

**References:**

1. Viores SA, Sen H, Campochiaro PA. An adenosine agonist and prostaglandin E1 cause breakdown of the blood-retinal barrier by opening tight junctions between vascular endothelial cells. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1992;33:1870-8.
2. Ozdemir H, Karacorlu M, Karacorlu SA. Serous detachment of macula in cystoid macular edema associated with latanoprost. *Eur J Ophthalmol* 2008;18:1014-6.
3. Ozkan B, Karabali VL, Yüksel N, Cailar Y. Serous retinal detachment in the macula related to latanoprost use. *Int Ophthalmol* 2008;28:363-5.

**Fièvre prolongée chez le sujet âgé : penser à l'aortite.**

*Ines Kechaou, Eya Cherif, Imène Boukhris, Samira Azzabi, Zoulikha Kaouech, Anis Hariz, Chakib Kooli, Lamia Ben Hassine, Narjess Khalfallah.*

*Service de Médecine Interne B, Hôpital Charles Nicolle- Faculté de médecine de Tunis*

La maladie de Horton (MH) est la plus fréquente des vascularites des gros troncs, touchant les artères de moyen et de gros calibre [1]. Elle se rencontre chez le sujet de plus de 50 ans avec une prédominance féminine [1]. L'atteinte classique est celle des branches de la carotide externe [1]. L'atteinte de l'aorte et de ses branches est décrite comme étant rare, mais probablement sous-estimée en raison de son caractère souvent asymptomatique précédant le stade de complications [2].

Par ailleurs, une atteinte séreuse à type de péricardite est plus rarement rapportée. Une douzaine de cas ont été décrits dans la littérature [3].

Une association entre aortite et péricardite n'a pas été rapportée dans la littérature. Nous en rapportons une observation.

**Observation :**

Patiente âgée de 65 ans, hypertendue, admise pour exploration d'une altération de l'état général et une fièvre prolongée évoluant depuis 3 mois avant son admission. Elle se plaignait par ailleurs de douleurs cervicales irradiant aux épaules d'allure inflammatoire. Elle rapportait une céphalée récente depuis 3 mois. L'examen a révélé un état général conservé, une fièvre chiffrée à 38,5°C, une pâleur cutanée et muqueuse. Elle pesait 47,5 Kg pour une taille de 1,54m (BMI : 20 Kg/m<sup>2</sup>). La pression artérielle était à 160/90 mm Hg. L'auscultation cardiaque et pulmonaire était normale. Les pouls temporaux étaient présents et symétriques. Le reste de l'examen était sans particularités ainsi que l'électrocardiogramme.

Au bilan biologique, il y avait un syndrome inflammatoire biologique (Vitesse de sédimentation=150mm, fibrinémie = 8,56 g/L, protéine C réactive= 113,3 g/L, albuminémie=23,6 g/L, alpha2globulinémie=14,3 g/L, gamma globulinémie=18,5 g/L). La numération de la formule sanguine a montré une anémie normochrome normocytaire à 7,2 g/dL d'hémoglobine. Il y avait une cholestase modérée (gamma GT à 74 UI/l) sans cytolysé hépatique.

L'enquête étiologique (Hémoculture, examen cytot bactériologique des urines, radiographie du thorax, recherche BK dans les crachats, sérologies virales des hépatites B, C, Cytomégalovirus, Epstein Barr

virus, sérologies Wright et Vidal, bilan immunologique, endoscopies digestives) était négative. L'examen gynécologique ainsi que l'examen ORL étaient sans anomalies. L'échographie abdomino-pelvienne ainsi que la mammographie étaient normales. A l'échographie trans-thoracique, il y avait un épanchement péricardique circonférentiel de 15 mm, sans signe de compression. La tomodynamométrie thoraco-abdominale a révélé un épaississement pariétal circonférentiel et régulier de l'aorte thoracique et abdominale (Figure 1) ainsi que des deux artères iliaques primitives évoquant une artérite. L'écho-doppler des troncs supra-aortiques a montré un épaississement circonférentiel régulier de la carotide primitive droite et gauche (0,17mm), et de la carotide interne droite (0,12cm) et de la carotide externe droite (0,11cm). La biopsie de l'artère temporale a confirmé le diagnostic de la MH en montrant une artérite granulomateuse prédominant sur la média avec une rupture de la limitante élastique interne.

**Figure 1 :** TDM thoraco-abdominale montrant un épaississement pariétal circonférentiel et régulier de l'aorte abdominale.



Le diagnostic d'une maladie de Horton a été retenu devant la présence de 4 critères de l'ACR pour la maladie de Horton (1990) [4] : céphalées récentes, âge>50 ans, VS>50mm et la présence d'une panartérite granulomateuse à l'examen anatomopathologique de la biopsie de l'artère temporale. La patiente a été mise sous corticoïdes à la dose de 0,7 mg/kg/j de prednisone. Au bout d'une semaine de traitement, l'évolution était marquée par une amélioration de l'état général, une apyrexie, disparition des céphalées, des cervicalgies et de l'épanchement péricardique. Le syndrome inflammatoire biologique a nettement diminué : protéine C réactive : 16 mg/L, fibrinémie : 4,77 g/L et Vitesse de sédimentation : 75 mm.

**Conclusion**

Dans notre observation, l'enquête étiologique d'une fièvre prolongée en l'absence de points d'appels cliniques évidents a permis le diagnostic d'aortite. Le premier diagnostic à évoquer devant une aortite chez le sujet âgé est la maladie de Horton. Chez notre patiente,

la péricardite a été de découverte fortuite. L'association entre aortite et péricardite au cours de la MH est probablement sous-estimée en raison de leur caractère souvent pauci-symptomatique [5]. En conséquence, un dépistage systématique de ces complications semble raisonnable afin de prévenir les complications redoutables en particulier les anévrismes et les dissections aortiques.

#### **Références :**

- [1]: Hunder GG. The early history of giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica : first description to 1970. *Mayo Clinic Proc* 2006;81:1071-83.
- [2]: Marie Bossert, Clement Prati, Jean-Charles Balblanc, Anne Lohse, Daniel Wendling. Atteinte aortique dans la maladie de Horton : aspects actuels. *Rev rhum* 2011 ;78: 208-213.
- [3]: Moulis G, Sailler L, Astudillo L, Vernet J, Couret B, Arlet P. péricardite inaugurale d'une maladie de horton. *Rev Med Interne* 2010;31,46-8.
- [4]: Hunder GG, Bloch D, Michel BA et al. The American college of Rheumatology 1990 criteria for the classification of giant cell arteritis. *Arthritis Rheum* 1990,33: 1122-8.
- [5]: Laurance Josselin-Mahr, Tony Abi El Hessen, Cecile Toledano et al. Aortite inflammatoire au cours de la maladie de Horton. *Presse Med* 2013 ; 42 : 151-159.