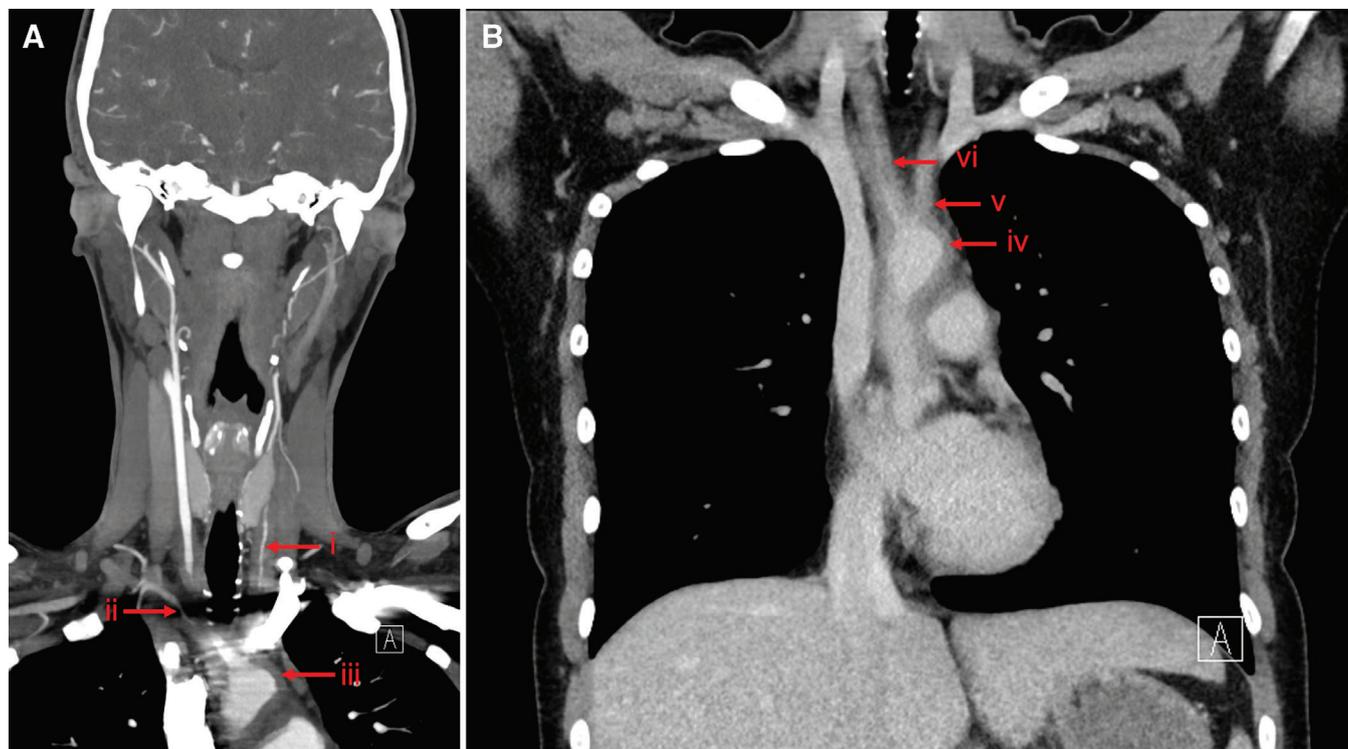


## Une femme de 29 ans atteinte d'épisodes répétitifs de syncope

Kaleigh Ducas-Mowchun MD, Jessica Cudmore MD, Andrew MacDiarmid MD

■ Citation : *CMAJ* 2023 February 21;195:E274-5. doi : 10.1503/cmaj.220868-f

Voir la version anglaise de l'article ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.220868](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.220868); pour lire un témoignage d'une patiente atteinte d'artérite de Takayasu voir [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230077-f](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230077-f)



**Figure 1 :** (A) Examen angiographique par tomodensitométrie d'une femme de 29 ans atteinte d'épisodes de syncope répétitifs, révélant un rétrécissement critique de l'artère carotide commune gauche (i) et de l'artère subclavière droite (ii) ainsi qu'un épaississement de la paroi de l'arc aortique (iii). (B) Examen de perfusion tomographique du thorax de la patiente montrant un rehaussement diffus de la paroi et un épaississement de l'arc aortique (iv), accompagnés d'un épaississement et d'un rétrécissement des vaisseaux de l'artère brachio-céphalique (v) et de l'artère carotide commune gauche (vi).

Une femme de 29 ans s'est présentée à la clinique de médecine interne souffrant depuis 2 mois de syncope posturale. Sa tension artérielle, mesurée dans la partie supérieure de son bras, était de 79/49 mm Hg et sa fréquence cardiaque était de 90 battements/min, sans changements posturaux. Les examens (dont un électrocardiogramme, une analyse sanguine de routine et un examen de la fonction surrénalienne) étaient sans particularités. Comme ses symptômes s'apparentaient à un syndrome de tachycardie posturale, nous avons amorcé l'administration de fludrocortisone de façon empirique.

Au cours des mois qui suivirent, les épisodes de syncope sont devenus plus fréquents et la patiente a commencé à ressentir des

maux de tête, de la fatigue et des paresthésies dans les membres supérieurs. Sa tension artérielle a chuté à 57/48 mm Hg, avec une fréquence cardiaque de 80 à 90 battements/min; nous avons observé que sa fréquence cardiaque était trop basse, compte tenu de sa faible tension artérielle. Cette observation nous a incités à examiner la présence d'une dysautonomie. Bien que son examen physique n'ait révélé aucun signe neurologique, nous avons envisagé un syndrome de pandysautonomie paranéoplasique ainsi qu'un syndrome myasthéniforme de Lambert-Eaton. Un examen cérébral d'imagerie par résonance magnétique a révélé une hyperintensité de la circulation postérieure dans le

cadre de séquences FLAIR (fluid-attenuated inversion recovery). Nous avons prescrit un examen tomodensitométrique thoracique accompagné d'une angiographie, lesquels ont démontré un épaississement périphérique de l'aorte thoracique et des grands vaisseaux, accompagné d'un rétrécissement critique des artères subclavière et carotide (figure 1), menant à un diagnostic d'artérite de Takayasu.

Les tensions artérielles des membres supérieurs et inférieurs obtenues après les examens d'imagerie médicale atteignaient 60/40 mm Hg and 140/70 mm Hg, respectivement; cette observation importante peut mener à un diagnostic plus précoce. Les pulsations ressenties dans les membres supérieurs, présentes initialement, étaient maintenant inexistantes. La vitesse de sédimentation érythrocytaire et les taux de pro-téines C réactives étaient normaux. Nous avons administré de la prednisone (1 mg/kg/j) et de l'azathioprine (50 mg/j, augmentée à 125 mg/j), mais la patiente a ultimement eu besoin de pontages artériels périphériques reliant l'aorte thoracique descendante à la carotide gauche et à l'artère subclavière gauche.

L'artérite de Takayasu est une vascularite des grands vaisseaux peu fréquente qui touche surtout les jeunes femmes<sup>1</sup>. La manifestation de symptômes insidieux et la rareté de la maladie rendent son dépistage difficile; le diagnostic est souvent retardé jusqu'à la manifestation d'incidents ischémiques<sup>1</sup>. La vitesse de sédimentation érythrocytaire et les taux de protéines C réactives constituent des marqueurs peu fiables de la phase active de la maladie, présentant une sensibilité et une spécificité déclarées de 75% de sorte que des examens d'imagerie médicale sont nécessaires pour poser le diagnostic<sup>2</sup>. Le traitement comprend l'administration de fortes doses d'agents immunosuppresseurs glucocorticoïdes et non glucocorticoïdes, les interventions chirurgicales étant réservées aux sténoses critiques<sup>3</sup>.

Le diagnostic de l'artérite de Takayasu nécessite un fort indice de suspicion. Les cliniciens devraient entreprendre un examen approfondi des pulsations et mesurer la tension artérielle dans différents membres chez les patients atteints de syncopes inexplicables afin de déceler la présence potentielle de causes vasculaires.

## Références

1. Zaldivar Villon MLF, de la Rocha JAL, Espinoza LR. Takayasu arteritis: recent developments. *Curr Rheumatol Rep* 2019;21:45.
2. Dua AB, Kalot MA, Husainat NM, et al. Takayasu arteritis: a systematic review and meta-analysis of test accuracy and benefits and harms of common treatments. *ACR Open Rheumatol* 2021;3:80-90.
3. Maz M, Chung SA, Abril A, et al. 2021 American College of Rheumatology/ Vasculitis Foundation guideline for the management of giant cell arteritis and Takayasu arteritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2021;73:1071-87.

**Intérêts concurrents :** Aucun déclaré.

Cet article a révisé par des pairs.

Les auteurs ont obtenu le consentement de la patiente.

**Affiliations :** Faculté de médecine Max Rady (Ducas-Mowchun); Section de médecine interne générale (Cudmore, MacDiarmid), Faculté de médecine Max Rady, Université du Manitoba, Winnipeg, Man.

**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 dans 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>

**Remerciements :** Les auteurs remercient la patiente de leur avoir accordé la permission de publier ce rapport. Ils voudraient aussi remercier la D<sup>re</sup> Colette Seifer pour la révision du manuscrit et le D<sup>r</sup> Adam Globerman pour son aide dans l'interprétation des images.

**Correspondance :** Kaleigh Ducas-Mowchun, [ducasmok@myumanitoba.ca](mailto:ducasmok@myumanitoba.ca)

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.