

## Case report



# Takayasu et grossesse: à propos d'un cas

Safaa Ammouri, Chourouk Elkarkri, Anas Nah, Najia Zraidi, Amina Lakhdar, Abdelaziz Baidada

**Corresponding author:** Safaa Ammouri, Service de Gynécologie-Obstétrique et Endoscopie Gynécologique, Maternité Souissi, Faculté de Médecine et Pharmacie, Université Mohammed V, Rabat, Morocco. ammourisafaa@gmail.com

**Received:** 19 Apr 2020 - **Accepted:** 27 Jun 2020 - **Published:** 24 Aug 2020

**Keywords:** Takayasu, pregnancy, Morocco

**Copyright:** Safaa Ammouri et al. PAMJ Clinical Medicine (ISSN: 2707-2797). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**Cite this article:** Safaa Ammouri et al. Takayasu et grossesse: à propos d'un cas. PAMJ Clinical Medicine. 2020;3(182). 10.11604/pamj-cm.2020.3.182.22628

**Available online at:** <https://www.clinical-medicine.panafrican-med-journal.com//content/article/3/182/full>

## Takayasu et grossesse: à propos d'un cas

Takayasu and pregnancy: a case report

Safaa Ammouri<sup>1,&</sup>, Chourouk Elkarkri<sup>1</sup>, Anas Nah<sup>1</sup>, Najia Zraidi<sup>1</sup>, Amina Lakhdar<sup>1</sup>, Abdelaziz Baidada<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de Gynécologie-Obstétrique et Endoscopie Gynécologique, Maternité Souissi, Faculté de Médecine et Pharmacie, Université Mohammed V, Rabat, Morocco

### &Auteur correspondant

Safaa Ammouri, Service de Gynécologie-Obstétrique et Endoscopie Gynécologique, Maternité Souissi, Faculté de Médecine et Pharmacie, Université Mohammed V, Rabat, Morocco

## Résumé

*L'artérite de Takayasu, est une vascularite systémique granulomateuse d'étiologie inconnue. Lors d'une grossesse concomitante avec la maladie de Takayasu, le risque de complications cardiovasculaires est accru. Nous présenterons l'observation d'une parturiente suivie pour la maladie de Takayasu et prise en charge dans la maternité du Centre Hospitalier Ibn Sina avec une issue favorable de son accouchement.*

### English abstract

*Takayasu arteritis is a granulomatous systemic vasculitis of unknown etiology. During pregnancy with Takayasu arteritis, the risk of cardiovascular complications is increased. We present a case of a pregnant woman with arteritis Takayasu, who was managed at the Maternity Hospital of Ibn Sina Hospital and ultimately with a favorable outcome.*

**Key words:** Takayasu, pregnancy, Morocco

## Introduction

L'artérite de Takayasu (TA), également appelée «artérite féminine jeune», est une vascularite systémique granulomateuse rare, d'étiologie inconnue, qui touche principalement les femmes en âge de procréer. Lors de grossesses concomitantes avec une artérite de Takayasu ou après le diagnostic, le risque de complications cardiovasculaires, telles que l'hypertension et l'insuffisance cardiaque congestive, est accru [1]. Seuls quelques cas ont été décrits dans la littérature, d'où l'intérêt de notre cas.

## Patient et observation

Il s'agissait d'une patiente âgée de 30 ans adressée aux urgences par son médecin traitant pour pré-éclampsie sévère sur une grossesse de 30 semaines d'aménorrhée, 3<sup>e</sup> geste 3<sup>e</sup> parité: premier accouchement par voie basse à terme, deuxième accouchement par voie haute dans un contexte de pré-éclampsie sévère à 26 sa avec naissance d'un bébé de 1000g vivant, les deux enfants ayant un bon développement psychomoteur, patiente suivie depuis son dernier accouchement pour la maladie de Takayasu en rémission sous corticothérapie, azathiopirine et chronoadalate, patiente étant suivie régulièrement par le médecin interniste. A l'examen clinique: TA à 13/8 avec pouls radial absent. L'examen obstétrical trouvait une hauteur utérine à 24cm avec bruits cardiaque fœtaux présents, un col long fermé postérieure. L'échographie fœtale était en faveur d'un retard de

croissance intra utérin avec un poids estimé à 1100g, placenta fundique avec un liquide amniotique en quantité diminuée avec un Doppler obstétrical normal. Le rythme cardiaque fœtal était normooscillant et réactif. La patiente a été hospitalisée pendant une semaine, au cours de la surveillance une échographie avec doppler obstétrical a été refaite avec l'apparition d'un anamnios et un Doppler ombilical et cérébral pathologique, une décision d'extraction fœtal é été faite avec naissance d'un nouveau-né de sexe féminin poids de naissance de 1100g apgar 9/10, hospitalisée en service de néonatalogie. Une ligature section des trompes a été faite après accord de la patiente. Le post partum était sans particularité, le nouveau-né a été hospitalisé pendant 2 mois au service de réanimation néonatale, puis sorti avec un poids de 2000g, revu en consultation de pédiatrie à 1 mois et 2 mois.

## Discussion

La physiopathologie de la maladie de Takayasu a été décrite comme une maladie inflammatoire chronique affectant progressivement l'aorte et ses branches, pouvant conduire à une hypertension secondaire, une rétinopathie, une pathologie cardiaque, un accident vasculaire cérébral et la mort à un âge précoce [2]. L'examen histopathologique montre que l'infiltration mononucléaire de l'adventice se produit tôt dans la maladie [3]. Alors que le processus inflammatoire se poursuit, une panartérite survient, une fibrose du média et un épaississement de l'intima conduisent à une atteinte des lumières des vaisseaux, entraînant une sténose des vaisseaux. Aucun test de laboratoire n'est disponible pour confirmer le diagnostic [4]. Le diagnostic repose sur la combinaison d'antécédents cliniques, d'examen physique, de suspicion clinique et de techniques d'imagerie vasculaire. L'étiologie est inconnue et le traitement vise à contrôler le processus inflammatoire et à prévenir les séquelles secondaires, en particulier l'hypertension artérielle systémique [5]. Les complications sont plus graves chez les patientes dont le diagnostic de la maladie

de Takayasu se fait pendant la grossesse, comparé à celle dont le diagnostic se fait en pré-conceptionnelle [6].

Dans la prise en charge des femmes en âge de procréer, un conseil avant la conception est essentiel. En outre, ces conseils porteront principalement sur l'adaptation de la posologie, l'arrêt des médicaments cytotoxiques, la supplémentation en acide folique au cours de la période de perception et le moment optimal de la grossesse. De même, la grossesse devrait être idéalement planifiée en phase de rémission et les patientes sont encouragées à faire. Au cours de la grossesse, une prise en charge multidisciplinaire est nécessaire avec une surveillance prénatale régulière, une surveillance en série de la pression artérielle, de la fonction rénale, et de l'état cardiaque. En fin de compte, les objectifs englobent le contrôle de l'inflammation, la prévention et le traitement de complications telles que l'hypertension et les lésions occlusives ou sténotiques [7]. Dans notre cas, nous avons fait face à une patiente dont le diagnostic de la maladie a été établie avant la 3<sup>ème</sup> grossesse et dont la prise en charge de sa maladie a été optimale avec une conception en phase de rémission et un bon contrôle de sa tension artérielle, néanmoins on a eu face aux complications de la maladie de Takayasu telle que c'est décrit dans la littérature notamment la pré-éclampsie et le RCIU, Singh *et al.* [8] ont rapporté qu'au cours de la maladie de Takayasu les grossesses se compliquent de PE et de RCIU à une fréquence de 10 et 40 pour les patientes avec atteinte rénale et de 20 pour cent pour les deux complications chez les patientes avec atteinte de l'artère rénale. Malgré, la décision d'interruption de la grossesse avec comme conséquence la prématurité qui est une complication fréquente dans ces cas, conformément aux conclusions rapportées par Comarmond *et al.* [9], l'issue néonatale était considérée comme favorable, avec un bon score d'Apgar.

## Conclusion

Notre cas ajoute des preuves supplémentaires de la nécessité d'une gestion multidisciplinaire associant obstétriciens, médecin interniste, anesthésistes, cardiologues, et néonatalogues pour des résultats optimaux et favorables pour la mère et le nouveau-né, ainsi que la nécessité de penser au diagnostic de la maladie de Takayasu chez toute patiente en âge de procréer présentant une pré-éclampsie réfractaire et récidivante.

## Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

## Contributions des auteurs

SA a écrit le papier. CE, NZ, AL, AB ont contribué par la correction de cet article. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

## Références

1. Soo-Hoo S, Seong J, Porten B, Skeik N. Challenges of Takayasu arteritis in pregnancy: a case report. *Vasc Endovascular Surg.* 2017 May;51(4): 195-198. **PubMed** | **Google Scholar**
2. Nalini S, Santa SA. Takayasu Arteritis with Bilateral renal artery stenosis and left subclavian artery stenosis in pregnancy. *J Clin Diagn Res.* 2015 Sep;9(9): QD07-8. **PubMed** | **Google Scholar**
3. Braunwald E, Zipes D, Libby P. Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders. 2001.
4. Lupi-Herrera E, Sanchez-Torres G, Marcushamer J, Mispireta J, Horwitz S, Vela JE. Takayasu's arteritis. Clinical study of 107 cases. *Am Heart J.* 1977 Jan;93(1): 94-103. **PubMed** | **Google Scholar**

5. Berman DP, Lewis AB, Kung GC. Case Report of a 2-year-old boy with Takayasu's arteritis: an atypical, severe presentation of a rare disease. *Pediatr Cardiol.* 2010 Oct;31(7): 1089-92. **PubMed | Google Scholar**
6. Seyahi E. Takayasu arteritis: an update. *Curr Opin Rheumatol.* 2017 Jan;29(1): 51-56. **PubMed | Google Scholar**
7. Marwah S, Rajput M, Mohindra R, Gaikwad H, Sharma M, Topden S. Takayasu's arteritis in pregnancy: a rare case report from a tertiary care infirmary in India. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2017;2017: 2403451. **PubMed | Google Scholar**
8. Singh N, Tyagi S, Tripathi R, Mala YM. Maternal and fetal outcomes in pregnant women with Takayasu aortoarteritis: does optimally timed intervention in women with renal artery involvement improve pregnancy outcome. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2015 Oct;54(5): 597-602. **PubMed | Google Scholar**
9. Comarmond C, Mirault T, Biard L, Nizard J, Lambert M, Wechsler B *et al.* Takayasu Arteritis and Pregnancy. *Arthritis Rheumatol.* 2015 Dec;67(12): 3262-9. **PubMed | Google Scholar**