

LE CAS CLINIQUE DU MOIS

Nécrose du cuir chevelu révélatrice d'une artérite à cellules géantes (maladie de Horton) (*)

S. SMITZ (1), V. HEINEN (2), H. VAN DAMME (3)

RÉSUMÉ : La nécrose du cuir chevelu est une manifestation inhabituelle de l'artérite à cellules géantes (maladie de Horton). L'observation présentée illustre cette forme clinique peu commune d'artérite à cellules géantes. Une nécrose étendue du cuir chevelu a été observée chez une patiente âgée de 78 ans. Le diagnostic d'artérite à cellules géantes a été confirmé par biopsie de l'artère temporale. Située en frontal gauche, la nécrose (7 X 4 cm) entrecoupait l'aponévrose épicroanienne et la thèque externe. L'approche thérapeutique comportait une corticothérapie, une anticoagulation et des soins de plaie. Une infection sévère de plaie (ostéite, abcès sous-épicroanien) a nécessité une antibiothérapie prolongée. La nécrose a guéri par seconde intention. La guérison de la plaie a été marquée par le développement d'une néovascularisation sous la partie exposée de la thèque externe et la résorption du tissu osseux nécrotique.

MOTS-CLÉS : Nécrose du cuir chevelu - Artérite à cellules géantes - Maladie de Horton - Abcès sous-épicroanien

L'artérite à cellules géantes (maladie de Horton) est la vascularite la plus fréquente chez les personnes âgées. Cette maladie a une prédilection pour les artères crâniennes extra-durales. Les symptômes de l'artérite à cellules géantes sont variés. La nécrose du cuir chevelu est une manifestation inhabituelle de cette vascularite(1,2). L'observation rapportée ici illustre cette forme clinique peu commune d'artérite à cellules géantes.

OBSERVATION

Une patiente âgée de 78 ans, est hospitalisée en raison de faiblesse, céphalées, anorexie et dysphagie. Depuis deux ans, la patiente décrit un inconfort au niveau de la mâchoire inférieure et une diminution progressive de l'acuité visuelle. Huit ans auparavant, la patiente avait présenté des vertiges, des bourdonnements d'oreille et une perte d'audition soudaine du côté droit. Deux ans plus tôt, une hémiparésie droite et une thrombose de l'artère centrale de la rétine avaient été observées. Un syndrome parkinsonien est traité par bromocriptine (10 mg/jour) et

(1) Chef de clinique, (2) Assistant hospitalier, Unité de Gériatrie, Département de Médecine Interne générale, (3) Chef de clinique, service de Chirurgie cardio-vasculaire, CHU de Liège, Sart Tilman

(*) Article original intitulé «Extensive scalp necrosis and subepicranial abscess in a patient with giant cell arteritis», par S. Smitz, V. Heinen et H. Van Damme, publié dans le Journal of the American Geriatrics Society (JAGS, 2004, 52, 165-166). Avec l'autorisation de Blackwell Publishing Ltd, éditeur du JAGS.

GIANT CELL ARTERITIS REVEALED BY SCALP NECROSIS

SUMMARY : Scalp necrosis is an uncommon manifestation of giant cell arteritis (GCA). In this paper, we report our experience with a 78-year old woman in whom extensive scalp necrosis developed as a complication of GCA. A left frontal defect (7 X 4 cm) involving full-thickness scalp was observed. The necrosis extended deeply, involving the epicranium and the outer table of the skull. The therapeutic approach included corticotherapy, anticoagulation and wound care. Severe wound infection (osteitis, subgaleal abscess) occurred, requiring prolonged antibiotherapy. Second intention healing was obtained using a conservative approach. During the healing process, areas of neovascularization developed beneath the exposed part of the outer table and the necrotic bone underwent resorption.

KEYWORDS : Scalp necrosis - Giant cell arteritis - Horton's disease - Subgaleal abscess

lévodopa (250 mg/jour). Les facteurs de risque cardio-vasculaire sont l'hypertension artérielle et le tabagisme.

A l'admission, la patiente nous apparaissait déprimée, son état fonctionnel était altéré. Elle décrivait une sensation de brûlure au niveau de la langue. L'acuité visuelle était fortement réduite à l'œil droit. L'examen de l'œil gauche révélait un ptosis, une réduction de la mobilité extrinsèque, une mydriase aréactive, une hypotonie, un oedème de la cornée et une perte totale de la vision. La langue était peu mobile et présentait des zones d'ischémie (figure 1). L'artère temporale droite n'était pas pulsatile.

Les résultats des examens biologiques étaient les suivants : nombre de plaquettes sanguines compris entre 496.000 et 856.000/mm³, VS 74 mm/h, glycémie 6.0 mmol/L, CRP 53 mg/L, anticorps anti-cardiolipine négatifs. A l'échographie duplex, athérosclérose carotidienne bila-

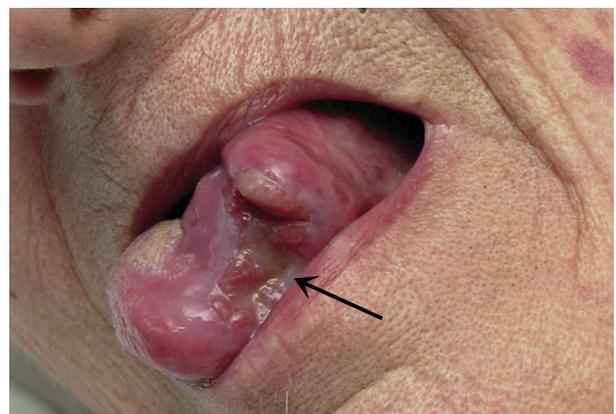


Figure 1 : zone blanchâtre au niveau de la langue (flèche) : ischémie résultant de l'artérite à cellules géantes

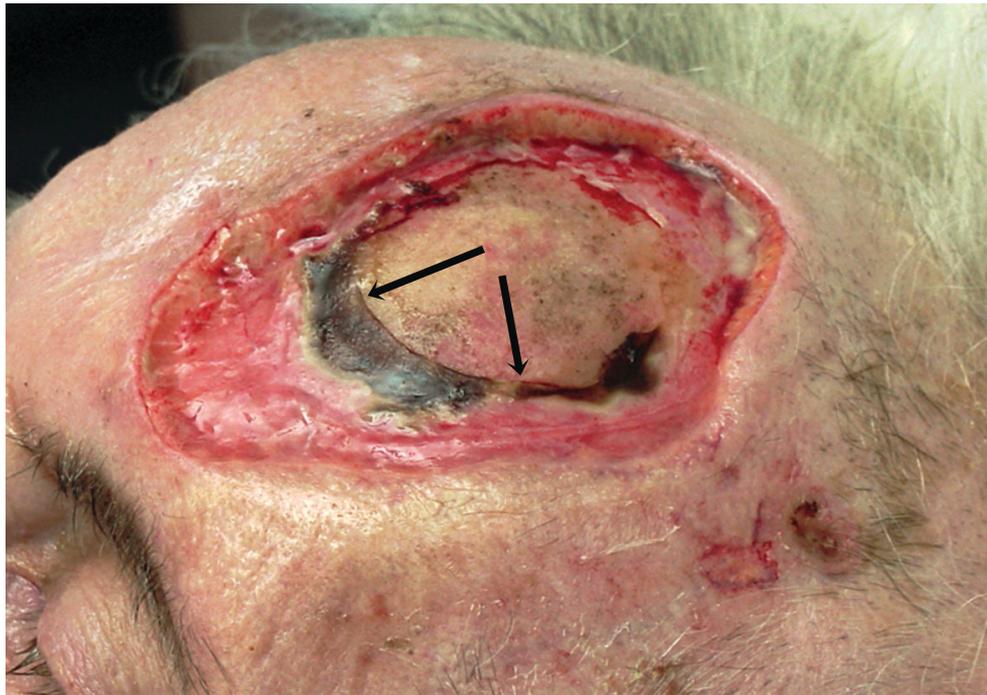


Figure 2 : Région frontale gauche. Nécrose étendue du cuir chevelu (7 X 4 cm). Nécrose localisée de l'aponévrose épicroanienne dont le bord est indiqué par des flèches. (Avec l'autorisation de Blackwell Publishing Ltd, éditeur du JAGS.)



Figure 3 : Région frontale gauche. Néovascularisation sous la partie exposée de la table externe et résorption de l'os nécrotique.

térale (sans sténose) et occlusion de l'artère ophtalmique gauche. L'examen par résonance magnétique nucléaire révélait des zones d'ischémie dans le tronc cérébral et un rétrécissement

de la lumière de l'artère basilaire. Les symptômes ont été attribués à l'athérosclérose, avec une atteinte des petits vaisseaux. Un traitement anticoagulant a été initié. Deux semaines plus

tard, une nécrose du cuir chevelu est apparue en région frontale gauche. La nécrose, qui progressait rapidement en profondeur, entreprenait l'aponévrose épicroticienne. Le diagnostic d'artérite à cellules géantes a été porté et une corticothérapie a été instaurée. L'examen de la biopsie de l'artère temporale a confirmé une artérite à cellules géantes typique. Trois jours après le début de la corticothérapie (méthylprednisolone, 64 mg/jour), la progression de la nécrose était arrêtée. A ce moment, nous observons une perte de substance fronto-pariétale gauche (7 X 4 cm) avec nécrose localisée de l'aponévrose épicroticienne, du périoste et dessiccation de l'os exposé (figure 2). L'approche thérapeutique comprenait une corticothérapie, sertraline, anticoagulants et un traitement humide de la plaie (pansement multicouches, solution de Ringer). Des complications infectieuses (ostéite, abcès sous-épicroticien) ont nécessité six semaines d'antibiothérapie intraveineuse (vancomycine, meropenem). La cicatrisation de la plaie du cuir chevelu, obtenue par seconde intention, était presque complète cinq mois plus tard. Le processus de cicatrisation a été marqué par le développement d'une néovascularisation sous la partie exposée de la tige externe et une résorption de l'os nécrosé (figure 3). La patiente a été transférée dans une maison de repos dans laquelle elle est décédée cinq mois plus tard.

DISCUSSION

La nécrose du cuir chevelu est une manifestation rare, mais importante de l'artérite à cellules géantes. En effet, la nécrose du cuir chevelu définit un sous-groupe de patients à haut risque de perte irréversible de la vision et de nécrose linguale(2-5). Le diagnostic de cette forme d'artérite à cellules géantes est souvent porté tardivement en raison de la confusion de la nécrose du cuir chevelu avec d'autres lésions cutanées(2,6-8). Chez certains patients, la nécrose peut s'étendre en profondeur, avec nécrose des os du crâne(9).

Notre observation est typique de cette forme sévère d'artérite à cellules géantes car notre patiente en présentait les complications majeures : nécrose du globe oculaire et ischémie linguale. Nous décrivons une autre complication: l'abcès sous-épicroticien. Cet abcès a été traité avec succès par une approche conservatrice. Plusieurs auteurs rapportent des difficultés pour obtenir la guérison de nécroses étendues du cuir chevelu, résultant d'une artérite à cellules géantes (2,3,7,9). Comme le montre la figure 3, la cicatrisation a été marquée par la régénération

de nouveaux vaisseaux sanguins. Cette néovascularisation pourrait impliquer un processus de vasculogénèse : recrutement de cellules endothéliales progénitrices de la moelle osseuse, transfert par voie sanguine et incorporation au niveau des sites à revasculariser. Cette hypothèse est confortée par les résultats d'études expérimentales qui ont montré une contribution de la vasculogénèse post-natale à la néovascularisation dans des conditions telles que l'ischémie et la guérison des plaies (10).

BIBLIOGRAPHIE

1. Baum EW, Sams WM Jr, Payne RR.— Giant cell arteritis : a systemic disease with rare cutaneous manifestations. *J Am Acad Dermatol*, 1982, **6**, 1081-1088.
2. Dudenhofer EJ, Cornblath WT, Schatz MP.— Scalp necrosis with giant cell arteritis. *Ophthalmology*, 1998, **105**, 1875-1878.
3. Currey J.— Scalp necrosis in giant cell arteritis and review of the literature. *Br J Rheumatol*, 1997, **36**, 814-816.
4. Pye M.— Lingual and scalp infarction as a manifestation of giant cell arteritis : delay in diagnosis leading to blindness. *J Rheumatol*, 1988, **15**, 1597-1598.
5. Soderstrom CW, Seehafer JR.— Bilateral scalp necrosis in temporal arteritis. A rare complication of Horton's disease. *Am J Med*, 1976, **61**, 541-546.
6. Bhatti MT.— Scalp necrosis and visual loss due to giant cell arteritis. *J Emerg Med*, 2001, **21**, 67-68.
7. Dummer W, Zillikens D, Schultz A, et al.— Scalp necrosis in temporal (giant cell) arteritis : implications for the dermatologic surgeon. *Clin Exp Dermatol*, 1996, **21**, 154-158.
8. Rudd JC, Fineman MS, Sergott RC et al.— Ischemic scalp necrosis preceding loss of visual acuity in giant cell arteritis. *Arch Ophthalmol*, 1998, **116**, 1690-1691.
9. Rigon JL, Schmutz JL, Cuny JF, et al.— Nécrose du cuir chevelu et de la voûte crânienne dans la maladie de Horton. *Ann Dermatol Venerol*, 1987, **114**, 1561-1565.
10. Ashara T, Masuda H, Takahashi T, et al.— Bone marrow origin of endothelial progenitor cells responsible for postnatal vasculogenesis in physiological and pathological neovascularization. *Circ Res*, 1999, **85**, 221-228.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr S. Smits, Unité de Gériatrie, CHU de Liège, Sart Tilman, B-4000, Liège, Belgique