

Communication affichée : Poster

Abstract

AVC ISCHEMIQUE REVELATEUR D'UNE MALADIE DE TAKAYASU AVEC ATTEINTE MULTI-ARTERIELLE

Dj. KHALLADI*¹ ; A. ESSALMA* ; W. AIT OUKACI *; S. DJABRI* ; C. FOGLOU* ;
W. ABDELLAOUI *

(*): *Service de neurologie, Centre hospitalier universitaire de Mostaganem, Algérie*

(¹) E-mail : serviceneuromosta@gmail.com

Introduction

La maladie de Takayasu est une artérite inflammatoire chronique des gros vaisseaux, touchant principalement l'aorte et ses branches. Les complications ischémiques, notamment l'AVC, sont rares mais graves, survenant le plus souvent par sténose ou occlusion artérielle. Le diagnostic peut être difficile, surtout chez les patients présentant des antécédents thrombo-emboliques multiples.

Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 43 ans, ayant des antécédents de multiples thromboses artérielles (fémoro-poplitées et tibiales) ayant conduit à une amputation de la cuisse droite en 2017. En février 2026, elle a été admise pour un AVC ischémique avec un score de NIHSS à 8, associé à des pouls faibles aux quatre membres. La tomodensitométrie cérébrale objectivait un infarctus ischémique dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne droite. L'évaluation cardiaque retrouvait un ventricule gauche hypertrophié, de bonne fonction systolique (FE 70%), l'angio-TDM thoraco-abdomino-pelvienne montrait : une sténose serrée de l'artère rénale droite responsable d'une souffrance rénale et de signes de néphropathie ischémique, sans foyer d'infarctus décelable ; une sténose serrée de l'artère fémorale commune droite sur une plaque athéromateuse. Le bilan rénal était par ailleurs correct. Ces anomalies vasculaires diffuses, associées à des antécédents thrombo-emboliques précoces, ont permis de retenir le diagnostic de syndrome de Takayasu.

La prise en charge a consisté en un traitement antiplaquettaire, contrôle de la tension artérielle et suivi multidisciplinaire vasculaire et neurologique

Discussion

L'AVC ischémique secondaire à la maladie de Takayasu est rare mais constitue une complication majeure, surtout en présence d'atteintes artérielles multiples. Les signes cliniques, tels que pouls faibles et antécédents thrombo-emboliques précoces, doivent faire suspecter cette vascularite des gros vaisseaux chez l'adulte jeune. L'angio-TDM ou l'angio-IRM sont essentiels pour identifier les sténoses et guider la prise en charge. Le traitement combine la corticothérapie et/ou immunosuppresseurs pour contrôler l'inflammation, avec la prévention des complications ischémiques par traitement antiplaquettaire ou interventions endovasculaires selon les cas. La surveillance multidisciplinaire est indispensable pour prévenir les récurrences ischémiques et préserver la fonction organique, notamment rénale et neurologique.