

ou un antagoniste du récepteur de type II à l'angiotensine. Deux tiers des patients traités ont abaissé leur protéinurie. Les quatre patients dont la protéinurie est restée élevée sous traitement ont développé une insuffisance rénale chronique. Les diagnostics anatomopathologiques retenus étaient les suivants : une néphropathie drépanocytaire débutante dans trois cas, une hyalinose segmentaire et focale dans 12 cas, une glomérulonéphrite membranoproliférative dans quatre cas, une microangiopathie thrombotique glomérulaire dans deux cas. Aucune corrélation n'a pu être mise en évidence entre le type de lésions glomérulaires, la présentation clinicobiologique et l'évolution des patients.

Discussion.— Cette étude est une des plus grandes séries histologiques de la littérature concernant la néphropathie drépanocytaire. L'absence de corrélation clinicobiologique et anatomopathologique pourrait traduire le fait que les différentes lésions glomérulaires observées ne sont que des variantes d'une même atteinte avec des mécanismes physiopathologiques communs. Des études immunohistochimiques sont actuellement en cours afin de tester cette hypothèse.

Conclusion.— Cette étude tend à montrer qu'il n'existe pas de différence en terme de présentation clinique, biologique ou d'évolution entre les différents types d'atteinte glomérulaire observés au cours de la drépanocytose. L'indication de la ponction biopsie rénale doit donc rester actuellement limitée au cas où il existe un doute diagnostique.

doi:10.1016/j.revmed.2008.03.065

Communications orales 5 : Médecine interne

CO037

Validité diagnostique des critères habituels de pseudopolyarthrite rhizomélisque

F. Bellarbre^a, P. Duhaut^a, J. Schmidt^a, Z. Oukachbi^a, V. Salle^a, A. Smail^a, D. Chatelain^b, J.-M. Serot^c, J.-P. Ducroix^a

^a Médecine interne et Recif, CHU Nord, Amiens, France

^b Service d'anatomie pathologique, CHU Nord, Amiens, France

^c Service de gériatrie, CHU Sud, Amiens, France

Introduction.— Le diagnostic de pseudopolyarthrite rhizomélisque (PPR) paraît simple, même s'il devrait rester un diagnostic d'élimination. Au fil du temps, plusieurs ensembles de critères diagnostiques ont été développés (Bird et Wood, Jones, Chuang et Hunder, GRACG), sans avoir jamais été testés contre l'évolution des patients. Nous réalisons systématiquement dans notre hôpital une biopsie d'artère temporale (BAT) chez les patients suspects de PPR.

Patients et méthodes.— Les BAT négatives sur la période 2002–2006 ont été colligées au laboratoire d'anatomie pathologique du CHU. Les dossiers cliniques ont ensuite été systématiquement revus à l'aide d'un questionnaire préétabli, colligeant les critères diagnostiques de MH et de PPR. Les médecins traitants de tous les patients ont été appelés en décembre 2007, pour savoir si le diagnostic initial (MH, PPR, ou autre) avait été maintenu au cours du temps, et, si non, quel

était (Se), spécificité (Sp), valeur prédictive positive (VPP) et valeur prédictive négative (VPN) des différents sets de critères diagnostiques par rapport au diagnostic finalement retenu.

Résultats.— Cent trente-quatre patients ont été identifiés, 78 femmes d'âge moyen 74 ± 10 ans, et 56 hommes d'âge moyen 71 ± 8 ans. Le diagnostic initial a été une MH chez 23 patients (17,16 % de l'échantillon), une PPR chez 22 patients (16,4 %), et l'association des deux chez cinq patients (3,7 %). Les critères de Bird et Wood reconnaissaient 94 % des PPR, avec une spécificité faible (54 %), une VPP de 23 % et une VPN de 98 %. Cinquante pour cent des MH et 45 % des autres diagnostics (dont cancers, pathologies infectieuses, maladies hématologiques) étaient Bird et Wood positives. La Se des critères de Jones était de 76 %, avec une meilleure Sp estimée à 78 %, une VPP de 34 %, et une VPN de 96 %. Trente-deux pour cent des MH, et 19 % des autres diagnostics, étaient reconnus positifs. Les critères de Hunder reconnaissaient 59 % des PPR, avec une Sp de 89 %, mais une meilleure VPP (48 %) et une VPN de 94 %. Seuls 23 % des MH, et 6 % des autres diagnostics, étaient reconnus positifs. La Se des critères GRACG était inférieure, à 35 %, pour une Sp à 90 %, une VPP à 37 % et une VPN à 91 %. Seuls 5 % des autres diagnostics, et 22 % des MH, présentaient les critères de PPR.

Conclusion.— Au vu de l'évolution des patients et du diagnostic finalement retenu, les critères de Bird et Wood, très sensibles mais sans spécificité, ne devraient plus être utilisés. Les critères de Jones représentent un moyen terme, les meilleurs semblant être les critères de Hunder, plus sensibles que les critères GRACG pour une VPP supérieure et une Sp et VPN équivalente. Ces critères cependant devraient être testés de façon prospective.

doi:10.1016/j.revmed.2008.03.066

CO038

Les maladies de Horton avec nécrose du scalp ont un pronostic fonctionnel et vital grave : étude rétrospective de 89 cas dont deux personnels

E. Liozon^a, Y. Regouby^b, S. El Jamal^b, K.H. Ly^c, V. Loustaud-Ratti^c, G. Gondran^c, E. Vidal-Cathala^c

^a Service de médecine interne, centre hospitalier universitaire, Limoges, France

^b Service de médecine interne et rhumatologie, centre hospitalier, Brive-La-Gaillarde, France

^c Service de médecine interne-A, CHU Dupuytren, Limoges, France

Objectif.— Préciser les caractéristiques et le pronostic des maladies de Horton (MH) compliquées de nécrose du scalp (NS).

Patients et méthodes.— Nous avons colligé rétrospectivement deux cas personnels de NS et 87 cas similaires, publiés entre 1946 et 2007, avec analyse des données démographiques, des caractéristiques de la NS, des modes de présentation de la MH, du résultat des examens complémentaires (dont la biopsie d'artère temporale [BAT]), de l'évolution locale et du pronostic général de ces patients.

Résultats.— La fréquence de la NS est inférieure à 0,5 %. L'âge moyen est de 76 ans et la prédominance féminine est peu marquée (SR 1,36). La BAT est positive dans 95 % des cas. La fréquence des signes et symptômes de MH est la suivante : céphalée 76 %, signes rhumatologiques 21 %, altération de l'état général 31 %, troubles visuels ischémiques 56 % (cécité, habituellement par neuropathie optique ischémique : 54 %), diplopie permanente 4,5 %, nécrose linguale 13,5 %. D'autres gangrènes muqueuses ont été décrites, notamment : plancher buccal, joues, versant muqueux des lèvres, voûte palatine, septum nasal. La VS est basse dans 22 % des cas mais le taux de protéine C-réactive est supérieur à 25 mg/l 9/10 fois. La NS n'est jamais inaugurale ; trois mois en moyenne la séparent des premiers symptômes de MH. Sa survenue dans les heures qui suivent la BAT n'est signalée que deux fois. La NS constituée, parfois précédée de diverses manifestations cutanées prémonitoires, est bilatérale deux fois sur trois, habituellement symétrique, le plus souvent temporale, linéaire, avec extension pariétale fréquente. La localisation pariétale isolée, pariéto-occipitale, frontale ou diffuse à tout le scalp, est plus rare. La lésion élémentaire est un placard ulcéré très douloureux recouvert de sphacèle noirâtre adhérent, de contours réguliers, à bords surélevés, taillés à pic. La surinfection est fréquente ; le plus souvent superficielle, elle peut être source d'ostéite grave. La biopsie en bordure de lésion est d'un rendement médiocre, mais a pu identifier dans quelques cas une panartérite destructrice des artéioles cutanées. L'évolution locale est le plus souvent favorable mais, dans les cas les plus graves, le délai de cicatrisation peut dépasser un an, avec parfois recours à des méthodes chirurgicales (greffe cutanée simple, ablation trépanation de la table externe). Le pronostic des MH compliquées de NS est sévère : 53 % de cécités définitives, 23 % de mortalité à un an (33 % en cas de nécrose linguale associée). Les décès sont surtout de cause cardiovasculaire et pulmonaire.

Conclusion.— Cette revue exhaustive de la littérature montre que la NS est une manifestation spontanée très rare de la MH, de nature ischémique, liée très probablement à une diffusion du processus artéritique à toute la vascularisation du scalp, pourtant très riche et dotée d'excellentes suppléances. Cela peut rendre compte de la gravité extrême de ces formes, grevées de lourdes séquelles ischémiques et d'une mortalité élevée. La MH avec NS est une urgence médicale majeure, qui impose une corticothérapie à fortes doses initiales et une surveillance très étroite.

doi:10.1016/j.revmed.2008.03.067

CO039

Caractéristiques anatomopathologiques de la biopsie d'artère temporale chez les patients traités, et non traités, avant la biopsie. Étude multicentrique GRACG

J. Schmidt^a, P. Duhaut^a, D. Chatelain^b, V. Salle^a, A. Smail^a, S. Bosshard^c, H. Pellet^c, J.-C. Piette^d, H. Sevestre^b, J.-P. Ducroix^a

^a Service de médecine interne et Recif, CHU Nord, Amiens, France

^b Service d'anatomie pathologique, CHU Nord, Amiens, France

^c Recif, université Claude-Bernard, Lyon, France

^d Service de médecine interne, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, France

Introduction.— La corticothérapie est censée ne pas avoir d'influence sur le résultat de la biopsie d'artère temporale (BAT) dans la maladie de Horton (MH). Ce dogme repose sur une étude ancienne avec biopsies consécutives chez deux patients uniquement et sur quelques études retrouvant des biopsies positives après traitement sans groupe de comparaison. Notre objectif était d'évaluer l'action des corticoïdes sur les caractéristiques anatomopathologiques de la BAT chez les patients atteints de MH, traités, et non traités, avant la biopsie.

Patients et méthodes.— Les BAT de 375 patients atteints de MH ont été relues de façon centralisée par un anatomopathologiste « aveugle » quant aux caractéristiques cliniques. Les caractéristiques anatomopathologiques, systématiquement colligées à l'aide d'une fiche préétablie, ont été comparées entre les patients non traités au moment de la BAT (groupe 1), traités depuis moins d'une semaine (groupe 2), depuis une à deux semaines (groupe 3), et depuis plus de deux semaines (groupe 4).

Résultats.— Deux cent dix-sept patients n'étaient pas traités, 135 l'étaient depuis moins d'une semaine, 15 patients depuis une ou deux semaines, et huit depuis plus de deux semaines. Le taux de négativité de la BAT augmente avec la durée du traitement : 21 chez les non traités versus 32, 40 et 50 % respectivement dans les groupes 2, 3 et 4 ($p=0,003$, Wilcoxon Rank Sum Test). Les cellules géantes persistaient chez certains patients en dépit du traitement, mais il n'y a plus de biopsie positive sans cellules géantes après une semaine de traitement. L'œdème de l'intima ($p=0,006$), l'infiltrat éosinophile ($p=0,03$), l'inflammation des vasa vasorum ($p=0,013$) diminuent significativement avec la durée du traitement, et la diminution de l'infiltrat par neutrophiles ou par granulomes épithélioïdes approche la significativité ($p=0,05$).

Conclusion.— Notre étude met en évidence une proportion croissante de BAT négatives avec la durée préalable de traitement. Les cellules géantes semblent pouvoir résister, mais l'absence de BAT positive sans cellules géantes après une semaine de traitement laisse à penser que l'infiltrat lymphoplasmocytaire ou neutrophile isolé peut rapidement disparaître, et qu'une biopsie peut se négativer dans un délai court. La BAT doit donc être réalisée le plus rapidement possible de telle sorte à diminuer le taux de faux négatifs anatomopathologiques.

doi:10.1016/j.revmed.2008.03.068