aux fins de publication. On demande aussi une brève explication (300 mots maximum) de la portée éducative des images, et des références minimales. Le consentement écrit du patient au regard de la publication doit être obtenu avant la soumission.