

Item191-Artérite à cellules géantes.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une maladie de Horton, une pseudo-polyarthrite rhizomélique, une maladie de Takayasu. - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Polycopiés nationaux > COFER: Maladie de Horton et pseudopolyarthrite rhizomélique > ASSIM: Maladie de Horton et pseudo-polyarthrite rhizomélique	- Panartérite segmentaire et focale subaiguë - Granulome inflammatoire giganto-c. - AEG + céphalées chez un sujet âgé - Ophtalmo: BAV / amaurose / FO +++ - Abolition du pouls temporal / PPR - Claudication mâchoire / hypersthésie - Autres: neuro / Ao / artères / poumon - BAT: sans urgence / histologie (3x2) - VS ↑↑ / cholestase-cytolyse / ACL ↑ - Critères diagnostiques ACR: ≥ 3/5 - Aucun examen ne doit retarder le traitement - Corticoïdes attaque: 0.7 à 1-2mg/kg - Entretien et ↓ posologie sur ≥ 18M - Anti-thrombotique: aspirine ou HBPM - Prise en charge à 100% / suivi CRP - Arthromyalgie / raideur / horaire infl. - Att. scapulaire-pelviennne / symétrique - VS et CRP ↑ / radios N / Ac négatifs - Corticoïdes 0.3mg/kg / PO / ≥ 12M - Takayasu : maladie jeunes femmes sans pouls - Artériographie : sténoses/anévrismes - Gros troncs artériels (Aorte, AP, sous clav...)	- PPR = Horton / Horton = PPR - Age > 50ans + céphalées = PT - Bilan ophtalmologique (C/PC) -urgence thérapeutique - Corticoïdes avant la BAT - Bilan / MA aux corticoïdes

A. MALADIE DE HORTON

Généralités

Définition

- **Maladie de Horton**: vascularite systémique primitive à granulome giganto-cellulaire des branches des artères carotides externes

Epidémiologie

- Vascularite systémique la plus fréquente après 50ans (p = 1/1000)
- **Association Horton et pseudo-polyarthrite rhizomélique**
 - Au total: Horton + PPR dans **40-50%** des cas
 - Association initiale = 20% des cas et Horton sur PPR dans 20%
- **Facteurs de risque**
 - âge: sujets > **50ans** +++ (99%)
 - sexe: F > H: sex ratio = 2-3/1
 - distribution géographique: Nord > Sud

Histologie

- Panartérite (=les 3 tuniques de la paroi vascu) / segmentaire et focale / granulomateuse / giganto-cellulaire
- atteignant préférentiellement l'a. carotide externe (a. temporale +++)

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain**: typiquement: femme > homme / âge > **50ans**
 - **Anamnèse**: rechercher des épisodes de troubles visuels transitoires (amaurose fugace / CMT)+++
 - **Signes fonctionnels**
 - **signes généraux**
 - **AEG**: asthénie constante / souvent au 1er plan
 - Fébricule au long cours / rarement fièvre élevée
 - syndrome pseudo grippal trainant
 - **céphalées +++**
 - !! révélatrices dans 60% des cas
 - Nocturnes / insomniantes / unilatérales (++) ou bilatérales
- **Examen physique**
 - **Atteinte ophtalmologique (A savoir !)**
 - !! Fait la **gravité** de la maladie: risque de cécité bilatérale irréversible: **FO** +++
 - Tout est possible: BAV / flou / diplopie binoculaire / amaurose transitoire fugace
 - **Atteintes vasculaires faciales (branches de l'artère carotide externe)**
 - Induration des artères et abolition du **pouls temporal** / uni ou bilatérale / dl sur le trajet des artères temporales
 - Claudication douloureuse de la mâchoire à la mastication (a. maxillaire int.)
 - glossodynies (artère linguale)
 - Hyperesthésie ou douleur du cuir chevelu (signe du peigne ou signe du scalp)
 - **Atteintes vasculaires non faciales (atteintes d'autres artères)**
 - **Aortite** (« Sd de l'arc aortique »): **anévrisme Ao** / DAo / IAo) = asymétrie PA
 - **Neurologique: AVC** (a. carotide) / mononeuropathies multiples (vasa nervorum)
 - **Ischémie**: coronaire (**angor**) / membres (sup > inf: AOMI) / mésentérique
 - **Respiratoire: toux** sèche isolée / nocturne / persistante (artérite a. pulmonaires)
 - **Rénale**: HTA réno-vasculaire sur sténose des artères rénale (cf **Néphropathie vasculaire.**)
 - **Rechercher une PPR associée +++**
 - Douleurs inflammatoires des ceintures scapulaires et pelviennes (cf infra)

Examens complémentaires

- **!! AUCUN examen ne doit retarder le traitement**: [céphalées + VS ↑] = corticoïdes (**A savoir !**)
- **Pour diagnostic positif**
 - **Bilan inflammatoire**
 - **VS** ↑ +++ (> 50mm à H1) / CRP ↑ (> 6mg/L): quasi-constant
 - NFS-P: anémie inflammatoire normochrome microcytaire
 - EPP: hyper-α2 et hyper-gamma-globulinémie polyclonale
 - **Biopsie de l'artère temporale (BAT) +++**
 - **Indications**
 - Quasi-systématique devant: céphalées chez patient > 50ans + VS élevée
 - Pas indispensable au diagnostic / n'élimine **pas** le diagnostic si négative
 - !! Après le début des corticoïdes si forte suspicion (positive jusqu'à J10)
 - **Modalités**
 - Guidée par clinique (palpation-côté douloureux-côté de l'atteinte ophtalmo) +/- écho-doppler / envoi en **anapath avec information du pathologiste**
 - Biopsie sur **≥ 3cm** / bloc analysé en **totalité** (cf atteinte segmentaire)
 - **Résultats (4x2)**
 - **Panartérite** inflammatoire subaiguë / touchant les 3 tuniques (intima + média + adventice)
 - Atteinte **segmentaire** et **focale** / avec granulome giganto-cellulaire sans nécrose caséuse
 - Infiltrat inflammatoire de la média / épaissement fibreux de l'intima
 - Destruction de la limitante élastique interne / des c. ML de la média
- **Pour évaluation du retentissement**
 - **Bilan ophtalmologique (A savoir !)**
 - **Fond d'oeil** / angiographie à la fluorescéine; peut montrer: (cf **Anomalie de la vision d'apparition brutale.**)
 - Neuropathie optique ischémique antérieure aiguë (NOIAA; 75%) +++
 - Oblitération de l'artère centrale de la rétine (OACR; 20%)
 - Neuropathie optique rétro-bulbaire (NORB; 5%)
 - **Bilan hépatique: TA-GGT-PAL**

- Cytolyse (↑ TA) + **cholestase** (↑ GGT/PAL) = fréquentes (1cas/3)
- **AngioTDM thoracique +/- ETT**
 - Recherche une aortite: épaissement de la paroi de l'aorte
 - Complication à surveiller: dilatation de l'aorte ascendante ++
- **Bilan immunologique**
 - **Ac anti-cardiolipine** ↑ dans 30% des cas (!! prédictif de complications)
 - AAN et FR: normaux
- **Pour bilan pré-thérapeutique**
 - **Bilan pré-corticoïdes (A savoir !)** (cf [Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant](#). Connaître pour chacune les mécanismes d'action de classe et des produits individuels, les principes du bon usage, les critères de choix d'un médicament en première intention, les causes d'échec, les principaux effets indésirables et interactions)
 - **!! En urgence, se limiter à:** [BU-ECBU / iono(K+) / glycémie / ECG]
 - **Après avoir débuté la corticothérapie:** ostéodensitométrie osseuse
 - **Et selon contexte:** hCG si femme jeune / ivermectine si Antilles, etc.
 - **ATCD psy** : risque décompensation
 - **Bilan pré-BAT** = hémostase: TP-TCA
- **Pour rechercher des diagnostics différentiels**
 - **Devant AEG + fièvre au long cours**
 - IDR +/- BK tubages/crachats : recherche de tuberculose (si toux ++)
 - Hémo cultures +/- ETT: rechercher une endocardite
 - Ex. clinique: aires Gg / souffle / phlébite / Ex. ORL, etc.

Critères diagnostiques de l'ACR

- **Diagnostic de maladie de Horton si ≥ 3 critères sur 5 parmi:**
 - Age de début > 50ans
 - Céphalées récentes
 - Induration ou abolition du pouls temporal
 - VS = ↑ (> 50mm à H1)
 - BAT = vascularite avec infiltrat + cellules géantes

Diagnostics différentiels

- **Devant l'AEG:** endocardite subaiguë / cancer / BK...
- **Devant les céphalées:** migraine, méningite, trijumeau...cf [Céphalée aiguë et chronique chez l'adulte et l'enfant](#).
- **Devant l'atteinte rhizomélique:** PPR: !! en association ++
- **Devant l'atteinte ophtalmo:** cf [Anomalie de la vision d'apparition brutale](#).
- **Devant l'artérite temporale:** Takayasu / PAN / Wegener / amylose...

Evolution

Evolution sous traitement

- !! « amélioration spectaculaire »
- Amélioration des céphalées + douleurs rhizoméliques sous 72h = **test thérapeutique +++**
- Normalisation de la CRP avant la VS (3-4S) = marqueur de choix pour suivi
- Normalisation lente de l'histologie (donc BAT après début des corticoïdes: **A savoir !**)

Complications en l'absence de traitement

- **Atteinte ophtalmologique +++ (~ 20%)**
 - Le plus souvent sous forme de cécité monoculaire brutale (amaurose)
 - Peut évoluer vers une cécité monoculaire définitive (5%) ou bilatérale (2%)
 - **L'amaurose est secondaire à:**
 - Neuropathie optique ischémique antérieure aiguë (NOIAA; 75%)
 - Oblitération de l'a. centrale de la rétine (OACR; 20%)
 - Neuropathie optique rétro-bulbaire (NORB; exceptionnelle)
- **Atteinte vasculaire extra-temporale**
 - **Atteinte respiratoire**
 - Toux sèche isolée / nocturne / persistante (artérite a. pulmonaires)
 - **Atteinte neurologique**
 - AVC (a. carotide) / mononeuropathies multiples (vasa nervorum)
 - Troubles neuropsychiques: désorientation +/- troubles de l'humeur
 - **Atteintes vasculaires non faciales**
 - Aortite (« syndrome de l'arc Ao »): anévrisme / dissection / IAo..
 - Ischémie: des membres (sup.> inf.) / coronaire / mésentérique
 - la corticothérapie ne prévient pas la formation d'anévrismes de l'Ao asc -> suivi prolongé+++

Complications iatrogènes

- = celles de toute corticothérapie prolongée +++ (cf Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant. Connaître pour chacune les mécanismes d'action de classe et des produits individuels, les principes du bon usage, les critères de choix d'un médicament en première intention, les causes d'échec, les principaux effets indésirables et interactions)
 - Ostéoporose / infections / athérosclérose / hypokaliémie / diabète
 - Autres: amyotrophie, troubles neuro-psychiques, etc.

Traitement

Mise en condition

- Maladie de Horton = **urgence**: pronostic fonctionnel ophtalmologique engagé +++
- **Hospitalisation** / en urgence / en médecine / pour initiation de la corticothérapie
- Puis suivi en ambulatoire pendant toute la corticothérapie

Traitement étiologique = corticothérapie +++

- **Indication**
 - systématique et en urgence dès que suspicion de maladie de Horton
 - cf si amélioration rapide = confirmation diagnostique (**avant** la BAT: **A savoir !**)
- **Modalités**
 - **Traitement d'attaque**
 - jusqu'à normalisation de la VS et de la CRP(3 à 4 semaines en général)
 - **Horton non compliqué**: prednisone (Cortancyl®) à 0,5-0.7 mg/kg/j PO
 - **Horton compliqué (ophtalmo)** : bolus MP IV 1g/j sur 3J puis prednisone 1mg/kg/j PO
 - **Traitement d'entretien au décours**
 - décroissance progressive / par pallier / sous surveillance de la VS
 - dose minimale efficace / durée totale **≥ 18 mois** (18-24M en pratique)
 - **Remarque**: alternative si corticorésistante: discuter méthotrexate / anti-paludéens...

Traitement anti-thrombotique

- **Anti-agrégant plaquettaire**: **aspirine** 75mg/j PO (que le Horton soit compliqué ou non) (systématique COFER 2012)
- **!! Dans tous les cas**: prise en charge des **FdR CV**: équilibrer HTA, diabète, etc + **Co morbidités**

Mesures associées

- Prise en charge à **100%** (ALD3)
- **Mesures associées aux corticoïdes +++ (6)**
 - **Education du patient**: ne pas arrêter brutalement / Cs en urgence si fièvre
 - **Régime**: pauvre en sel-glucides-lipides / riche en potassium-protides
 - **P° troubles métaboliques**: Diffu-K® / contrôle glycémie et EAL
 - **P° ostéoporose**: Calcium / Vitamine D / DMO et biphosphonates
 - **P° des infections**: vaccination anti-grippale / anti-pneumococcique
 - **P° risque CV** : contrôle FdR / arrêt tabac / exercice physique
 - **!! Si AVK + corticoïdes**: IPP pour prévention de l'UGD

Surveillance

- **Clinique**
 - Efficacité = amélioration de la PPR / des céphalées / signes visuels..
 - Tolérance = C° des corticoïdes +++ : PA / poids / psychique (cf Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant. Connaître pour chacune les mécanismes d'action de classe et des produits individuels, les principes du bon usage, les critères de choix d'un médicament en première intention, les causes d'échec, les principaux effets indésirables et interactions)
- **Paraclinique**
 - Efficacité = **CRP** +++ : 1x/S pendant le traitement d'attaque puis 1x/M, VS mensuelle
 - Tolérance = NFS-iono-glycémie (1x/M) / ECBU-RTx (1x/6M)

B. PSEUDO-POLYARTHRITE RHIZOMÉLIQUE

Généralités

Définition

- PPR = arthromyalgies infla proximales des ceintures scapulaire et pelvienne

Epidémiologie

- **Association Horton / PPR +++**
 - Au total: Horton + PPR dans **40-50%** des cas

- Association initiale = 20% des cas et Horton sur PPR dans 20%
- **donc facteurs de risque = idem**
- Age > 50ans / sexe féminin / Nord > Sud

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain:** idem maladie de Horton: sujet > 50ans
 - **Signes fonctionnels**
 - **signes généraux**
 - **AEG:** asthénie majeure / amaigrissement
 - Fébricule ou fièvre modérée
 - **arthro-myalgies inflammatoires**
 - Douleurs d'horaire **inflammatoires** (nocturnes / insomniaques)
 - Bilatérales / **symétriques** / progressive / impotence fonctionnelle
 - **Raideur majeure** avec dérouillage matinal prolongé (> 1h)
 - **topographie = rhizomélique +++**
 - Ceinture scapulaire (70%): cou / épaules
 - Ceinture pelvienne (50%): hanches / cuisses / fesses
- **Examen physique**
 - **Examen rhumatologique**
 - **Bursite** sous-acromio-deltaïdienne fréquente
 - Pas de signes objectifs retrouvés: amplitudes normales, etc.
 - **Rechercher une maladie de Horton associée +++ (A savoir !)**
 - Rechercher céphalées + palpation des pouls temporaux
 - Examen ophtalmologique: champs visuels / rechercher BAV
 - **Recherche atteinte périphérique (15%)**
 - Mains / poignets / genoux: fait discuter une PR

Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif**
 - **Bilan inflammatoire**
 - ↑ précoce de la **CRP** / ↑ VS (!! pas constante dans PPR)
 - Anémie inflammatoire / élévation du fibrinogène
 - EPP = hypergamma-globulinémie polyclonale
 - **Bilan hépatique**
 - Cytolyse + cholestase modérées fréquentes (20%)
- **Pour éliminer un diagnostic différentiel +++**
 - **Bilan immunologique:** FR et Ac anti-CCP (**PR**) / AAN
 - **Enzymes musculaires:** normales
 - **Bilan phospho-calcique:** normal
 - **Radiographies standards**
 - = **normales** dans la grande majorité des cas +++
 - Notamment: pas de signes d'arthrose (pas de pincement, etc)

Critères diagnostiques (de Bird)

- **Pseudo-polyarthrite rhizomélique si ≥ 3 critères parmi:**
 - âge > 65ans
 - VS > 40mm à H1
 - Douleurs ou raideurs des 2 épaules
 - Douleur à la pression du bras
 - Dérouillage matinal > 1h
 - Installation rapide: < 2S
 - AEG ou dépression

Diagnostics différentiels (++)

- **Rhumatismes inflammatoires**
 - **Polyarthrite rhumatoïde: (PR):** FR/anti-CPP systématiques (mais !! aux FN)
 - **Rhumatismes micro-cristallins: CCA** et cristaux d'hydroxyapatite
 - **Dermato-polymyosite:** enzymes musculaires (CPK/ASAT) +/- EMG/biopsie
 - **Polyarthrite oedémateuse du sujet âgé**
 - = Sd RS3PE: « remitting seronegative symetrical synovitis with pitting edema »
 - Oedèmes des extrémités (mains) important / pseudo-rhumatoïde
 - Evolution: résolutive en 12-18M / réponse à la corticothérapie +++

- **Rhumatismes non inflammatoires**
 - Algodystrophie / Arthrose
 - Ostéomalacie / Fibromyalgie

Evolution

Evolution sous traitement

- !! « amélioration spectaculaire »
- Amélioration des douleurs rhizoméliques sous 72h = test thérapeutique +++
- Guérison sans séquelle est de règle mais rechute possible (pendant sevrage)

Complications iatrogènes

- **Evolutives en l'absence de traitement**
 - Maladie de Horton et ses complications +++ (cf supra)
- **Iatrogènes = celles de toute corticothérapie prolongée (cf Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant. Connaître pour chacune les mécanismes d'action de classe et des produits individuels, les principes du bon usage, les critères de choix d'un médicament en première intention, les causes d'échec, les principaux effets indésirables et interactions)**
 - Ostéoporose / infections / athérosclérose / hypokaliémie / diabète
 - Autres: amyotrophie, troubles neuro-psychiques, etc.

Traitement

Prise en charge

- Hospitalisation pour initiation de la corticothérapie
- Puis prise en charge en ambulatoire

Traitement symptomatique

- Efficacité inconstante et transitoire des AINS / antalgiques
- → les corticoïdes sont le traitement de référence des symptômes

Traitement étiologique = corticothérapie +++

- **Indication**
 - Systématique et en urgence dès que suspicion de PRR
 - cf si amélioration rapide = confirmation diagnostique +++
- **Modalités**
 - **Traitement d'attaque**
 - Prednisone (cortancyl®) à faible dose **0.3mg/kg/j** (10-20mg/j)
 - Jusqu'à normalisation de la CRP (3-4S en général)
 - **Traitement de fond**
 - Décroissance progressive / par pallier / sous surveillance de la CRP
 - Pour une durée totale **≥ 12 mois**

Mesures associées

- Prise en charge à **100%** (ALD3)
- **Mesures associées aux corticoïdes +++ (6) cf Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant. Connaître pour chacune les mécanismes d'action de classe et des produits individuels, les principes du bon usage, les critères de choix d'un médicament en première intention, les causes d'échec, les principaux effets indésirables et interactions**
 - **Régime:** pauvre en sel-glucides-lipides / riche en potassium-protides
 - **P° troubles métaboliques:** Diffu-K® / contrôle glycémie et EAL
 - **P° ostéoporose:** Calcium / Vitamine D / DMO et biphosphonates
 - **P° des infections:** vaccination anti-grippale / anti-pneumococcique
 - **P° risque CV:** contrôle FdR / arrêt tabac / exercice physique
 - **Education du patient:** ne pas arrêter brutalement / Cs en urgence si fièvre
 - !! Si AVK + corticoïdes: IPP pour P° UGD ++ (même si hors AMM)

Surveillance

- **Clinique**
 - Efficacité = amélioration des douleurs rhizoméliques
 - Tolérance = recherche s. de iatrogénie
- **Paraclinique**
 - Efficacité = **CRP** +++ : 1x/S pdt traitement d'attaque puis 1x/M
 - Tolérance = NFS-P / iono sg / créatinine...

Synthèse pour questions fermées

Quelles sont les 2 atteintes ophtalmologiques classiques du Horton ?

- NOIAA
- OACR (NORB beaucoup plus rare)

Devant une asymétrie tensionnelle avec claudication du MS, en cas de Horton, 1 diagnostic à évoquer ?

- Syndrome de l'arc aortique

4 hypothèses devant un rebond biologique (CRP augmentée) au cours d'un Horton traité ?

- Mauvaise observance
- Récidive (rechute car décroissance trop rapide)
- Infection surajoutée
- Interaction médicamenteuse

2 diagnostics différentiels rhumatologiques de la PPR ?

- Polyarthrite rhumatoïde (chez le sujet âgé atteinte rhizomélique)
- CCA

C. Maladie de Takayasu

1. Généralités

MALADIE DES JEUNES FEMMES SANS POULS

- Epidémiologie : la plus fréquente des artérites sujet jeune (1-2/millions hab Occident)
 - Age : 20 - 40 A
 - Sexe : fe > ho
 - Origine géographique : Asie SE, Inde, Amérique du Sud
- Topographie : Aorte + gros troncs qui en partent
- Chronologie : signes cliniques spécifiques retardés / signes généraux
- Histologie : abs nécrose/cellules géantes +
- Physiopathologie : Inflammation pariétale artérielle : sténose + anévrismes -> zones de turbulences + lésion endothéliales => formation de thromboses artérielles => ischémie

2. Clinique

- Phase initiale : signes généraux
 - syndrome pseudo grippal prolongé
 - fièvre / sueurs nocturnes / asthénie / amaigrissement / polyarthralgies
 - rarement signes plus spécifiques :
 - ophtalmo : uvéite, épisclérite
 - cutanés : ulcères, érythème noueux
- Phase secondaire :
 - Conséquences cliniques de l'atteinte vasculaire => retardé (environ 3 ans)
 - Cardio :
 - Pneumo (Artères pulmo) : dyspnée
 - Membres : abolition pouls distaux (maladie des jeunes femmes sans pouls), myalgies, faiblesses musculaires à l'effort, asymétrie tensionnelle
 - Rénal : HTA réno vasculaire
 - Neuro : céphalées, convulsions, AVC
 - Ophtalmo : amaurose, troubles visuels

3. Diagnostic

Clinique :

Paraclinique :

- **Biologique** : syndrome inflammatoire
 - diag différentiel : EAL, glycémie à jeun, sérologie syphilis, IDR, BK crachats/tubages
 - bilan pré-corticothérapie
 - **Radiologique** : Sténoses des gros troncs artériels à l'**artériographie**/doppler/angio RM
 - **Histologique** : Artérite à cellules géantes sans zone de nécrose
- Critères diagnostiques** : Ishikawa modifiés par Sharma : **2 majeurs + 2 mineurs ou 4 mineurs**

• **Critères majeurs** (3) :

- Sténose ou occlusion de l'artère sous clav dte à l'artériographie
- Sténose ou occlusion de l'A sous clav g à l'artériographie
- symptômes > 1 mois : claudication effort, abolition pouls, différentielle PA aux 2 bras, fièvre, amaurose, troubles visuels, dyspnée, malaise, palpitations

• **Critères mineurs** (10) :

- VS > 20 mm/h
- douleur palpation carotides
- TA au bras > 140/90 + TA creux polplité > 160/90
- lAo
- Sténose carotidienne à l'artériographie
- Sténose Tronc artériel brachiocéphalique à l'artério
- Atteinte Aorte thoracique artériographie
- Atteinte Ao Abdo Artériographie
- Atteinte artères pulmonaires
- Coronaropathie < 30 A abs FDR CV

4. Diagnostics différentiels

Athérosclérose

Artérites infectieuses : Syphilis, Tuberculose, Salmonellose

Artérites inflammatoires contexte maladie de système : PR, LEAD, Artérite à cellules géantes (Horton), Behçet

Dysplasies fibro musculaires

5. Traitement

Traitement étiologique : anti inflammatoire

- **Traitement d'attaque** :
 - durée 1 mois
 - **Corticothérapie**
 - efficace 50 % des cas
 - 2nde intention : Immunosuppresseurs
- **Traitement d'entretien** :
 - décroissance corticothérapie
 - 12-24 mois
- **Mesures associées à la corticothérapie**

Traitement des complications vasculaires

- **ATL +/- stent / pontages** : récidives ++
- **Anti HTA, PEC I Card, PEC IRC...**
- **Antiagrégants plaquettaires** : Aspirine faible dose