

Étude des capacités diagnostiques d'une « fast-track clinic » de l'artérite à cellules géantes, du délai et des éléments influençant la décision d'instaurer une corticothérapie

Géraldine Dasnoy¹, Anne-Catherine Chapelle², Isabelle Hansen¹, Nicolas Lambert¹, Muriel Sprynger³, Marie Moonen³, Louis Rasquain⁴, Clio Ribbens⁴, Céline Regnier⁴, Christian von Frenckell⁴, Olivier Malaise⁴

Service de neurologie (1), d'ophtalmologie (2), de cardiologie (3) et de rhumatologie (4), CHU de Liège, Liège, Belgique

Introduction

L'artérite à cellules géantes (ACG) nécessite une prise en charge immédiate en raison d'un risque élevé de cécité ou d'événement neurologique. Une « fast-track clinic » (FTC), composée de rhumatologues, neurologues, cardiologues et neuro-ophtalmologue, a été développée dans notre centre universitaire : tout médecin rencontrant un patient suspect de présenter une ACG peut contacter la FTC qui rend un avis initial sur la probabilité du diagnostic et l'instauration d'une corticothérapie en urgence. L'objectif est d'étudier les capacités diagnostiques du premier avis rendu par la FTC et les facteurs influençant la décision immédiate d'instaurer une corticothérapie.

Matériel et méthodes :

Nous collectons les données anamnestiques, cliniques et biologiques disponibles à l'admission des patients suspects d'ACG dans un centre hospitalier universitaire, et l'avis rendu par la FTC sur l'instauration d'une corticothérapie en urgence. Cet avis est comparé au diagnostic finalement retenu (diagnostic confirmé si positivité de la biopsie d'artère temporale, du PET-scanner ou de l'échographie). Les appels pour un patient avec un diagnostic antérieur d'ACG ont été exclus.

Résultats

116 patients ont été adressés à la FTC ACG (âge moyen : 73 +/- 9 ans, 52% de femmes) entre octobre 2021 et juin 2025. Les éléments recueillis lors du premier contact étaient des céphalées (72%), un symptôme ophtalmologique (58%) ou neurologique (10%), des douleurs articulaires (41%), une anomalie de l'artère temporale (37%), ainsi qu'une CRP (73%) ou une VS élevée (54%). Parmi eux, 84 (72%) ont été considérés comme suspects d'ACG et ont été traités immédiatement par corticoïdes (bolus intra-veineux : 55% ; per os : 45%). Les 32 autres patients (28%) n'ont pas été traités immédiatement.

Parmi les 84 patients traités, le diagnostic d'ACG a été confirmé chez 50 (60%). Parmi les 34 patients non traités, 1 (3%) a reçu un diagnostic d'ACG à la fin du bilan. La sensibilité et la spécificité de ce premier avis est de 98 et 47% respectivement (VPN de 97% ; VPP de 60%). Cette spécificité moindre ne s'améliore pas avec le temps. Par contre, le délai moyen d'instauration des corticoïdes s'améliore entre les 6 premiers mois d'existence de la FT et le reste ($p < xxx$).

Rétrospectivement, les seuls éléments anamnestiques et cliniques plus fréquents dans le groupe traité immédiatement en raison d'une haute suspicion d'ACG sont une perte de poids ($p=0,02$) et une claudication de la mâchoire ($p=0,007$), ainsi que la présence d'une CRP ou d'une VS élevée ($p < 0,0002$). La présence d'un symptôme visuel ($p < 0,00001$) et d'une anomalie clinique de l'artère temporale était associée à l'instauration intraveineuse (versus per os) d'une corticothérapie, de même qu'une anomalie au fond d'œil ($p < 0,0009$) ou à la fluo-angiographie ($p < 0,00001$).

Discussion

L'activité de notre FT démontre une VPP excellente mais une moins bonne VPN, traduisant une attitude prudente, mais aboutissant à un sur traitement initial, qui ne se réduit pas avec le temps. Le délai d'instauration des corticoïdes, lui, s'améliore avec l'activité de la FTC. Rétrospectivement, dans une

population particulière de patients suspects d'ACG, peu d'éléments discriminent la décision de traiter en urgence.

Conclusion

Objectiver et chiffrer l'activité et les résultats d'une FTC est nécessaire afin d'identifier les points positifs (ici, la sensibilité et le délai d'instauration des corticoïdes) et les points à améliorer (spécificité moins bonne).

