

# Protocole National de Diagnostic et de Soins

## Artérite à Cellules Géantes (Horton)



Ce PNDS a été rédigé sous l'égide du :

**Groupe d'Etude Français des Artérites des gros vaisseaux (GEFA)**

Et de la

**Filière de santé des maladies auto-immunes et auto-inflammatoires rares (FAI<sup>2</sup>R)**

## Liste des personnes ayant collaboré à la rédaction du PNDS « Artérite à Cellules Géantes (Horton) »

Ce PNDS a été coordonné par le **Pr Hubert de BOYSSON**, le **Pr Valérie DEVAUCHELLE-PENSEC** et le **Pr Maxime SAMSON**.

Hubert de BOYSSON,<sup>1</sup> Valérie DEVAUCHELLE-PENSEC,<sup>2</sup> Christian AGARD,<sup>3</sup> Marc ANDRÉ,<sup>4</sup> Boris BIENVENU,<sup>5</sup> Bernard BONNOTTE,<sup>6</sup> Guillermo CARVAJAL,<sup>7</sup> Olivier ESPITIA,<sup>3</sup> Eric HACHULLA,<sup>8</sup> Emmanuel HERON,<sup>5</sup> Marc LAMBERT,<sup>8</sup> Jean-Christophe LEGA,<sup>9</sup> Kim Heang LY,<sup>10</sup> Arsène MEKINIAN,<sup>11</sup> Jacques MOREL,<sup>12</sup> Alexis REGENT,<sup>13</sup> Christophe RICHEZ,<sup>14</sup> Laurent SAILLER,<sup>15</sup> Raphaèle SEROR,<sup>16</sup> Anne TOURNADRE,<sup>17</sup> Maxime SAMSON,<sup>6</sup> et collaborateurs\*

1. Médecine Interne, Caen
2. Rhumatologie, Brest
3. Médecine interne, Nantes
4. Médecine interne, Clermont-Ferrand
5. Médecine interne, 15-20, Paris
6. Médecine interne, Dijon
7. Rhumatologie, Tours
8. Médecine Interne, Lille
9. Médecine Interne, Lyon
10. Médecine Interne, Limoges
11. Médecine Interne, Hôpital Saint-Antoine, Paris
12. Rhumatologie, Montpellier
13. Médecine Interne, Hôpital Cochin, Paris
14. Rhumatologie, Bordeaux
15. Médecine Interne, Toulouse
16. Rhumatologie, Hôpital Bicêtre, Paris
17. Rhumatologie, Clermont-Ferrand

### \* Collaborateurs :

Achille AOUBA, Médecine Interne, Caen ; Jérôme AVOUAC, Rhumatologie, Paris ; Bernard CORTET, Rhumatologie, Lille; Raphaël DARBON, association France Vascularite ; Benoît DE WAZIERES, Gériatrie, Nîmes ; Philippe DIEUDE, Rhumatologie, Paris ; Bruno FAUTREL, Rhumatologie, Paris ; Cédric GAXATTE, Gériatrie, Lille ; Jacques-Eric GOTTENBERG, Rhumatologie, Strasbourg ; Brigitte GRANDEL, Médecine Interne, Marseille ; Hélène GREIGERT, Médecine Vasculaire, Dijon ; Sandrine JOUSSE-JOULIN, Rhumatologie, Brest ; Eric LIOZON, Médecine Interne, Limoges ; Julie MAGNANT, Médecine Interne, Tours ; Sabine MAINBOURG, Médecine Interne, Lyon ; Thierry MARTIN, Médecine Interne, Strasbourg ; Tristan MIRAULT, Médecine Vasculaire, Paris ; Luc MOUTHON, Médecine Interne, Paris ; Thomas PAPO, Médecine Interne, Paris ; Thao PHAM, Rhumatologie, Marseille ; Xavier PUÉCHAL, Rhumatologie, Paris ; Grégory PUGNET, Médecine Interne, Toulouse ; André RAMON, Rhumatologie, Dijon ; Frédéric ROCA, Gériatrie, Rouen ; Claire ROUBAUD, Gériatrie, Bordeaux ; David SAADOUN, Médecine Interne, Paris ; Marie-Antoinette SEVESTRE, Médecine Vasculaire, Amiens ; Perrine SMETS, Médecine Interne, Clermont-Ferrand ; Benjamin TERRIER, Médecine Interne, Paris ; Catherine VIGNAL, Ophtalmologie, Paris.

## **Objectifs du protocole national de diagnostic et de soins**

L'objectif de ce Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) est de présenter aux professionnels concernés la prise en charge diagnostique et thérapeutique optimale actuelle et le parcours de soins d'un patient atteint d'Artérite à Cellules Géantes (ACG). Il a pour but d'optimiser et d'harmoniser la prise en charge et le suivi de cette maladie rare sur l'ensemble du territoire. Il permet également d'identifier les spécialités pharmaceutiques utilisées dans une indication non prévue dans l'autorisation de mise sur le marché (AMM) ainsi que les spécialités, produits ou prestations nécessaires à la prise en charge des patients mais non habituellement pris en charge ou remboursés.

Ce PNDS peut servir de référence au médecin généraliste en concertation avec les autres médecins spécialistes.

Le PNDS ne peut cependant pas envisager tous les cas spécifiques, toutes les comorbidités ou complications, toutes les particularités thérapeutiques, tous les protocoles de soins hospitaliers, etc. Il ne peut pas revendiquer l'exhaustivité des conduites de prise en charge possibles, ni se substituer à la responsabilité individuelle du médecin vis-à-vis de son patient. Le protocole décrit cependant la prise en charge de référence d'un patient atteint d'ACG. Il doit être mis à jour en fonction des données nouvelles validées.

Cette version du PNDS a été actualisée à partir de la version de 2021, élaborée selon la « Méthode d'élaboration d'un protocole national de diagnostic et de soins pour les maladies rares » publiée par la Haute Autorité de Santé en 2012 (guide méthodologique disponible sur le site de la HAS : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)).

## Méthode de travail

Le présent PNDS a été élaboré selon la « Méthode d'élaboration d'un protocole national de diagnostic et de soins pour les maladies rares » publiée par la Haute Autorité de Santé en 2012 (guide méthodologique disponible sur le site de la HAS : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)).

Ce PNDS est une actualisation du précédent PNDS en se basant sur les récentes recommandations émises par le GEFA.

Les coordinateurs ont ainsi produit un premier document qui a été envoyé en relecture aux rédacteurs et relecteurs.

Tous les commentaires ont été pris en compte et une réunion de travail d'une journée en visioconférence où tous les rédacteurs et relecteurs étaient conviés s'est tenue afin de refaire une revue complète et collégiale du texte pour en produire une version finalisée à publier.

Tableau 1. Recommandations de bonne pratique

Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche bibliographique renseignée (Oui / Non)	Recueil de l'avis des professionnels (Oui/Non ; Lesquels)	Recueil de l'avis des patients (Oui/Non)	Populations et techniques (ou produits étudiés)	Résultats (avec grade des recommandations si disponible)
Jennette JC, 2013, 1, États-Unis	Développer une nomenclature actualisée pour les vascularites	Non	Oui, experts en vascularites	Non	NA	La nomenclature révisée de Chapel Hill pour les vascularites a été élaborée en consultation avec des experts en vascularites. Cette nomenclature fournit une classification actualisée des différentes formes de vascularites. Les recommandations sont basées sur l'expertise des professionnels impliqués dans la conférence.
Ponte C, 2022, 2, États-Unis	Élaborer des critères de classification pour l'artérite à cellules géantes	Non	Oui, experts en vascularites	Non	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Les critères de classification de l'American College of Rheumatology/EULAR pour l'artérite à cellules géantes ont été développés en collaboration avec des experts en vascularites. Ces critères visent à faciliter le diagnostic de l'artérite à cellules géantes.
Dejaco C, 2018, 17, Europe	Fournir des recommandations sur l'utilisation de l'imagerie dans la vascularite des	Non	Oui, experts en vascularites	Non	Patients atteints de vascularite des gros vaisseaux	Les recommandations de l'EULAR sur l'utilisation de l'imagerie dans la vascularite des gros vaisseaux ont été élaborées en collaboration avec des experts en vascularites. Elles visent à

PNDS Artérite à Cellules Géantes (Horton)

	gros vaisseaux en pratique clinique					guider l'utilisation de l'imagerie pour le diagnostic et le suivi de la maladie.
Masson – EMC, 2023, 36, France	Fournir des informations sur l'artérite à cellules géantes (maladie de Horton) et la pseudopolyarthrite rhizomélique	Non	Non	Non	Non applicable	L'article fournit des informations sur l'artérite à cellules géantes (maladie de Horton) et la pseudopolyarthrite rhizomélique.
Chanson P, 2017, 51, France	Fournir des informations sur l'insuffisance surrénalienne, les méthodes de dépistage et la confirmation du diagnostic	Non	Non	Non	Non applicable	L'article fournit des informations sur l'insuffisance surrénalienne et les méthodes de dépistage.
Visseren F, 2021, 55, International	Recommandations sur la prévention cardiovasculaire	Non	Oui, experts	Non	NA	Recommandations sur la prévention cardiovasculaire

PNDS Artérite à Cellules Géantes (Horton)

Mancia G, 2023, 56, International	Recommandations sur la prise en charge de l'HTA	Non	Oui, experts	Non	NA	Recommandations sur la prise en charge de l'HTA
Briot K, 2014, 57, France	Mettre à jour les recommandations sur la prévention et le traitement de l'ostéoporose induite par les glucocorticoïdes	Non	Oui, experts en ostéoporose	Non	Patients sous glucocorticoïdes	Les recommandations mises à jour concernant la prévention et le traitement de l'ostéoporose induite par les glucocorticoïdes ont été élaborées en collaboration avec des experts en ostéoporose. Elles visent à guider la prise en charge de l'ostéoporose chez les patients sous glucocorticoïdes.

Tableau 2. Revues systématiques de la littérature

Auteur, année, référence, pays	Objectif	Méthodologie, niveau de preuve	Population	Intervention	Critères de jugement	Résultats et signification
Samson M, 2017, 4, Europe	Examiner les avancées récentes dans la compréhension de la pathogenèse de l'artérite à cellules géantes (ACG)	Revue de la littérature	Non applicable	Non applicable	Synthèse des découvertes récentes en matière de pathogenèse de l'ACG	L'article passe en revue les avancées récentes dans la compréhension de la pathogenèse de l'ACG, ce qui peut être utile pour orienter la recherche future sur la maladie.
Kirby C, 2022, 8, Royaume-Uni	Examiner l'évolution de l'utilisation de l'échographie dans l'artérite à cellules géantes	Revue systématique et méta-analyse	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Non applicable	Évolution de l'échographie	L'article discute de l'évolution de l'utilisation de l'échographie dans le diagnostic de l'artérite à cellules géantes.
Greigert H, 2023, 10, France	Examiner le diagnostic de l'artérite à cellules géantes	Revue de la littérature	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Non applicable	Diagnostic de l'artérite à cellules géantes	L'article passe en revue les aspects diagnostiques de l'artérite à cellules géantes.
Nielsen AW, 2022, 11, Danemark	Réaliser une revue systématique et une méta-analyse pour évaluer le	Revue systématique et méta-analyse	Patients atteints d'ACG et de PPR	Non applicable	Diagnostic concomitant de l'ACG et de la PPR	L'étude fournit des données sur le diagnostic concomitant de l'ACG et de la PPR, ce qui peut avoir des implications pour la



PNDS Artérite à Cellules Géantes (Horton)

	diagnostic concomitant de l'artérite à cellules géantes (ACG) et de la PPR					prise en charge clinique de ces patients.
Gonzalez-Gay MA, 2005, 12, Espagne	Analyser les modèles de présentation clinique de l'artérite à cellules géantes	Analyse de série de cas	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Non applicable	Modèles de présentation clinique	L'étude examine les modèles de présentation clinique de l'artérite à cellules géantes.
Dejaco C, 2017, 16, Royaume-Uni	Revoir le concept de la maladie de l'artérite à cellules géantes	Revue de la littérature	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Non applicable	Concept de la maladie	L'article passe en revue le concept de la maladie de l'artérite à cellules géantes.
Rinagel M, 2019, 18, Europe	Évaluer les performances diagnostiques de l'échographie de l'artère temporale pour le diagnostic de l'artérite à cellules géantes (ACG)	Revue systématique et méta-analyse	Patients suspectés d'ACG	Utilisation de l'échographie de l'artère temporale	Performances diagnostiques de l'échographie de l'artère temporale	L'étude évalue l'utilité de l'échographie de l'artère temporale pour le diagnostic de l'ACG et fournit des informations sur ses performances diagnostiques.

PNDS Artérite à Cellules Géantes (Horton)

de Boysson H, 2022, 23, France	Examiner les événements cardiovasculaires dans l'artérite à cellules géantes	Revue de la littérature	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Non applicable	Événements cardiovasculaires	L'article analyse les événements cardiovasculaires dans l'artérite à cellules géantes.
Greigert H, 2022, 34, France	Fournir de nouvelles informations sur la pathogenèse de l'artérite à cellules géantes	Revue de la littérature	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Non applicable	Pathogenèse de l'artérite à cellules géantes	L'article fournit de nouvelles informations sur la pathogenèse de l'artérite à cellules géantes.
Ramon A, 2022, 35, France	Identifier les diagnostics différentiels de l'artérite à cellules géantes (ACG)	Étude clinique	Patients suspectés d'ACG	Évaluation clinique	Identification des diagnostics différentiels de l'ACG	L'article propose une liste de diagnostics différentiels de l'ACG.

Tableau 3. Etudes cliniques

Auteur, année, référence, pays	Objectif	Méthodologie, niveau de preuve	Population	Intervention	Critères de jugement	Résultats et signification
Guittet L, 2022, 3, France	Analyser les incidences de l'artérite à cellules géantes en France	Analyse de bases de données nationales sur 7 ans	Population française	Non applicable	Incidence de l'artérite à cellules géantes	L'étude fournit des données sur l'incidence de l'artérite à cellules géantes en France.
Roche NE, 1993, 5, États-Unis	Étudier la corrélation entre la production d'interleukine-6 et l'activité de la PPR et de l'artérite à cellules géantes	Étude observationnelle	Patients atteints de PPR et d'artérite à cellules géantes	Non applicable	Production d'interleukine-6, activité de la maladie	L'étude trouve une corrélation entre la production d'interleukine-6 et l'activité de la maladie.
Patil P, 2015, 6, Royaume-Uni	Évaluer l'efficacité d'une voie de diagnostic rapide pour réduire la perte de vision dans l'artérite à cellules géantes	Étude de cohorte observationnelle	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Voie de diagnostic rapide	Perte de vision	La voie de diagnostic rapide réduit la perte de vision chez les patients atteints d'artérite à cellules géantes.

PNDS Artérite à Cellules Géantes (Horton)

Diamantopoulos AP, 2018, 7, Norvège	Étudier l'efficacité de la voie rapide d'échographie pour le diagnostic précoce de l'artérite à cellules géantes	Étude observationnelle	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Voie rapide d'échographie	Diagnostic précoce de l'artérite à cellules géantes	La voie rapide d'échographie permet un diagnostic précoce de l'artérite à cellules géantes.
Nielsen BD, 2018, 9, Danemark	Évaluer l'impact de trois jours de traitement par de fortes doses de glucocorticoïdes sur la prise de 18F-FDG dans l'artérite à cellules géantes	Étude observationnelle	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Traitement par de fortes doses de glucocorticoïdes	Prise de 18F-FDG	Le traitement par de fortes doses de glucocorticoïdes réduit la prise de 18F-FDG dans l'artérite à cellules géantes, mais avec un impact limité sur la précision du diagnostic.
Cid MC, 1998, 13, Espagne	Étudier l'association entre une forte réponse inflammatoire et un faible risque de développer une perte de vision et d'autres complications ischémiques cérébrales dans	Étude observationnelle	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Non applicable	Réponse inflammatoire, risque de perte de vision	L'étude trouve une association entre une forte réponse inflammatoire et un faible risque de développer une perte de vision et d'autres complications ischémiques crâniennes dans l'artérite à cellules géantes.

PNDS Artérite à Cellules Géantes (Horton)

	l'artérite à cellules géantes					
Mahr A, 2006, 14, France	Évaluer l'efficacité de la biopsie de l'artère temporale pour le diagnostic de l'artérite à cellules géantes	Étude observationnelle	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Biopsie de l'artère temporale	Diagnostic de l'artérite à cellules géantes	L'étude suggère que des biopsies de l'artère temporale plus longues peuvent améliorer le diagnostic de l'artérite à cellules géantes.
Maleszewski JJ, 2017, 15, États-Unis	Étudier l'évolution clinique et anatomopathologique de l'artérite à cellules géantes	Étude prospective	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Suivi des biopsies de l'artère temporale	Évolution clinique et anatomopathologique	L'étude suggère que si les signes cliniques régressent rapidement, des signes anatomopathologiques peuvent persister voire régresser incomplètement.
Ješe R, 2021, 19, Slovénie	Étudier les valeurs seuils d'épaisseur intima-média au cours de l'ACG	Étude prospective	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Echo-doppler	Épaisseur intima-média	Cet examen non invasif est facilement accessible, des valeurs seuils sont proposées.
Thibault T, 2023, 20, France	Évaluer la PET/CT des artères crâniennes pour le diagnostic de l'artérite à cellules géantes	Étude observationnelle	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	PET/CT des artères crâniennes	Diagnostic de l'artérite à cellules géantes	L'article suggère que la PET/CT des artères crâniennes peut être utile pour le diagnostic de l'artérite à cellules géantes.

PNDS Artérite à Cellules Géantes (Horton)

Berthod PE, 2018, 21, France	Analyser l'aorte dans l'artérite à cellules géantes	Étude de cas-témoins	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Angioscanner aortique	Analyse de l'aorte	La mesure de l'épaisseur de la paroi aortique en angioscan est utile pour le diagnostic d'ACG. Le seuil est évalué à 2,2 mm.
Samson M, 2015, 22, France	Examiner les AVC associés à l'artérite à cellules géantes	Étude populationnelle	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	AVC associés à l'artérite à cellules géantes	L'étude examine les AVC associés à l'artérite à cellules géantes.	Cette étude a démontré que les AVC associés à l'artérite à cellules géantes affectent essentiellement le territoire vertébrobasilaire et surviennent principalement chez les hommes âgés présentant des facteurs de risque cardiovasculaire associés.
Greigert H, 2021, 24, France	Étudier les infarctus du myocarde pendant l'artérite à cellules géantes	Étude de cohorte	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Non applicable	Infarctus du myocarde	Les infarctus du myocarde pendant l'artérite à cellules géantes semblent plus en lien avec l'inflammation systémique qu'avec une coronarite.
Moreel L, 2023, 25, Belgique	Étudier la valeur pronostique de la TEP au diagnostic d'ACG	Étude de cohorte	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	TEP	Evolution	La réalisation d'une imagerie PET au moment du diagnostic peut aider à estimer le risque de formation d'anévrisme aortique.
Kermani TA, 2013, 26, États-Unis	Étudier l'implication des gros vaisseaux dans l'artérite à cellules géantes	Étude de cohorte	Patients atteints d'artérite à cellules géantes		Implication des gros vaisseaux	La vigilance et le dépistage des anévrismes aortiques devraient être envisagés chez tous les patients 5 ans après l'apparition de l'ACG. L'anévrisme/dissection aortique est associé à une

PNDS Artérite à Cellules Géantes (Horton)

						augmentation de la mortalité dans l'ACG.
de Boysson H, 2019, 27, France	Examiner les modèles spécifiques d'atteinte des gros vaisseaux dans l'artérite à cellules géantes	Étude observationnelle	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Non applicable	Modèles d'atteinte des gros vaisseaux	Cette étude suggère l'existence de différentes formes d'événements cardiovasculaires en fonction du motif initial d'imagerie de la lésion vasculaire ischémique.
Espitia O, 2012, 28, France	Étudier l'artérite à cellules géantes avec ou sans atteinte de l'aorte au moment du diagnostic	Étude rétrospective	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Non applicable	Atteinte de l'aorte	Cette étude suggère que l'atteinte aortique inflammatoire présente au début de l'ACG pourrait prédire une évolution plus chronique/avec risque de rechute, avec des besoins en corticoïdes plus élevés et un risque accru d'événements vasculaires à long terme.
Dumont A, 2020, 29, France	Identifier les facteurs associés aux rechutes et à la dépendance aux glucocorticoïdes dans l'artérite à cellules géantes	Étude observationnelle	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Non applicable	Rechutes, dépendance aux glucocorticoïdes	L'atteinte de gros vaisseaux en imagerie semble être un facteur de risque indépendant de rechute et de dépendance aux glucocorticoïdes dans l'artérite à cellules géantes.
Samson M, 2018, 30, France	Évaluer l'ajout de tocilizumab en complément des	Étude prospective	Patients atteints d'artérite à	Tocilizumab en complément	Evolution de l'ACG	L'ajout de tocilizumab en complément des glucocorticoïdes au cours des 3

PNDS Artérite à Cellules Géantes (Horton)

	glucocorticoïdes au cours des 3 premiers mois de traitement de l'artérite à cellules géantes		cellules géantes	des glucocorticoïdes		premiers mois de traitement semble prometteur.
Tomasson G, 2014, 31, États-Unis	Examiner le risque de maladie cardiovasculaire après un diagnostic d'artérite à cellules géantes	Étude observationnelle	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Non applicable	Risque de maladie cardiovasculaire	L'ACG est associée à un risque accru d'IDM, d'AVC et d'AOMI
Pujades-Rodriguez M, 2020, 32, Royaume-Uni	Étudier les risques cardiovasculaires liés à la dose de glucocorticoïdes chez les patients atteints de maladies inflammatoires	Étude de cohorte basée sur la population	Patients atteints de maladies inflammatoires dysimmunitaires	Non applicable	Dose de glucocorticoïdes, risques cardiovasculaires	Dans cette étude, il a été observé un risque accru de maladies cardiovasculaires associé à la prise de glucocorticoïdes, même à des doses plus faibles (<5 mg), dans 6 maladies immuno-médiées. Ces résultats soulignent l'importance d'une surveillance rapide et régulière du risque cardiovasculaire et de l'utilisation d'un traitement de prévention primaire à toutes les doses de glucocorticoïdes.



PNDS Artérite à Cellules Géantes (Horton)

Souverein PC, 2004, 33, Pays-Bas	Analyser l'utilisation des glucocorticoïdes par voie orale et le risque de maladie cardiovasculaire et cérébrovasculaire	Étude de cas-témoins basée sur la population	Patients sous glucocorticoïdes par voie orale	Non applicable	Utilisation des glucocorticoïdes, risque de maladie cardiovasculaire et cérébrovasculaire	La corticothérapie orale a été identifiée comme facteur de risque d'insuffisance cardiaque.
Villiger PM, 2016, 37, Suisse	Évaluer l'efficacité du tocilizumab dans l'induction et le maintien de la rémission dans l'artérite à cellules géantes	Essai clinique randomisé	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Tocilizumab	Evolution de l'ACG	Efficacité du tocilizumab dans l'induction et le maintien de la rémission de l'ACG.
Stone JH, 2017, 38, États-Unis	Étudier l'efficacité du tocilizumab dans l'artérite à cellules géantes	Essai clinique randomisé	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Tocilizumab	Evolution de l'ACG	Efficacité du tocilizumab dans le maintien de la rémission sans glucocorticoïdes chez les patients atteints d'artérite à cellules géantes.
Adler S, 2019, 39, Suisse	Évaluer le risque de rechute après l'arrêt du traitement par tocilizumab dans l'artérite à cellules géantes	Étude observationnelle	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Arrêt du traitement par tocilizumab, risque de rechute	Evolution de l'ACG	Les données montrent qu'un traitement de 52 semaines avec le tocilizumab induit une rémission durable qui persiste chez la moitié des patients après l'arrêt du traitement.

PNDS Artérite à Cellules Géantes (Horton)

Stone JH, 2021, 40, États-Unis	Étudier l'effet à long terme du tocilizumab chez les patients atteints d'artérite à cellules géantes	Essai clinique	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Effet à long terme du tocilizumab	Evolution de l'ACG	Une proportion substantielle des patients traités par tocilizumab pendant un an maintient une rémission sans traitement au cours des deux années suivant l'arrêt du tocilizumab. Pour les patients qui présentent une rechute, le tocilizumab peut être utilisé pour traiter ces rechutes, mais il reste prudent d'inclure de la prednisone en raison du risque de perte de vision.
Samec MJ, 2023, 41, États-Unis	Étudier l'efficacité et la tolérance du tocilizumab chez les patients atteints d'artérite à cellules géantes	Essai clinique	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Tocilizumab	Efficacité et tolérance du tocilizumab	La tocilizumab est bien tolérée dans l'artérite à cellules géantes, avec des taux faibles d'arrêt en raison d'effets indésirables systémiques graves. Cependant, une rechute s'est produite chez plus de 50 % des patients malgré un traitement médian de plus de 12 mois.
Mahr AD, 2007, 42, France	Évaluer le méthotrexate en complément pour le traitement de l'artérite à cellules géantes	Méta-analyse des données individuelles des patients	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Méthotrexate en complément	Evolution de l'ACG	Le méthotrexate en complément peut être efficace pour le traitement de l'artérite à cellules géantes.

PNDS Artérite à Cellules Géantes (Horton)

Langford CA, 2017, 44, États-Unis	Évaluer l'efficacité de l'abatacept (CTLA-4Ig) dans le traitement de l'artérite à cellules géantes (ACG)	Essai clinique randomisé en double aveugle	Patients atteints d'ACG	Traitement par abatacept	Réponse au traitement et effets indésirables	L'ajout d'abatacept à la prednisone a réduit le risque de rechute et n'a pas été associé à un taux de toxicité plus élevé par rapport à la prednisone seule.
Koster MJ, 2022, 45, États-Unis	Étudier l'efficacité de Baricitinib dans l'artérite à cellules géantes récidivante	Étude prospective ouverte de 52 semaines	Patients atteints d'artérite à cellules géantes récidivante	Baricitinib	Réponse au traitement	Le baricitinib à la dose de 4 mg par jour a été bien toléré, et l'arrêt des glucocorticoïdes a été possible chez la plupart des patients atteints d'artérite à cellules géantes récidivante.
Cid MC, 2022, 46, Europe	Évaluer l'efficacité et la sécurité du mavrilimumab dans le traitement de l'artérite à cellules géantes (ACG)	Essai clinique de phase 2, randomisé, en double aveugle, contrôlé par placebo	Patients atteints d'ACG	Traitement par mavrilimumab	Réponse au traitement et effets indésirables	Le mavrilimumab en association avec 26 semaines de prednisone s'est révélé supérieur au placebo en association avec 26 semaines de prednisone en ce qui concerne le délai jusqu'à la rechute et le maintien de la rémission chez les patients atteints d'artérite à cellules géantes.
Conway R, 2018, 47, Irlande	Évaluer l'ustekinumab dans le traitement de l'artérite à	Essai clinique prospectif de 52 semaines	Patients atteints d'ACG réfractaire	Traitement par ustekinumab	Réponse au traitement et effets indésirables	L'ustekinumab pourrait être efficace pour le traitement de l'artérite à cellules géantes

PNDS Artérite à Cellules Géantes (Horton)

	cellules géantes (ACG) réfractaire					
Hoffman GS, 2017, 48, États-Unis	Évaluer l'efficacité de l'infliximab pour maintenir la rémission induite par les glucocorticoïdes dans l'artérite à cellules géantes	Essai randomisé	Patients atteints d'artérite à cellules géantes en rémission induite par les glucocorticoïdes	Infliximab	Réponse au traitement	Cette étude suggère que l'utilisation de l'infliximab en tant que traitement d'entretien chez les patients en rémission induite par les glucocorticoïdes atteints d'artérite à cellules géantes nouvellement diagnostiquée n'apporte aucun bénéfice et pourrait être préjudiciable.
Seror R, 2014, 50, France	Évaluer l'efficacité de l'adalimumab pour réduire la dépendance aux stéroïdes chez les patients atteints d'artérite à cellules géantes	Essai contrôlé randomisé multicentrique	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Adalimumab	Réponse au traitement	Chez les patients atteints d'artérite à cellules géantes nouvellement diagnostiquée, l'ajout d'un traitement de 10 semaines d'adalimumab à la prednisone n'a pas augmenté le nombre de patients en rémission avec moins de 0,1 mg/kg de corticostéroïdes à 6 mois.
Nesher G, 2004, 52, Israël	Aspirine à dose faible en prévention des complications cérébrales ischémiques au cours de l'ACG	Étude rétrospective	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Aspirine faibles doses	Survenue de complications cérébrales ischémiques	Ces données suggèrent que l'aspirine à faible dose diminue le taux de perte visuelle et d'accidents vasculaires cérébraux chez les patients atteints d'artérite à cellules géantes.

PNDS Artérite à Cellules Géantes (Horton)

Lee M, 2006, 53, États-Unis	Antiagrégant et anticoagulant au cours de l'ACG	Etude rétrospective	Patients atteints d'artérite à cellules géantes	Antiagrégant et anticoagulant	Survenue de complications vasculaires	Un traitement antiplaquettaire ou anticoagulant peut réduire le risque d'événements ischémiques chez les patients atteints d'artérite à cellules géantes. Aucune augmentation du risque de complications hémorragiques n'a été observée.
-----------------------------	---	---------------------	---	-------------------------------	---------------------------------------	--

## Bibliographie

1. Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, Basu N, Cid MC, Ferrario F, et al. 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis Rheum.* janv 2013;65(1):1-11.
2. Ponte C, Grayson PC, Robson JC, Suppiah R, Gribbons KB, Judge A, et al. 2022 American College of Rheumatology/EULAR classification criteria for giant cell arteritis. *Ann Rheum Dis.* déc 2022;81(12):1647-53.
3. Guittet L, de Boysson H, Cerasuolo D, Morello R, Sultan A, Deshayes S, et al. Whole-Country and Regional Incidences of Giant Cell Arteritis in French Continental and Overseas Territories: A 7-Year Nationwide Database Analysis. *ACR Open Rheumatol.* sept 2022;4(9):753-9.
4. Samson M, Corbera-Bellalta M, Audia S, Planas-Rigol E, Martin L, Cid MC, et al. Recent advances in our understanding of giant cell arteritis pathogenesis. *Autoimmun Rev.* août 2017;16(8):833-44.
5. Roche NE, Fulbright JW, Wagner AD, Hunder GG, Goronzy JJ, Weyand CM. Correlation of interleukin-6 production and disease activity in polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. *Arthritis Rheum.* sept 1993;36(9):1286-94.
6. Patil P, Williams M, Maw WW, Achilleos K, Elsideeg S, Dejaco C, et al. Fast track pathway reduces sight loss in giant cell arteritis: results of a longitudinal observational cohort study. *Clin Exp Rheumatol.* 2015;33(2 Suppl 89):S-103-106.
7. Diamantopoulos AP, Haugeberg G, Lindland A, Myklebust G. The fast-track ultrasound clinic for early diagnosis of giant cell arteritis significantly reduces permanent visual impairment: towards a more effective strategy to improve clinical outcome in giant cell arteritis? *Rheumatol Oxf Engl.* janv 2016;55(1):66-70.
8. Kirby C, Flood R, Mullan R, Murphy G, Kane D. Evolution of ultrasound in giant cell arteritis. *Front Med.* 2022;9:981659.
9. Nielsen BD, Gormsen LC, Hansen IT, Keller KK, Therkildsen P, Hauge EM. Three days of high-dose glucocorticoid treatment attenuates large-vessel 18F-FDG uptake in large-vessel giant cell arteritis but with a limited impact on diagnostic accuracy. *Eur J Nucl Med Mol Imaging.* juill 2018;45(7):1119-28.
10. Greigert H, Bonnotte B, Samson M. [Diagnosis of giant cell arteritis]. *Rev Prat.* avr 2023;73(4):387-94.
11. Nielsen AW, Frølund LL, Våben C, Bonde AR, Gormsen LC, de Thurah AL, et al. Concurrent baseline diagnosis of giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica - A systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum.* oct 2022;56:152069.
12. Gonzalez-Gay MA, Barros S, Lopez-Diaz MJ, Garcia-Porrúa C, Sanchez-Andrade A, Llorca

- J. Giant cell arteritis: disease patterns of clinical presentation in a series of 240 patients. *Medicine (Baltimore)*. sept 2005;84(5):269-76.
13. Cid MC, Font C, Oristrell J, de la Sierra A, Coll-Vinent B, López-Soto A, et al. Association between strong inflammatory response and low risk of developing visual loss and other cranial ischemic complications in giant cell (temporal) arteritis. *Arthritis Rheum*. janv 1998;41(1):26-32.
  14. Mahr A, Saba M, Kambouchner M, Polivka M, Baudrimont M, Brochériou I, et al. Temporal artery biopsy for diagnosing giant cell arteritis: the longer, the better? *Ann Rheum Dis*. juin 2006;65(6):826-8.
  15. Maleszewski JJ, Younge BR, Fritzlen JT, Hunder GG, Goronzy JJ, Warrington KJ, et al. Clinical and pathological evolution of giant cell arteritis: a prospective study of follow-up temporal artery biopsies in 40 treated patients. *Mod Pathol Off J U S Can Acad Pathol Inc*. juin 2017;30(6):788-96.
  16. Dejaco C, Duftner C, Buttgereit F, Matteson EL, Dasgupta B. The spectrum of giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica: revisiting the concept of the disease. *Rheumatol Oxf Engl*. 1 avr 2017;56(4):506-15.
  17. Dejaco C, Ramiro S, Duftner C, Besson FL, Bley TA, Blockmans D, et al. EULAR recommendations for the use of imaging in large vessel vasculitis in clinical practice. *Ann Rheum Dis*. mai 2018;77(5):636-43.
  18. Rinagel M, Chatelus E, Jousse-Joulin S, Sibilia J, Gottenberg JE, Chasset F, et al. Diagnostic performance of temporal artery ultrasound for the diagnosis of giant cell arteritis: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Autoimmun Rev*. janv 2019;18(1):56-61.
  19. Ješe R, Rotar Ž, Tomšič M, Hočevar A. The cut-off values for the intima-media complex thickness assessed by colour Doppler sonography in seven cranial and aortic arch arteries. *Rheumatology (Oxford)*. 2 mars 2021;60(3):1346-52.
  20. Thibault T, Durand-Bailloud B, Soudry-Faure A, Greigert H, Drouet C, Devilliers H, et al. PET/CT of cranial arteries for a sensitive diagnosis of giant cell arteritis. *Rheumatol Oxf Engl*. 3 avr 2023;62(4):1568-75.
  21. Berthod PE, Aho-Glélé S, Ornetti P, Chevallier O, Devilliers H, Ricolfi F, et al. CT analysis of the aorta in giant-cell arteritis: a case-control study. *Eur Radiol*. sept 2018;28(9):3676-84.
  22. Samson M, Jacquin A, Audia S, Daubail B, Devilliers H, Petrella T, et al. Stroke associated with giant cell arteritis: a population-based study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. févr 2015;86(2):216-21.
  23. de Boysson H, Aouba A. An Updated Review of Cardiovascular Events in Giant Cell Arteritis. *J Clin Med*. 15 févr 2022;11(4):1005.
  24. Greigert H, Zeller M, Putot A, Steinmetz E, Terriat B, Maza M, et al. Myocardial infarction

during giant cell arteritis: A cohort study. *Eur J Intern Med.* juill 2021;89:30-8.

25. Moreel L, Coudyzer W, Boeckxstaens L, Betrains A, Molenberghs G, Vanderschueren S, et al. Association Between Vascular 18F-Fluorodeoxyglucose Uptake at Diagnosis and Change in Aortic Dimensions in Giant Cell Arteritis : A Cohort Study. *Ann Intern Med.* oct 2023;176(10):1321-9.
26. Kermani TA, Warrington KJ, Crowson CS, Ytterberg SR, Hunder GG, Gabriel SE, et al. Large-vessel involvement in giant cell arteritis: a population-based cohort study of the incidence-trends and prognosis. *Ann Rheum Dis.* déc 2013;72(12):1989-94.
27. de Boysson H, Liozon E, Espitia O, Daumas A, Vautier M, Lambert M, et al. Different patterns and specific outcomes of large-vessel involvements in giant cell arteritis. *J Autoimmun.* sept 2019;103:102283.
28. Espitia O, Néel A, Leux C, Connault J, Espitia-Thibault A, Ponge T, et al. Giant cell arteritis with or without aortitis at diagnosis. A retrospective study of 22 patients with longterm followup. *J Rheumatol.* nov 2012;39(11):2157-62.
29. Dumont A, Parienti JJ, Delmas C, Boutemy J, Maigné G, Martin Silva N, et al. Factors Associated with Relapse and Dependence on Glucocorticoids in Giant Cell Arteritis. *J Rheumatol.* janv 2020;47(1):108-16.
30. Samson M, Devilliers H, Ly KH, Maurier F, Bienvenu B, Terrier B, et al. Tocilizumab as an add-on therapy to glucocorticoids during the first 3 months of treatment of Giant cell arteritis: A prospective study. *Eur J Intern Med.* nov 2018;57:96-104.
31. Tomasson G, Merkel PA. In response: risk for cardiovascular disease early and late after a diagnosis of giant-cell arteritis. *Ann Intern Med.* 5 août 2014;161(3):230.
32. Pujades-Rodriguez M, Morgan AW, Cubbon RM, Wu J. Dose-dependent oral glucocorticoid cardiovascular risks in people with immune-mediated inflammatory diseases: A population-based cohort study. *PLoS Med.* déc 2020;17(12):e1003432.
33. Souverein PC, Berard A, Van Staa TP, Cooper C, Egberts ACG, Leufkens HGM, et al. Use of oral glucocorticoids and risk of cardiovascular and cerebrovascular disease in a population based case-control study. *Heart Br Card Soc.* août 2004;90(8):859-65.
34. Greigert H, Genet C, Ramon A, Bonnotte B, Samson M. New Insights into the Pathogenesis of Giant Cell Arteritis: Mechanisms Involved in Maintaining Vascular Inflammation. *J Clin Med.* 20 mai 2022;11(10):2905.
35. Ramon A, Greigert H, Ornetti P, Bonnotte B, Samson M. Mimickers of Large Vessel Giant Cell Arteritis. *J Clin Med.* 19 janv 2022;11(3):495.
36. Masson E. EM-Consulte. [cité 26 août 2023]. Artérite à cellules géantes (maladie de Horton) - Pseudopolyarthrite rhizomélique. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1248451/arterite-a-cellules-geantes-maladie-de-horton-pseu>
37. Villiger PM, Adler S, Kuchen S, Wermelinger F, Dan D, Fiege V, et al. Tocilizumab for



- induction and maintenance of remission in giant cell arteritis: a phase 2, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Lond Engl.* 7 mai 2016;387(10031):1921-7.
38. Stone JH, Tuckwell K, Dimonaco S, Klearman M, Aringer M, Blockmans D, et al. Trial of Tocilizumab in Giant-Cell Arteritis. *N Engl J Med.* 27 juill 2017;377(4):317-28.
39. Adler S, Reichenbach S, Gloor A, Yerly D, Cullmann JL, Villiger PM. Risk of relapse after discontinuation of tocilizumab therapy in giant cell arteritis. *Rheumatol Oxf Engl.* 1 sept 2019;58(9):1639-43.
40. Stone JH, Han J, Aringer M, Blockmans D, Brouwer E, Cid MC, et al. Long-term effect of tocilizumab in patients with giant cell arteritis: open-label extension phase of the Giant Cell Arteritis Actemra (GiACTA) trial. *Lancet Rheumatol.* 1 mai 2021;3(5):e328-36.
41. Samec MJ, Rakholiya J, Langenfeld H, Crowson CS, Abril A, Wang B, et al. Relapse Risk and Safety of Long-Term Tocilizumab Use Among Patients With Giant Cell Arteritis: A Single-Enterprise Cohort Study. *J Rheumatol.* oct 2023;50(10):1310 7.
42. Mahr AD, Jover JA, Spiera RF, Hernández-García C, Fernández-Gutiérrez B, Lavalley MP, et al. Adjunctive methotrexate for treatment of giant cell arteritis: an individual patient data meta-analysis. *Arthritis Rheum.* août 2007;56(8):2789-97.
43. Venhoff N, Schmidt WA, Bergner R, Rech J, Unger L, Tony HP, et al. Safety and efficacy of secukinumab in patients with giant cell arteritis (TitAIN): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 2 trial. *Lancet Rheumatol.* 1 juin 2023;5(6):e341-50.
44. Langford CA, Cuthbertson D, Ytterberg SR, Khalidi N, Monach PA, Carette S, et al. A Randomized, Double-Blind Trial of Abatacept (CTLA-4Ig) for the Treatment of Giant Cell Arteritis. *Arthritis Rheumatol Hoboken NJ.* avr 2017;69(4):837-45.
45. Koster MJ, Crowson CS, Giblon RE, Jaquith JM, Duarte-García A, Matteson EL, et al. Baricitinib for relapsing giant cell arteritis: a prospective open-label 52-week pilot study. *Ann Rheum Dis.* juin 2022;81(6):861 7.
46. Cid MC, Unizony SH, Blockmans D, Brouwer E, Dagna L, Dasgupta B, et al. Efficacy and safety of mavrimumab in giant cell arteritis: a phase 2, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Rheum Dis.* mai 2022;81(5):653 61.
47. Conway R, O'Neill L, Gallagher P, McCarthy GM, Murphy CC, Veale DJ, et al. Ustekinumab for refractory giant cell arteritis: A prospective 52-week trial. *Semin Arthritis Rheum.* déc 2018;48(3):523 8.
48. Hoffman GS, Cid MC, Rendt-Zagar KE, Merkel PA, Weyand CM, Stone JH, et al. Infliximab for maintenance of glucocorticosteroid-induced remission of giant cell arteritis: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 1 mai 2007;146(9):621 30.
49. Martínez-Taboada VM, Rodríguez-Valverde V, Carreño L, López-Longo J, Figueroa M, Belzunegui J, et al. A double-blind placebo controlled trial of etanercept in patients with giant cell arteritis and corticosteroid side effects. *Ann Rheum Dis.* mai 2008;67(5):625 30.

50. Seror R, Baron G, Hachulla E, Debandt M, Larroche C, Puéchal X, et al. Adalimumab for steroid sparing in patients with giant-cell arteritis: results of a multicentre randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis.* déc 2014;73(12):2074-81.
51. Chanson P, Guignat L, Goichot B, Chabre O, Boustani DS, Reynaud R, et al. Group 2: Adrenal insufficiency: screening methods and confirmation of diagnosis. *Ann Endocrinol.* déc 2017;78(6):495-511.
52. Neshar G, Berkun Y, Mates M, Baras M, Rubinow A, Sonnenblick M. Low-dose aspirin and prevention of cranial ischemic complications in giant cell arteritis. *Arthritis Rheum.* avr 2004;50(4):1332-7.
53. Lee MS, Smith SD, Galor A, Hoffman GS. Antiplatelet and anticoagulant therapy in patients with giant cell arteritis. *Arthritis Rheum.* oct 2006;54(10):3306-9.
54. Berger CT, Wolbers M, Meyer P, Daikeler T, Hess C. High incidence of severe ischaemic complications in patients with giant cell arteritis irrespective of platelet count and size, and platelet inhibition. *Rheumatology (Oxford).* mars 2009;48(3):258-61.
55. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 7 sept 2021;42(34):3227-337.
56. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens.* 1 déc 2023;41(12):1874-2071.
57. Briot K, Cortet B, Roux C, Fardet L, Abitbol V, Bacchetta J, et al. 2014 update of recommendations on the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis. *Joint Bone Spine.* déc 2014;81(6):493-501.