



HAL
open science

L'artérite à cellules géantes racontée par les patients : analyse du vécu de la maladie, de son traitement et de son impact sur la qualité de vie

Clivia Barakat

► **To cite this version:**

Clivia Barakat. L'artérite à cellules géantes racontée par les patients : analyse du vécu de la maladie, de son traitement et de son impact sur la qualité de vie. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03336018

HAL Id: dumas-03336018

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03336018>

Submitted on 6 Sep 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2021

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 2 juin 2021

par

Madame Clivia BARAKAT

Née le 15/09/1991 à Caen (*Calvados*)

TITRE DE LA THÈSE :

**L'Artérite à Cellules Géantes racontée par les patients :
analyse du vécu de la maladie, de son traitement et de son
impact sur la qualité de vie**

Président : Monsieur le Professeur AOUBA Achille

Membres : Monsieur le Docteur DE BOYSSON Hubert, Directeur de thèse

Madame le Docteur NOEL DE JAEGHER Sophie

Monsieur le Docteur BANSARD Mathieu

Année Universitaire 2020/2021**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Asseseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale

Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie

M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

Année Universitaire 2020/2021**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Asseseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUBERT Xavier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	BANSARD Mathieu	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	NOEL DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

Remerciements

Au président du jury de Thèse, Monsieur le Professeur AOUBA,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et d'y apporter votre expérience, veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude.

À mon directeur de Thèse, Monsieur le Docteur DE BOYSSON,

Je te remercie sincèrement de m'avoir donné l'occasion de faire ce travail, de me faire l'honneur de m'encadrer dans sa réalisation et de m'avoir donné la fièvre de l'ACG ! Merci pour ta disponibilité, ta pertinence, tes relectures et ta sympathie. C'était un réel plaisir de travailler avec toi. Je te souhaite le meilleur pour ta vie future et j'espère que nos chemins se recroiseront.

À Madame le Docteur NOEL DE JAEGHER Sophie,

Vous me faites l'honneur d'évaluer mon travail en siégeant dans le jury de thèse. Je vous remercie de votre disponibilité et votre bienveillance. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur BANSARD Mathieu,

Tu me fais l'honneur de siéger à mon jury de thèse et je t'en remercie sincèrement. Je garde en mémoire d'excellents souvenirs de ta supervision en stage de médecine interne. Je suis heureuse que tu fasses partie de cette aventure !

Aux Médecins Généralistes avec qui j'ai eu ou ai encore la chance de travailler et de m'épanouir, qu'ils aient été maîtres de stage ou compagnons de travail, le Dr CHEDEVILLE et son enseignement de la PNL, le Dr CENDRIER-SCHAEFFERT pour son énergie. Le Dr Clémentine PITEL pour ta disponibilité et ta gentillesse ce fût un plaisir de te remplacer et de continuer d'échanger avec toi !

Le Dr Pierre MAILLOL pour ton encadrement, ta bienveillance, tes patients que j'ai l'honneur de soigner tous les vendredis, et ta confiance. Je suis heureuse de t'avoir rencontré et d'être le témoin de l'incroyable médecin généraliste que tu es.

Le Dr Pierre ALBERT, merci à Marie de m'avoir fait croiser ta route ! Merci de la confiance que tu m'accordes et de nos échanges épanouissants et drôles. Et surtout, même si je ne parle pas la langue punk : merci de montrer la route pour devenir un médecin généraliste aussi bienveillant et pertinent.

À Sylvie la Shiva du secrétariat, merci pour ta gentillesse et ta rigueur. À l'ensemble des équipes paramédicales et des secrétaires avec lesquelles j'ai eu le plaisir de travailler un jour.

À mes futures témoins : Alice, mon poulet des îles, à nos fous rires John Lemonien et à tous ces incroyables souvenirs depuis plus de 14 ans d'amitié. À Morgane qui m'a fait découvrir le pain perdu nutella sucre glace, et qui possède un disque dur de photos prêt à détruire ma carrière. À Chloé ma rencontre tardive, mais que j'ai l'impression de connaître depuis mille ans, à notre amour pour la nourriture, et à ta future vie à Saint-Aubin-sur-mer et pas ailleurs.

À toute la belle bande des « Champions », j'ai une chance incroyable de vous avoir, chacun d'entre vous, on continue ensemble ? Lucas, Aurélie, Tiphaine, Johann, Arthur, Stéphanie, Oriane, Baptiste, Romain, Gaby, Benjamin, Charlotte, Alex, Eléonore, Margaux, Adrien, et les belles moitiés Orlane, Jérémy, Geoffrey, Maé, Marilyne, Maxime, Nicolas, Quentin, Clément. Aux petits bébés de la bande !

Clin d'œil à Jojo plus particulièrement, je ne finirai pas ophtalmologue mais j'espère pouvoir te sauver de la conjonctivite, je porterai ton combat.

À mon co-interne de choc (septique), **Omar** merci pour nos franches rigolades et pour tes avis éclairés. Je nous souhaite plein d'histoires à se raconter devant un thé à la menthe !

Aux deux gouroules **Charlotte** et **Amélie**, à nos apéros chez Catherine, à la horde de moustiques, aux avis gynéco sauvages : merci Avranches pour ces belles amitiés !

À la bande des Kilts et des non Kilts, Ph, Mourad, Kevin, Antoine, Margaux, Sophie, Fanny, Claudia, Nicolas, Julien, François : merci de m'avoir accueillie, je suis heureuse de vous connaître et de savoir Erwan aussi bien entouré !

À toute ma belle-famille, Patrice et Catherine, Lucile, Jy, Fanny, Yvain, Romain, Marion, Daniel... « la maison du bonheur » prend tout son sens avec vous, je suis heureuse d'en faire partie !

À toute ma famille en Syrie, à ma sœur Natasha, mes oncles, tantes, cousins et neveux qui me manquent. À la Syrie dont il me tarde de fouler les pavés meurtris.

À mon **frère Michel** et sa famille. Je suis admirative de ton courage et de tes belles valeurs.

À **Stéphane** et **Guillaume**, vous êtes comme des frères pour moi, je nous souhaite plein de soirées vélo-trottoirs et de dimanches en famille. Aux neveux et nièces que j'aime, les générations futures n'ont qu'à bien se tenir !

À mes **sœurs Kian** et **Woujoud** : vous êtes mes lucioles, merci pour vos conseils avisés en toute heure, votre courage, votre détermination, et votre intelligence qui me guident tous les jours. Vous rayonnez d'amour et me rendez si fière d'être votre petite sœur.

À mes parents : qu'il est dur de témoigner de toute la gratitude d'une vie en quelques lignes ! Vous êtes un modèle de générosité, de courage et d'amour. Merci d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir accompagnée, soutenue, réconfortée et choyée en toute circonstance et particulièrement pour ces années de médecine. Je mesure la chance que j'ai de vous avoir.

Et enfin à **Erwan**, et au plus beau des engagements que nous allons nous faire dans quelques jours. La route est tellement belle à tes côtés.

Liste des abréviations

ACG : Artérite à cellules géantes

ACR : American College of Rheumatology

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CRP : Protéine c-réactive

GC : Glucocorticoïdes

GDS : Geriatric Depression Scale

MCS : Composante Mentale Score

PCS : Composante Physique Score

PPR : Pseudo-polyarthrite rhizomélique

QdV : Qualité de vie

VS : Vitesse de sédimentation

Liste des tableaux et figures

Liste des tableaux :

Tableau 1. Étude de concordance des symptômes de l'ACG évalués par le patient ou par son médecin (p.8)

Tableau 2. Étude de concordance des symptômes de l'ACG évalués par le patient ou par son médecin, selon la date du diagnostic (p.9)

Tableau 3. Effets indésirables décrits par les patients à l'initiation des glucocorticoïdes pour le traitement de l'artérite à cellules géantes (p.12)

Tableau 4. Effets indésirables décrits par les patients en fonction de la durée des glucocorticoïdes (en mois) (p.13)

Tableau 5. Comparaison des patients atteints d'ACG selon la sévérité de l'incapacité physique évaluée par l'échelle de SF-12 (p.15)

Tableau 6. Comparaison des patients atteints d'ACG selon la sévérité de l'incapacité mentale évaluée par l'échelle de SF-12 (p.17)

Tableau 7. Facteurs prédictifs associés à une incapacité physique modérée à grave (analyse univariée et multivariée) (p.19)

Tableau 8. Facteurs prédictifs associés à une incapacité mentale modérée à grave (analyse univariée multivariée) (p.20)

Liste des figures :

Figure 1. Analyse des concordances ou discordances reliées au symptôme de pseudo-polyarthrite rhizomélique, selon le patient et le médecin (p.10)

Figure 2. Comparaison des scores physique du SF-12 en fonction des plaintes rapportées par le patient (p.16)

Figure 3. Comparaison des scores mentaux du SF-12 en fonction des plaintes rapportées par le patient (p.18)

Sommaire

I. INTRODUCTION	1
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE	3
1) Patients :	3
2) Paramètres étudiés et définitions	3
3) Éthique.....	5
4) Analyses statistiques.....	5
III. RÉSULTATS	7
1) Description de la population et analyse des manifestations cliniques décrites par le patient et comparées à la base de données cliniques du service.....	7
2) Description des effets indésirables liés aux glucocorticoïdes	11
3) Analyse de la qualité de vie.....	14
4) Facteurs prédictifs d'une incapacité physique et mentale modérée à sévère	18
IV. DISCUSSION	21
V. BIBLIOGRAPHIE	26
VI. ANNEXES	31
1) Annexe 1. Questionnaire envoyé aux patients.....	31
2) Annexe 2. Détail des principaux effets indésirables liés aux glucocorticoïdes.....	41

I. INTRODUCTION

L'artérite à cellules géantes (ACG) est une vascularite systémique. Elle correspond à une panartérite des artères de grand et moyen calibre, qu'elle touche de façon focale et segmentaire [1,2]. Cette maladie inflammatoire est la vascularite la plus fréquente du sujet de plus de 50 ans, en particulier caucasien, avec un pic d'incidence entre 70 et 80 ans. Elle touche une femme 3 fois sur 4 [3,4].

L'atteinte préférentielle des branches des artères carotides externes et des artères ophtalmiques, explique les manifestations cliniques crâniennes observées chez le malade. Classiquement, il existe des céphalées fronto-temporales, une hyperesthésie du cuir chevelu et/ou une claudication intermittente des mâchoires. Les patients peuvent présenter des signes généraux associant une fièvre, une altération de l'état général avec asthénie, amaigrissement. Dans la moitié des cas, l'ACG peut s'associer à une pseudo-polyarthrite rhizomélique (PPR) [5]. Le pronostic au diagnostic est principalement lié à la survenue de complications ischémiques en particulier ophtalmologiques [6], redoutées et qui déterminent l'urgence de la prise en charge diagnostique et thérapeutique [7]. Les complications de l'ACG sont également cardiovasculaires, neurologiques et infectieuses, facteurs prédictifs de mortalité [8].

Le traitement de première intention à ce jour reste la corticothérapie orale prolongée. La prednisone est recommandée à une dose initiale de 0,7 mg/kg/j et jusqu'à 1 mg/kg/j dans les formes compliquées. La dose est progressivement décréue sur une durée de traitement comprise entre 18 et 24 mois [9]. Elle permet une résolution rapide des symptômes cliniques et donne des résultats favorables à long terme si elle est initiée tôt [10-11].

Cependant, la corticothérapie à forte dose et au long cours, dans le parcours émaillé de rechutes de l'ACG, peut induire de nombreux effets indésirables. Relativement bien connus et multi-organiques, ils semblent concerner jusqu'à 86 % des patients bénéficiant de corticothérapie prolongée, selon certaines études [12-13].

Les complications sont cardiologiques, métaboliques et neuropsychiques dans un premier temps et aux posologies les plus élevées, tandis que les complications infectieuses, osseuses et ophtalmologiques sont davantage liées à la durée d'imprégnation cortisonique [14].

En pratique clinique, il est observé que les complications propres de l'ACG, intriquées aux effets secondaires du traitement, affectent le quotidien des patients et nuisent à leur qualité de vie, allant jusqu'à entraîner une invalidité importante. L'évaluation de ces complications est probablement

insuffisante dans le cadre du suivi habituel en médecine spécialisée et leur reconnaissance, dépistage et éventuellement traitement pourraient en être améliorés par une meilleure prise de conscience par la communauté médicale. La place du Médecin Généraliste dans le suivi de ces patients et dans son rôle de coordination est primordiale. Les spécificités propres à la vascularite et son traitement sont souvent laissés au médecin référent de l'ACG (souvent un médecin interniste, rhumatologue, ophtalmologue ou vasculaire), malheureusement parfois au détriment des autres problématiques médicales. L'évaluation de l'autonomie, du capital osseux et musculaire, des complications cognitives, ophtalmologiques, cardio-vasculaires, métaboliques ou infectieuses peut être faite dans le cadre de la médecine de ville, plaçant alors le Médecin Généraliste au-devant de la scène.

A ce jour, peu de données existent sur la qualité de vie des patients ayant une ACG et traités par cortisone. Par ailleurs, peu d'études ont décrit la maladie, son traitement et ses effets vus par le patient lui-même.

Dans cette étude, nous avons souhaité connaître le vécu des patients à travers un questionnaire. Notre objectif était triple. D'abord, nous souhaitions évaluer les plaintes en lien avec l'ACG et leur intensité décrites par les patients eux-mêmes. Ensuite, nous avons évalué l'impact positif et négatif de la cortisone sur le quotidien des patients. Nous avons cherché dans cette partie à analyser tous les effets secondaires possiblement attribuables à la cortisone. Enfin, au travers de questionnaires validés, nous avons évalué la qualité de vie, physique et mentale des patients.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE :

1) Patients :

Le service de Médecine Interne du CHU de Caen est historiquement très impliqué dans la prise en charge des patients de la région souffrant d'une ACG. A ce titre, le service tient à jour une base de données de >500 patients ayant eu un suivi dans le service depuis 2000. Chez tous les patients, le diagnostic d'ACG a été retenu sur la base de la présence d'au moins 3 critères de l'American College of Rheumatology (ACR) [15] ou 2 critères de l'ACR associés à une vascularite des gros vaisseaux, démontrée par imagerie ou par biopsie sur un échantillon vasculaire extra-temporal. Enfin, chez quelques patients, le diagnostic a été porté sur l'expertise du médecin en charge du patient et une réponse adaptée à la corticothérapie.

Dans cette étude, nous avons rétrospectivement sélectionné tous les patients ayant eu un diagnostic d'ACG porté dans le service entre janvier 2016 et février 2020. Sur cette période 101 patients atteints d'ACG ont été pris en charge.

Un questionnaire papier a été envoyé par voie postale en mai 2020 aux 101 patients. Une enveloppe affranchie était jointe aux questionnaires pour faciliter les retours. Les patients n'ayant pas répondu au questionnaire dans un délai de 3 mois ont été relancés par appel téléphonique.

Sur la cohorte initiale de 101 patients, 90 patients ont répondu à notre questionnaire, dont 3 ayant nécessité un appel téléphonique pour l'aide au remplissage du document du fait de troubles visuels ou de difficulté à l'écriture. Deux patients sont décédés sur la période d'inclusion, et un patient a refusé de répondre à l'étude. Enfin 8 patients n'ont pu être joints.

2) Paramètres étudiés et définitions :

Pour chaque patient, nous disposons via la base de donnée du service de données démographiques, des facteurs de risque cardiovasculaire initiaux (tabagisme, hypercholestérolémie, hypertension, diabète et antécédent d'accident vasculaire cérébral ou de maladie coronarienne), des manifestations cliniques de l'ACG (asthénie, fièvre, céphalées, hyperesthésies du cuir chevelu, claudication de la mâchoire, pseudo-polyarthrite rhizomélique, troubles visuels initiaux, présence d'une cécité, une altération de l'état général), des résultats biologiques (vitesse de sédimentation (VS), de protéine c-réactive (CRP)), des résultats de l'histologie de l'artère temporale ou de l'imagerie des gros vaisseaux lorsqu'elle était réalisée, des données thérapeutiques en particulier la gestion des glucocorticoïdes (GC) ou l'instauration d'un traitement immunosuppresseur, et des données évolutives, en particulier les rechutes et survenue d'évènement cardio-vasculaires liés à l'ACG. Les rechutes ont été définies comme la récurrence d'un

syndrome inflammatoire et des signes et symptômes cliniques attribuables à l'ACG sans aucune autre explication, conduisant à une augmentation de la dose de GC.

Le questionnaire envoyé aux patients est fourni en Annexe 1. Schématiquement, le questionnaire pouvait se diviser en trois parties distinctes.

La première partie permettait de renseigner les données démographiques, les symptômes et signes cliniques ressentis par le patient au début de la maladie. Les principaux signes de la maladie étaient listés et les patients devaient signifier s'ils avaient ou non eu ces symptômes et en évaluer l'intensité. N'étaient proposés que des symptômes évaluables par le patient lui-même. Par exemple, l'aspect anormal des artères temporales, signe clinique pourtant systématiquement recherché par le clinicien, n'était pas demandé.

La seconde partie du questionnaire concernait le traitement par GC et le ressenti du patient. L'appréhension et l'amélioration sous corticothérapie, les effets secondaires expérimentés du traitement, étaient évalués. Une liste adaptée des principaux effets indésirables décrits avec les GC était proposée aux patients. Schématiquement, les patients étaient interrogés sur la survenue de complications cardiovasculaires, métaboliques, osseuses, cutanées, ophtalmologiques, infectieuses, musculaires et cognitives/psychologiques. Pour chaque item, un listing détaillé était fourni (Annexe 2). Pour chaque complication décrite, la dépréciation a été mesurée par un score d'intensité allant de (1) à (3). L'intensité (1) correspondant à un ressenti peu gênant et (3) un ressenti très gênant.

Des questions ouvertes permettaient également de déterminer quelle plainte de chaque domaine était considérée comme la plus gênante.

En raison de l'impact potentiel des complications liées aux GC sur l'autonomie, celle-ci était évaluée. La réduction de l'autonomie physique au cours du suivi était définie comme la survenue de chutes mécaniques, de difficultés à la marche ou encore d'un besoin d'aide dans les activités quotidiennes.

Enfin, la dernière partie du questionnaire évaluait la qualité de vie (QdV) à l'aide d'échelles génériques validées dans leur version française : le SF-12 et le GDS30.

Il n'existe à ce jour aucune échelle de qualité de vie reconnue spécifiquement dans l'ACG. Du fait de leur validation dans les études de QdV, de leur reproductibilité et de leur facilité de réalisation, ces échelles ont donc été utilisées.

Le SF-12 explore la santé physique, émotionnelle et sociale. Cette échelle comprend 12 items répartis en 8 dimensions (l'activité physique, la vie et les relations avec les autres, les douleurs physiques, la santé perçue, la vitalité, les limitations dues à l'état psychique, les limitations dues à l'état physique et la santé psychique). Le SF-12 a été élaboré à partir de l'échelle SF-36, mise au point par John Ware et al. [16]. L'étude de choix et de validation des items a été effectuée dans 9 pays européens dont la France et auprès de 9000 personnes. [17, 18]. Nous disposons d'une licence d'utilisation pour le SF-12.

Les réponses au SF-12 permettent d'établir un score de qualité de vie mentale (MCS ou Composante Mentale Score) et un score de qualité de vie physique (PCS ou Composante Physique Score). Chaque score peut atteindre un maximum de 100. La moyenne était fixée à 50, un score > 50 correspond à une bonne qualité de vie. Un score compris entre 40 et 49 traduit une légère incapacité. Un score entre 30 à 39 témoigne d'une incapacité modérée et enfin un score inférieur à 30 d'une incapacité sévère. Les patients ont été séparés en deux groupes en fonction de l'incapacité. Un groupe « incapacité nulle à légère » correspondait aux patients ayant un score entre 40 et 49, et >50 dans les deux domaines physiques et mentaux, tandis que l'autre « incapacité modérée à sévère » regroupait les patients ayant un score entre 30 et 39, et < 30. A partir de ces deux groupes, nous avons déterminé par analyse multivariée les facteurs prédictifs d'une incapacité physique et mentale modérée à sévère.

L'échelle GDS (Geriatric Depression Scale) permettait d'évaluer l'état thymique du patient [19]. Il s'agit d'un auto-questionnaire à 30 items. Pour chaque item le patient devait répondre par oui ou par non en fonction de l'état dans lequel il s'était senti la semaine précédente. Un score entre 0 et 9 retient un état thymique normal, entre 10 et 19 une légère dépression, et entre 20 et 30 une dépression modérée à sévère.

3) Éthique :

Cette étude a été menée dans le respect des bonnes pratiques cliniques et des principes de la Déclaration d'Helsinki. Les patients étaient informés au début du questionnaire de l'objectif de notre étude et de leur totale liberté de participer ou non. Le retour du questionnaire attestait de leur consentement à participer. Le comité local d'Ethique a validé cette étude et n'a pas émis d'objection.

4) Analyses statistiques :

Les variables catégorielles sont exprimées sous forme de nombres (%) et les variables quantitatives sont exprimées sous forme de médianes [intervalle]. Pour comparer deux groupes, les variables catégorielles ont été analysées à l'aide du test du Chi² (χ^2) ou du test exact de Fisher selon le cas, et les variables quantitatives ont été analysées à l'aide du test des rangs signés de Wilcoxon.

La concordance entre les plaintes décrites par le patient et celles relevées par le médecin a été analysée par un test de concordance et le calcul de l'index κ de Cohen. Les valeurs du coefficient représentent les interprétations suivantes : médiocre ($\kappa < 0$), légère ($\kappa = 0-0,20$), juste ($\kappa = 0,21-0,40$), modérée ($\kappa = 0,41-0,60$), substantiel ($\kappa = 0,61-0,80$) et presque parfait ($\kappa = 0,81-1$).

Une régression logistique a été réalisée pour déterminer les facteurs prédictifs d'une incapacité modérée à sévère. Toutes les variables ayant un $p < 0,20$ en univarié ont été incluses dans le modèle multivarié et

une approche pas à pas a été réalisée. Les analyses statistiques ont été calculées à l'aide de JMP 9.0.1 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA). Un $p \leq 0,05$ définissait la signification statistique.

III. RÉSULTATS :

1) Description de la population et analyse des manifestations cliniques décrites par le patient et comparées à la base de données cliniques du service

Au total, 90 patients ont été inclus dans l'étude (soit 89% de réponse au questionnaire). Sur le plan épidémiologique il y avait une prépondérance féminine avec 71 % de femmes (n=64). L'âge médian était de 76 ans [60–94]. Un antécédent familial dans la même fratrie était retrouvé chez 4 % d'entre eux. Chez les patients, la durée médiane de corticothérapie était de 21 mois [3–48].

Les symptômes les plus fréquemment rapportés par les patients relevaient d'une asthénie chez 78% (n=70), de céphalées chez 72% (n=65), d'une hyperesthésie du cuir chevelu et une claudication de la mâchoire pour 54% respectivement d'entre eux (n=49), de pseudo-polyarthrite rhizomélique chez 53% (n=48) ; Dans une moindre mesure il était rapporté des troubles visuels initialement au diagnostic pour 40% (n=36) et de la fièvre chez 23% (n=21).

Dans le Tableau 1, nous avons analysé la concordance entre les symptômes rapportés par les patients et les symptômes notifiés par le médecin lors des consultations. Les meilleures concordances correspondaient aux céphalées (72% des patients contre 62% évaluées par le médecin ; $\kappa = 0,55$) et la fièvre (23% vs 28% ; $\kappa = 0,48$). En revanche, il était observé une concordance légère ($\kappa = 0,19$) concernant l'asthénie (78% vue par les patients vs 39%) et la pseudo-polyarthrite rhizomélique (48 vs 39%).

Tableau 1. Étude de concordance des symptômes de l'ACG évalués par le patient ou par son médecin

	Patient (n=90)	Médecin (n=90)	<i>Coefficient κ [IC à 95 %]</i>
Asthénie	70 (78)	39 (43)	0.19 [0.04—0.34]
Fièvre	21 (23)	25 (28)	0.48 [0.27—0.68]
Céphalées	65 (72)	62 (69)	0.55 [0,36—0,74]
Hyperesthésies du cuir chevelu	49 (54)	38 (42)	0.41 [0,23—0,59]
Claudication de la mâchoire	49 (54)	35 (39)	0.35 [0.16—0.53]
Pseudo-polyarthrite rhizomélique	48 (53)	35 (39)	0.19 [0.004—0.38]
Troubles visuels initiaux	36 (40)	29 (32)	0.35 [0.16—0.55]

Les valeurs sont des nombres (%). Les valeurs du coefficient représentent les interprétations suivantes : médiocre ($\kappa < 0$), légère ($\kappa = 0-0,20$), juste ($\kappa = 0,21-0,40$), modérée ($\kappa = 0,41-0,60$), substantiel ($\kappa = 0,61-0,80$) et presque parfait ($\kappa = 0,81-1$).

Afin d'évaluer un éventuel biais de rappel lors du remplissage du questionnaire, notamment chez les patients chez qui le diagnostic remontait à plus de deux ans, nous avons refait la même analyse de concordance en séparant les patients ayant eu un diagnostic d'ACG avant et après 2018. Les résultats sont détaillés dans le Tableau 2. En dehors des troubles visuels et la PPR, les concordances étaient meilleures chez les patients ayant un diagnostic plus récent d'ACG, après 2018.

Tableau 2. Étude de concordance des symptômes de l'ACG évalués par le patient ou par son médecin, selon la date du diagnostic

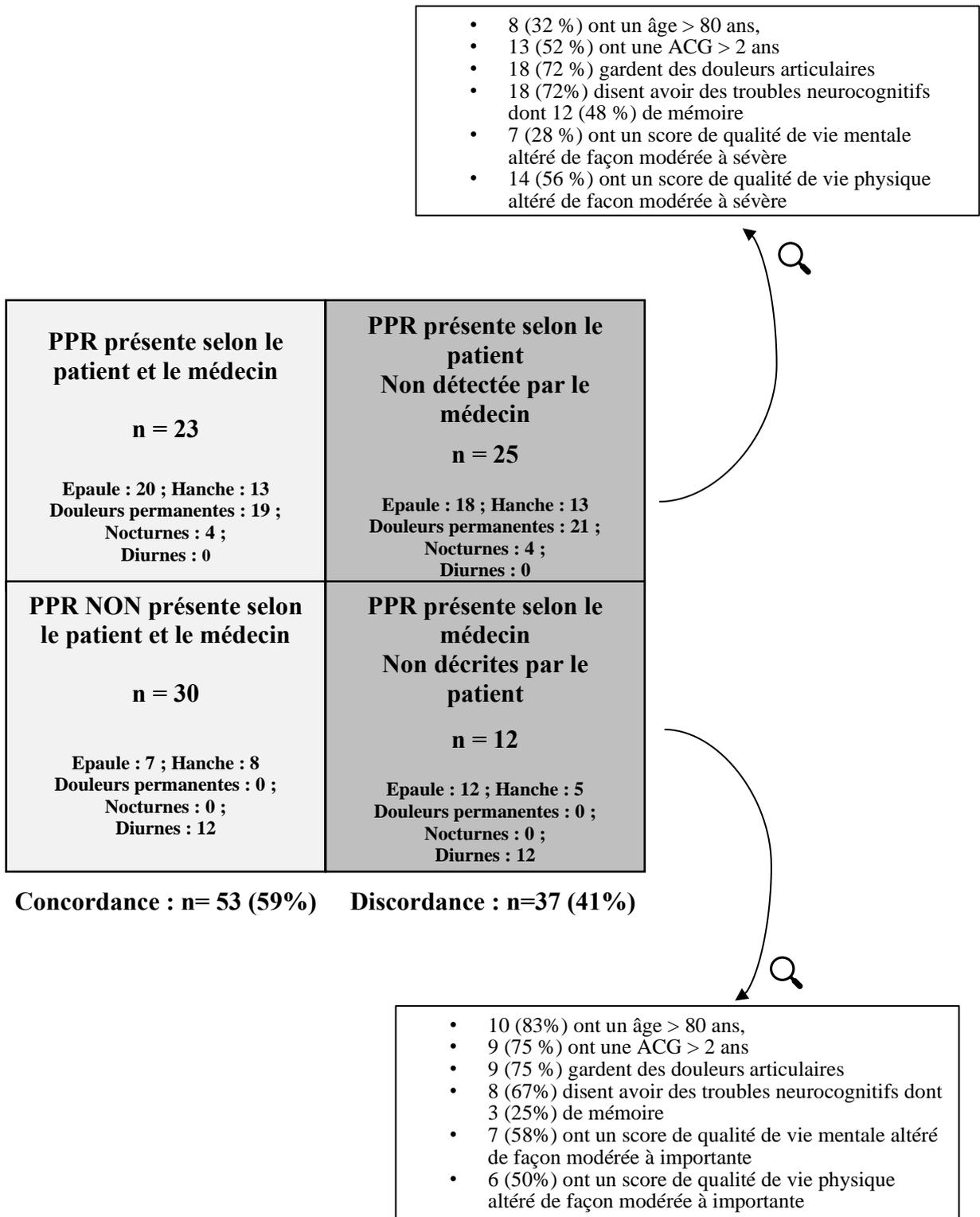
	Diagnostic d'ACG avant 2018 (n=59 patients)			Diagnostic d'ACG après 2018 (n=31 patients)		
	Patient	Médecin	Coefficient κ [IC à 95 %]	Patient	Médecin	Coefficient κ [IC à 95 %]
Asthénie	46 (78)	23 (39)	0.18 [0.02—0.35]	24 (77)	16 (52)	0.21 [0.08—0.51]
Fièvre	15 (25)	16 (27)	0.43 [0.17—0.69]	6 (19)	9 (29)	0.56 [0.24—0.90]
Céphalées	41 (69)	37 (63)	0.47 [0.24—0.71]	24 (77)	25 (81)	0.71 [0.40—1]
Hyperesthésies du cuir chevelu	31 (53)	22 (37)	0.36 [0.14—0.59]	18 (58)	16 (52)	0.48 [0.17—0.79]
Claudication de la mâchoire	31 (53)	32 (36)	0.27 [0.03—0.50]	18 (58)	14 (45)	0.49 [0.20—0.79]
Pseudo-polyarthrite rhizomélique	28 (47)	24 (41)	0.25 [0.001—0.49]	20 (73)	11 (35)	0.11 [0.008—0.40]
Troubles visuels initiaux	22 (37)	16 (27)	0.38 [0.14—0.63]	14 (45)	13 (42)	0.28 [0.06—0.61]

Les valeurs sont des nombres (%). Les valeurs du coefficient représentent les interprétations suivantes : médiocre ($\kappa < 0$), légère ($\kappa = 0-0,20$), juste ($\kappa = 0,21-0,40$), modérée ($\kappa = 0,41-0,60$).

En raison de la faible concordance de l'évaluation de la PPR, nous avons analysé plus en détail les données discordantes et analysé les localisations et rythmes inflammatoires/mécaniques des douleurs. Les résultats sont détaillés sur la Figure 1. Parmi les 25 patients ayant rapporté des douleurs pouvant correspondre à une PPR, non détectée par les médecins, 18 (72%) déclarent conserver encore aujourd'hui ces douleurs. Le rythme de ces douleurs était décrit comme diurne et nocturne chez 21 (84%).

A l'inverse, parmi les 12 patients qui ne décrivaient pas dans le questionnaire de douleurs correspondant à une PPR alors même que le médecin avait noté cette plainte, tous déclaraient que les douleurs étaient exclusivement diurnes. 83% d'entre eux étaient âgés de plus de 80 ans et 75% avaient un diagnostic qui remontait à >2 ans.

Figure 1. Analyse des concordances ou discordances reliées au symptôme de pseudo-polyarthrite rhizomélique, selon le patient et le médecin



2) Description des effets indésirables liés aux glucocorticoïdes :

Parmi les 90 patients, 81% (n=73) rapportaient au moins un effet indésirable qu'ils imputaient à la corticothérapie. La liste détaillée est précisée dans le Tableau 3.

Un impact sur l'autonomie était rapporté chez 63% (n=57) des sujets avec des difficultés à la marche, des chutes mécaniques ou encore la nécessité d'aide extérieure. Pour plus de la moitié de la cohorte (58% ; n=52), il existait des effets métaboliques avec l'apparition ou l'aggravation d'un diabète, et des variations pondérales. Des troubles de la vision étaient décrits également chez 58% des patients, liés notamment à une cataracte chez 38% de ces patients ou plus rarement à un glaucome dans 9 % des cas (n=8). Dans une moindre mesure, des manifestations cardiovasculaires (hypertension nécessitant un traitement ou tout évènement cardiovasculaire) ont été rapportées chez 30% des patients (n=27). Huit patients ont présenté une fracture ostéoporotique sous corticothérapie.

Tableau 3. Effets indésirables décrits par les patients à l'initiation des glucocorticoïdes pour le traitement de l'artérite à cellules géantes

	Total (n=90)
Tout événement indésirable	73 (81)
Manifestations cardiovasculaires	27 (30)
Hypertension nécessitant un traitement	25 (27)
Événement cardiovasculaire	4 (4)
Manifestations métaboliques	52 (58)
Diabète sucré	18 (20)
Nouveau diabète induit par les GC	9/18 (50)
Aggravation d'un diabète connu	9/18 (50)
Gain de poids	36 (40)
Gain médian, en kg	6 [1—20]
Perte d'appétit	17 (19)
Réduction de la masse musculaire	63 (70)
Manifestations cognitives et psychologiques	63 (70)
Perte de mémoire	36 (40)
Humeur dépressive	35 (39)
Humeur exaltée	26 (29)
Insomnie	65 (72)
Irritabilité	42 (47)
Fracture ostéoporotique	8 (9)
Troubles cutanés et de la pilosité	70 (78)
Fragilité cutanée	36 (40)
Ecchymoses cutanées	47 (52)
Modifications de la pilosité	24 (27)
Perte de cheveux	33 (36)
Infections nécessitant un traitement spécifique	21 (23)
Infection nécessitant hospitalisation	10 (11)
Urinaire	6 (7)
Digestive	3 (3)
Cutanée	5 (6)
Broncho-pulmonaire	10 (11)
Zona	6 (7)
Troubles de la vision	52 (58)
Cataracte	35 (38)
Glaucome	8 (9)
Impact sur l'autonomie physique	57 (63)
Besoin d'aide dans les activités quotidiennes	17 (19)
Chutes mécaniques	19 (21)
Difficultés à la marche	37 (41)

Les valeurs sont des nombres (%) ou des médianes [intervalle].

Le Tableau 4 compare les patients selon la durée de prescription de cortisone. Il n'y avait significativement pas plus d'effets indésirables décrits ni de patients impactés selon la durée de traitement. Cependant, plus les patients avaient une durée de traitement prolongée, plus ils présentaient des troubles visuels ($p=0.0009$) et notamment des cataractes cortico-induites ($p=0.003$). L'existence d'un diabète sucré était plus fréquemment rapportée chez les patients recevant de la cortisone depuis moins de 12 mois ($p=0.002$).

Tableau 4. Effets indésirables décrits par les patients en fonction de la durée des glucocorticoïdes (en mois)

	<6 (n=14)	7-12 (n=15)	13-24 (n=36)	>24 (n=25)	p
Nombre de patients rapportant des EI sous GC	10 (71)	13 (87)	32 (89)	18 (72)	0.27
Nombre d'EI par patient	6 [1-10]	6 [0-11]	6 [1-10]	6 [2-11]	0.80
Manifestations cardiovasculaires	2 (14)	5 (33)	8 (22)	12 (48)	0.09
Hypertension nécessitant un traitement	2 (14)	5 (33)	8 (22)	10 (40)	0.27
Événement cardiovasculaire	0	0	1 (3)	3 (12)	0.18
Manifestations métaboliques	7 (50)	19 (53)	10 (67)	8 (32)	0.17
Diabète sucré	3 (21)	8 (53)	6 (17)	1 (4)	0.002
Gain de poids	5 (36)	7 (47)	16 (44)	8 (32)	0.72
Réduction de la masse musculaire et de la force	9 (64)	11 (73)	23 (64)	20 (80)	0.55
Manifestations cognitives et psychologiques	12 (86)	33 (92)	33 (92)	22 (88)	0.87
Perte de mémoire	6 (43)	7 (47)	11 (31)	12 (48)	0.51
Humeur dépressive	8 (57)	7 (47)	10 (28)	10 (40)	0.24
Humeur exaltée	7 (50)	4 (27)	12 (33)	3 (12)	0.08
Insomnie	11 (79)	12 (80)	26 (72)	16 (64)	0.66
Irritabilité	6 (43)	7 (47)	16 (44)	13 (52)	0.93
Fractures ostéoporotiques	0	1 (7)	2 (6)	5 (20)	0.12
Troubles cutanés et de la pilosité	8 (57)	10 (67)	28 (78)	17 (68)	0.52
Fragilité cutanée	6 (43)	6 (40)	16 (44)	8 (32)	0.80
Ecchymoses cutanées	7 (50)	8 (53)	18 (50)	14 (56)	0.97
Modifications de la pilosité	2 (14)	3 (20)	14 (39)	6 (24)	0.25
Infections nécessitant un traitement spécifique	2 (14)	3 (20)	11 (31)	7 (28)	0.63
Infections bactériennes	1 (7)	3 (20)	9 (25)	5 (20)	0.57
Zona	1 (7)	0	3 (8)	2 (8)	0.73
Troubles de la vision	0	4 (27)	19 (53)	15 (60)	0.0009
Cataracte	0	4 (27)	17 (47)	14 (56)	0.003
Impact sur l'autonomie physique	4 (29)	5 (33)	10 (28)	13 (52)	0.24
Besoin d'aide dans les activités quotidiennes	3 (21)	3 (20)	4 (11)	7 (28)	0.42
Chutes mécaniques	4 (29)	1 (7)	6 (17)	8 (32)	0.21
Difficultés à la marche	4 (29)	9 (60)	12 (33)	12 (48)	0.21

Les valeurs sont des nombres (%) ou médianes [intervalle] ; GC : glucocorticoïdes, EI : événements indésirables

3) Analyse de la qualité de vie :

Le tableau 5 décrit et compare les patients selon leur incapacité physique. Parmi tous les patients, 41 (46%) rapportent une incapacité physique modérée à sévère.

Les patients ayant une incapacité physique modérée à sévère étaient significativement plus souvent âgés de plus de 80 ans ($p=0.005$), avaient plus souvent une coronaropathie ($p=0.006$), une réduction de l'autonomie physique ($p=0.0004$), une déficience visuelle ($p=0.002$), l'apparition d'un diabète ($p=0.04$), des troubles cutanés et de la pilosité ($p=0.04$) ou encore des troubles mnésiques ($p=0.05$).

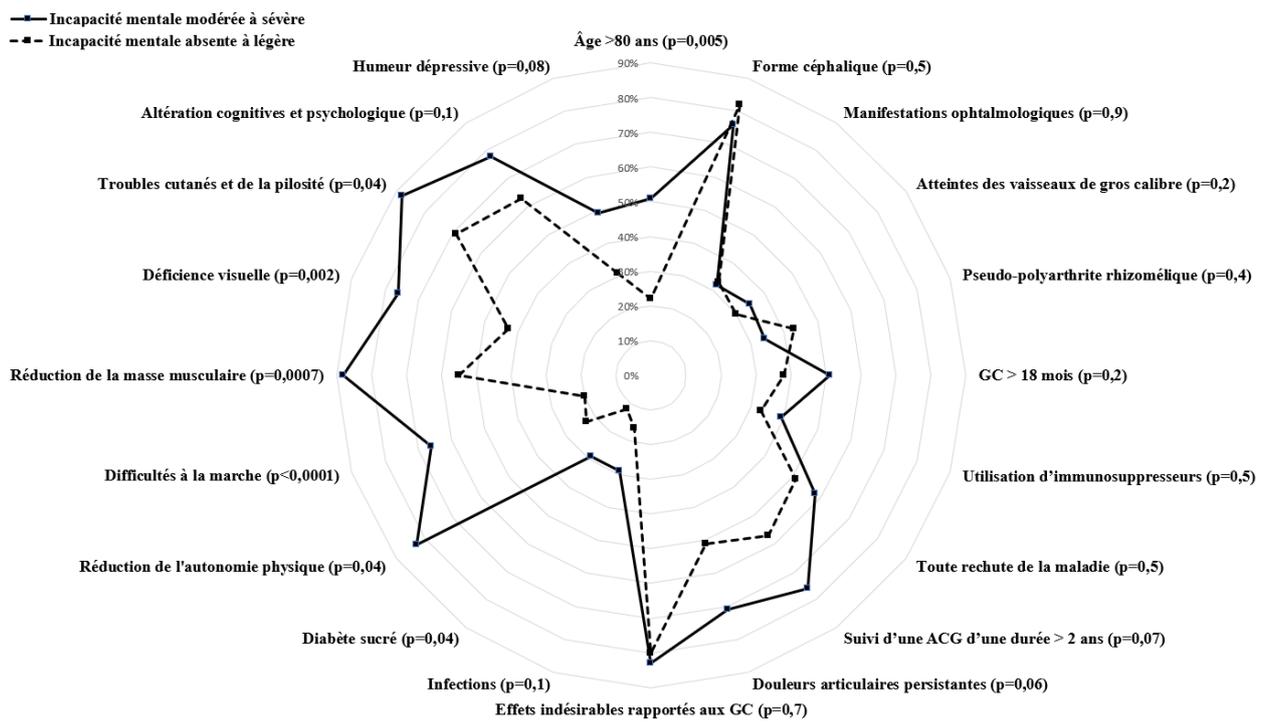
Une représentation visuelle de ces données est fournie dans la Figure 2.

Tableau 5. Comparaison des patients atteints d'ACG selon la sévérité de l'incapacité physique évaluée par l'échelle de SF-12

	Incapacité physique absente à légère (n=49)	Incapacité physique modérée à sévère (n=41)	P
Épidémiologie			
Âge >80 ans	11 (22)	21 (51)	0.005
Femmes	33 (67)	31 (76)	0.39
Facteurs de risque cardiovasculaire			
≥ 2 facteurs de risque cardiovasculaire	18 (37)	13 (32)	0.61
Coronaropathie	0	6 (15)	0.006
Accident vasculaire cérébral avant l'ACG	0	1 (2)	0.27
Caractéristiques de l'ACG lors du diagnostic			
Atteintes des vaisseaux de gros calibre	14/47 (30)	14/40 (35)	0.60
Forme céphalique	40 (82)	31 (76)	0.49
Manifestations ophtalmologiques	16 (33)	13 (32)	0.92
Cécité uni- ou bilatérale	4 (18)	4 (31)	0.39
Pseudo-polyarthrite rhizomélique	21 (43)	14 (34)	0.40
Traitements et évolution de l'ACG			
Arrêt des GC au dernier suivi	17 (35)	21 (51)	0.11
Durée des GC chez tous les patients	17 [1—51]	19 [3—44]	0.24
Durée des GC > 18 mois	19 (39)	21 (51)	0.24
Utilisation d'immunosuppresseurs	16 (33)	16 (39)	0.53
Toute rechute de la maladie	25 (51)	24 (58)	0.48
Suivi d'une ACG d'une durée > 2 ans	28 (57)	31 (76)	0.07
Événements indésirables rapportés aux GC	39 (80)	34 (83)	0.69
Toute complication métabolique	28 (57)	24 (59)	0.89
Diabète sucré	6 (12)	12 (29)	0.04
Gain de poids	20 (41)	16 (39)	0.86
Perte d'appétit	6 (12)	11 (27)	0.08
Réduction de l'autonomie physique	23 (47)	34 (83)	0.0004
Besoin d'aide dans les activités quotidiennes	4 (8)	13 (32)	0.005
Chutes mécaniques	10 (20)	9 (22)	0.86
Difficultés à la marche	10 (20)	27 (66)	<0.0001
Troubles cutanés et de la pilosité	34 (69)	36 (88)	0.04
Fractures osseuses	3 (6)	5 (12)	0.31
Réduction de la masse musculaire	27 (55)	36 (88)	0.0007
Douleur articulaire persistante	25 (51)	29 (71)	0.06
Manifestations cognitives et psychologiques	31 (63)	32 (78)	0.13
Perte de mémoire	15 (30)	21 (51)	0.05
Humeur dépressive	15 (31)	20 (49)	0.08
Humeur exaltée	16 (33)	10 (24)	0.39
Insomnie	36 (73)	29 (70)	0.77
Irritabilité	25 (51)	17 (41)	0.37
Infections nécessitant un traitement	8 (16)	12 (29)	0.14
Déficiência visuelle	21 (43)	31 (76)	0.002
Cataracte	14 (29)	21 (51)	0.03

Les valeurs sont des nombres (%). ACG : Artérite à cellules géantes ; GC : glucocorticoïdes

Figure 2. Comparaison des scores physique du SF-12 en fonction des plaintes rapportées par le patient.



Concernant l'incapacité mentale, détaillée dans le Tableau 6, 30 (33%) patients rapportaient une incapacité mentale modérée à sévère. Les facteurs associés à une incapacité mentale modérée à sévère étaient l'existence d'une atteinte ophtalmologique liée à l'ACG ($p=0,04$) et l'utilisation d'un immunosuppresseur ($p=0,04$). Les patients avec une incapacité mentale modérée à sévère rapportaient plus d'effets indésirables attribués à la cortisone ($p=0,008$), en particulier une réduction de leur masse musculaire ($p=0,0006$) ayant un impact sur leur autonomie physique ($p=0,02$). Ils avaient aussi plus souvent des effets neuro-cognitifs ($p=0,003$), en particulier un syndrome dépressif ($p<0,0001$). Enfin, ils ont plus souvent expérimenté des infections ($p=0,03$). Une représentation visuelle de ces données est fournie dans la Figure 3.

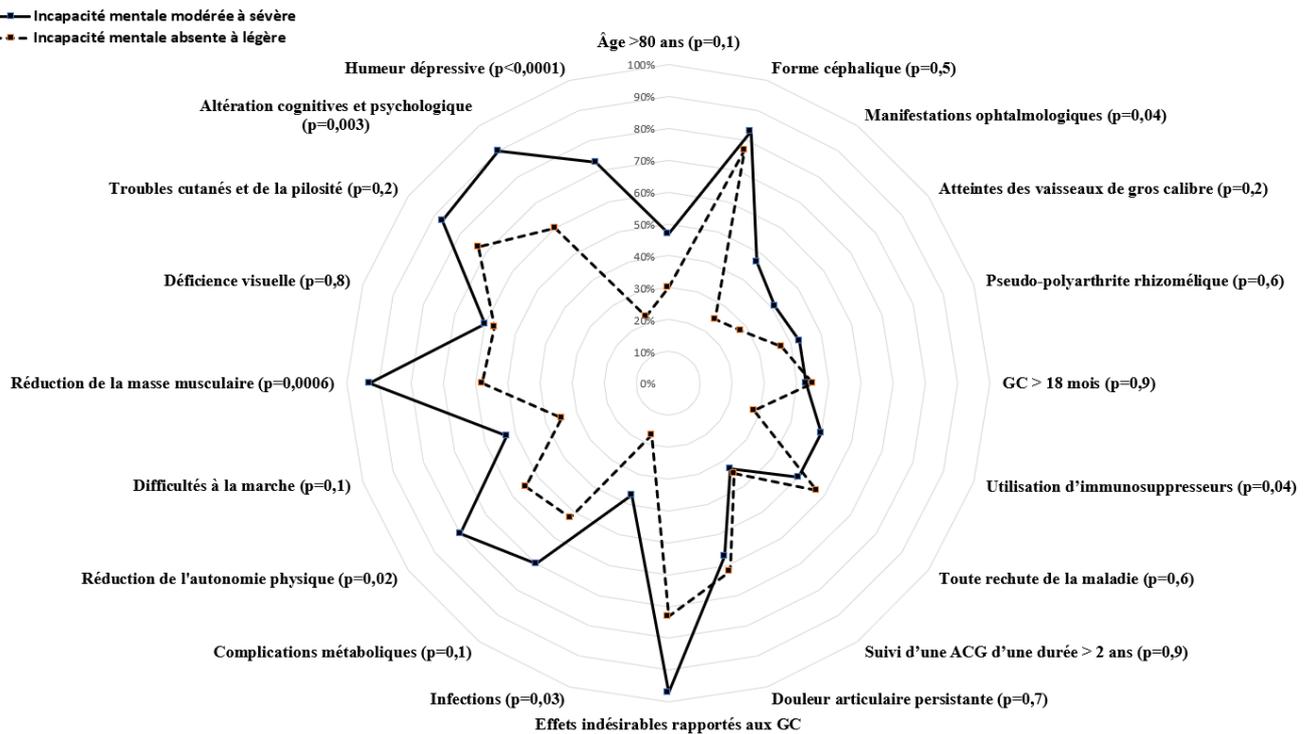
Les données de qualité de vie mentale étaient également évaluées par le score GDS30. Pour la majorité d'entre eux, soit 80% des patients ($n=72$) le score se situait entre 10 et 20 témoignant d'une probable dépression légère. Seul 18% des patients ($n=16$) obtenaient des scores inférieurs à 10, sans dépression probable associée. Une probabilité de dépression modérée à grave était retrouvée chez 2% de la cohorte ($n=2$)

Tableau 6. Comparaison des patients atteints d'ACG selon la sévérité de l'incapacité mentale évaluée par l'échelle de SF-12.

	Incapacité mentale absente à légère (n=60)	Incapacité mentale modérée à sévère (n=30)	P
Épidémiologie			
Âge >80 ans	18 (30)	14 (47)	0.12
Femmes	42 (70)	22 (73)	0.74
Facteurs de risque cardiovasculaire			
≥ 2 facteurs de risque cardiovasculaire	21 (35)	10 (33)	0.88
Coronaropathie	3 (5)	3 (10)	0.37
Accident vasculaire cérébral avant l'ACG	0	1 (3)	0.16
Caractéristiques de l'ACG lors du diagnostic			
Atteintes des vaisseaux de gros calibre	17 (28)	11 (41)	0.25
Forme céphalique	46 (77)	25 (83)	0.47
Manifestations ophtalmologiques	15 (25)	14 (47)	0.04
Cécité uni- ou bilatérale	3 (13)	5 (42)	0.06
Pseudo-polyarthrite rhizomélique	22 (37)	13 (43)	0.54
Traitements et évolution de l'ACG			
Arrêt des GC au dernier suivi	24 (40)	14 (47)	0.55
Durée des GC chez tous les patients	17 [1—51]	18 [3—44]	0.81
Durée des GC > 18 mois	27 (45)	13 (43)	0.88
Utilisation d'immunosuppresseurs	17 (28)	15 (50)	0.04
Toute rechute de la maladie	34 (57)	15 (50)	0.55
Suivi d'une ACG d'une durée > 2 ans	21 (35)	10 (33)	0.88
Événements indésirables rapportés aux GC	44 (73)	29 (97)	0.008
Toute complication métabolique	31 (52)	21 (70)	0.10
Diabète sucré	10 (17)	8 (27)	0.26
Gain de poids	23 (38)	13 (43)	0.65
Perte d'appétit	8 (13)	9 (30)	0.06
Réduction de l'autonomie physique	33 (55)	24 (80)	0.02
Besoin d'aide dans les activités quotidiennes	10 (17)	7 (23)	0.45
Chutes mécaniques	11 (18)	8 (27)	0.36
Difficultés à la marche	21 (35)	16 (53)	0.10
Troubles cutanés et de la pilosité	44 (73)	26 (87)	0.15
Fractures osseuses	4 (7)	4 (13)	0.29
Réduction de la masse musculaire	35 (58)	28 (93)	0.0006
Douleur articulaire persistante	37 (62)	17 (57)	0.65
Manifestations cognitives et psychologiques	36 (60)	27 (90)	0.003
Perte de mémoire	22 (37)	14 (47)	0.36
Humeur dépressive	13 (22)	22 (73)	<0.0001
Humeur exaltée	13 (22)	13 (43)	0.03
Insomnie	41 (68)	24 (80)	0.24
Irritabilité	24 (40)	18 (60)	0.07
Infections nécessitant un traitement	10 (17)	11 (37)	0.03
Déficiences visuelles	34 (57)	18 (60)	0.76
Cataracte	23 (38)	12 (40)	0.88

Les valeurs sont des nombres (%). ACG : artérite à cellules géantes ; GC : glucocorticoïdes

Figure 3. Comparaison des scores mentaux du SF-12 en fonction des plaintes rapportées par le patient.



4) Facteurs prédictifs d'une incapacité physique et mentale modérée à sévère

Le Tableau 7 rapporte les facteurs prédictifs associés à une incapacité physique modérée à sévère selon les analyses uni- et multivariées. L'âge > 80 ans (OR=3.87 ; IC 95% : 1.41-11.39 ; p=0.008), une ACG durant depuis > 2 ans (OR=3.96 ; IC 95% : 1.26-14.47 ; p=0.02), l'apparition d'un diabète sucré (OR=5.99 ; IC 95% : 1.57-28.42 ; p=0.008), et la réduction de la masse musculaire (OR = 4.66 ; IC 95% : 1.48-17.3 ; p=0.008) étaient prédictifs d'une incapacité physique modérée à sévère.

Tableau 7. Facteurs prédictifs associés à une incapacité physique modérée à grave (analyse univariée et multivariée)

	OR univarié IC 95%	P	OR multivarié IC 95%	P
Âge >80	3.62 [1.49—9.26]	0.004	3.87 [1.41—11.39]	0.008
Arrêt des GC	1.97 [0.85—4.68]	0.11		
Durée des GC >18 mois	1.66 [0.71—3.88]	0.24		
ACG >2 ans	2.32 [0.95—5.95]	0.06	3.96 [1.26—14.47]	0.02
Diabète sucré	2.97 [1.03—9.36]	0.04	5.99 [1.57—28.42]	0.008
Perte d'appétit	2.63 [0.90—8.36]	0.08		
Troubles cutanés et de la pilosité	3.17 [1.1—1.63]	0.03		
Réduction de masse musculaire	5.87 [2.1—19.33]	0.0005	4.66 [1.48—17.30]	0.008
Douleur articulaire persistante	2.32 [0.98—5.70]	0.06		
Perte de mémoire	2.38 [1.01—5.73]	0.05		
Humeur dépressive	2.15 [0.92—5.19]	0.08		
Infections nécessitant un traitement	3.11 [1.14—9.14]	0.03		
Déficiência visuelle	4.13 [1.70—10.64]	0.002		

ACG : Artérite à cellules géantes ; GC : glucocorticoïdes

Les facteurs prédictifs d'une incapacité mentale modérée à sévère, comme détaillé dans le Tableau 8 sont l'utilisation des immunosuppresseurs (OR=4.19 ; IC 95% : 1.29-15.48 ; p=0.02), la consignation d'un effet indésirable rapporté aux GC (OR=11.14 ; IC 95% : 1.62-235.51 ; p=0.001), l'humeur dépressive (OR=13.53 ; IC 95% : 1.4.30-51.63 ; p= <0.0001), et toute infection ayant nécessité un traitement (OR = 4.31 ; IC 95% : 1.1-17.62 ; p=0.03).

Tableau 8. Facteurs prédictifs associés à une incapacité mentale modérée à grave (analyse univariée et multivariée)

	OR univarié IC 95%	P	OR multivarié IC 95%	P
Âge >80	2 [0.82—5.09]	0.12		
Troubles visuels initiaux	2.63 [1.04-6.71]	0.04		
Utilisation d'immunosuppresseurs	2.53 [1.02—6.37]	0.04	4.19 [1.29—15.48]	0.02
Événements indésirables liés aux GC	10.5 [1.98—195.4]	0.003	11.14 [1.62—235.51]	0,01
Toute complication métabolique	2.18 [0.88—5.74]	0.09		
Perte d'appétit	2.79 [0.95—8.39]	0.06		
Réduction de l'autonomie physique	3.27 [1.23—9.88]	0.02		
Difficultés à la marche	2.12 [0.87—5.25]	0.1		
Troubles cutanés et de la pilosité	2.36 [0.77—8.93]	0.14		
Réduction de la masse musculaire	10 [2.66—65.5]	0.0002		
Manifestations cognitives et psychologiques	6 [1.85—27.09]	0.002		
Humeur dépressive	9.94 [3.74—28.96]	<0.0001	13.53 [4.30—51.63]	<0.0001
Humeur exaltée	2.76 [1.07—7.24]	0.04		
Irritabilité	2.25 [0.93—5.62]	0.07		
Infections nécessitant un traitement	2.89 [1.06—8.07]	0.04	4.31 [1.19—17.62]	0.03

GC : glucocorticoïdes.

IV. DISCUSSION

Cette étude singulière évaluant la maladie et son traitement à travers le regard non médical du patient a permis de souligner combien le quotidien de ces patients pouvait être affecté de multiples façons. À ce jour, il n'existe qu'un nombre limité d'études portant sur le sujet, la plupart concernant des petites cohortes.

Dans un premier temps, nous avons pu constater que le recueil des symptômes en lien avec la maladie ne sont pas toujours définis ou compris de la même manière par le patient ou son médecin. Ainsi, les symptômes les plus fréquents de la maladie à savoir les céphalées, l'hyperesthésie du cuir chevelu, la claudication de la mâchoire ou encore la fièvre, étaient souvent déclarés par les patients et relevés par les médecins, permettant d'obtenir un bon indice de concordance. Pour autant, il existe une disparité de description des symptômes tels que la pseudo-polyarthrite rhizomélique, l'asthénie ou les troubles visuels initialement rapportés chez le malade.

Ces discordances peuvent s'expliquer par plusieurs biais. Dans notre étude, la moyenne d'âge des patients rapportant des troubles visuels au début de la maladie était de 80 ans [64—94] (donnée non rapportée). En reprenant les données épidémiologiques des troubles visuels dans la population générale, notamment concernant les pathologies oculaires liées à l'âge, il est constaté que les personnes âgées de >50 ans sont les principales touchées, avec une prévalence allant jusqu'à 14% pour les déficiences visuelles légères [20]. Par ailleurs, eu égard de sa moyenne d'âge, notre population est plus susceptible de développer des symptômes ophtalmologiques sans lien avec l'ACG, tels que la cataracte, glaucome, DMLA et même ischémie rétinienne en lien avec l'athérosclérose [21]. En ce sens, la distinction avec les troubles visuels liés à l'ACG reste difficile.

Les associations entre ACG et PPR, pourtant bien connues du clinicien posent également des difficultés de diagnostic différentiel avec d'autres pathologies rhumatismales du sujet âgé. [5] La description habituelle de PPR marquée par des douleurs inflammatoires nocturnes et des atteintes caractéristiques de la ceinture scapulaire peut s'intriquer avec des lésions arthrosiques à type d'omarthrose ou des tendinopathies dégénératives fréquentes chez le sujet âgé [22]. En effet, les discordances patient-praticien étaient exacerbées lorsque la description clinique des douleurs était mixte (diurne et nocturne), que la localisation des douleurs était poly-articulaire, ou encore chez les patients les plus âgés.

Le symptôme le plus fréquemment rapporté dans notre cohorte était l'asthénie chez 78% des patients (n=70), concordant avec les prévalences estimées dans la littérature [23, 24]. Il fait pourtant partie des symptômes les moins rapportés par le médecin. Il est possible que l'asthénie corresponde pour le patient à un symptôme significatif et marquant dans le temps, à la définition simple. Tandis que pour le médecin, il s'agit d'un symptôme aspécifique possiblement non rapporté dans les comptes-rendus

d'hospitalisation ou de consultation, et celui-ci aura tendance d'emblée à aller chercher et reporter des marqueurs plus spécifiques de l'ACG.

Cette observation avait déjà été soulignée dans l'étude de Liddle et al. où les patients décrivaient l'expérience de leur maladie en des termes généraux plutôt que sur des plaintes précises et localisées [25]. Par ailleurs, bien que rapportée très fréquemment, l'asthénie n'est décrite comme la « plainte la plus gênante » que dans 18% des cas, après les céphalées (33%) et les douleurs articulaires inflammatoires nocturnes (23%). Enfin ces discordances peuvent être liées à un biais de rappel ; les patients devant rapporter les symptômes initiaux de leur maladie, remontant à plus de 2 ans pour 66 % d'entre eux.

La seconde partie de notre étude a permis de montrer que la prévalence d'effets secondaires décrits en lien avec les GC était de 81%, un résultat 4 à 10% supérieur aux données de la littérature [26, 27, 14]. En accordant la parole aux patients eux-mêmes à travers notre questionnaire incluant des réponses ouvertes, nous avons relevé un large spectre d'effets indésirables induits par les GC. Cette approche nous a permis une exhaustivité intéressante. À titre d'exemple, les effets indésirables les plus fréquemment rapportés par les patients de notre étude, à savoir les troubles cutanéophanériens (78%) et les manifestations neuropsychiatriques (70%), sont peu décrits dans les études de registre. Ceci est lié au fait que la plupart des études s'intéressant aux toxicités de la corticothérapie s'appuie sur des analyses de registre où sont colligés des diagnostics issus du codage médical hospitalier. Ainsi les diagnostics de « diabète », « fracture ostéoporotique », « cataracte », « infections », « évènement cardiovasculaire », « décès » sont aisément retrouvés via les outils de recherche de codage, à l'inverse d'autres diagnostics souvent non codés : fragilité cutanée, insomnie, amyotrophie, perte d'autonomie etc. Par ailleurs, une étude française (Fardet et al) suggérait que les effets indésirables considérés comme mineurs étaient rarement colligés de façon systématique par le praticien, faussant probablement leur prévalence [28].

À l'inverse de la littérature, notre étude ne mettait pas en évidence l'impact significatif de la durée de la corticothérapie sur la survenue globale d'effets indésirables [29, 30, 31]. Cette différence peut s'expliquer par plusieurs éléments. Tout d'abord, le recueil des effets indésirables de manière binaire (présent/absent) indépendamment du moment de leur survenue ne permettait pas d'analyser les dits effets en fonction de la durée de corticothérapie. Comme la durée médiane de traitement était de 17 mois, la plupart de nos patients étaient déjà fortement exposés aux GC. Par ailleurs, il est possible que la surveillance, la connaissance des GC et de leur utilisation à la posologie minimale efficace permettent aujourd'hui une meilleure maîtrise sur le long terme des effets indésirables [32, 33]. Enfin, l'analyse de sous-groupes en fonction des durées de traitement se faisait sur un petit nombre d'individus, exacerbant un manque de puissance probable.

Seules exceptions, dans notre étude, la fréquence des troubles visuels augmente avec la durée de la corticothérapie, et l'apparition d'un diabète sucré est significativement plus décrite dans les 12 premiers mois de traitement. Ces données sont cohérentes avec celles observées dans d'autres études sur les glucocorticoïdes [29, 34].

Enfin, la troisième partie de notre étude suggère que la qualité de vie des patients atteints d'ACG sous corticothérapie est significativement altérée. Les patients présentant les incapacités physiques les plus médiocres selon le SF-12 étaient les patients de plus de 80 ans, ou présentant un antécédent de coronaropathie. Les caractéristiques cliniques de l'ACG n'étaient pas significativement corrélées à un moins bon score physique. En revanche les complications de traitement engendrant une déficience visuelle, l'apparition d'un diabète, des troubles cutanéophanériens, des troubles mnésiques, et surtout une réduction de l'autonomie, étaient associés à une incapacité physique plus sévère. Plus précisément, l'item « difficulté à la marche » était corrélé aux scores physiques les plus sévères, tandis que la réduction de la masse musculaire impactait négativement les scores de santé mentale. Plus spécifiquement encore, la réduction de la masse musculaire apparaît comme étant le seul critère physique prédictif d'une altération de qualité de vie. Ces résultats corroborent en partie ceux de l'étude Jobard et al., une étude cas-contrôle évaluant la qualité de vie des patients atteints d'ACG en comparant les scores du SF-36. Dans leurs résultats, bien que la qualité de vie globale ne fût pas altérée, les difficultés à la marche étaient le critère le plus fréquemment associé aux diminutions de scores des domaines 'physique', 'vitalité', 'fonctionnement physique' et 'santé générale'[26]. La différence observée sur la qualité de vie globale de l'étude Jobard et al. peut s'expliquer par une différence de population, leur étude ne concernant que les patients à distance de l'arrêt de la corticothérapie.

Dans notre étude, l'altération de la qualité de vie physique par réduction de l'autonomie et de la masse musculaire était significativement associée à des scores d'incapacité mentale sévère. L'existence d'une altération de qualité de vie « mentale » se confirme par les données obtenues au score GDS30 avec 80% de la cohorte présentant une probable dépression.

Les manifestations visuelles, qu'elles soient reliées aux caractéristiques initiales de la maladie ou aux effets des corticoïdes, altéraient significativement la qualité de vie physique et mentale. Ces constatations vont dans le sens des résultats décrits par l'étude Hellmann et al. dans laquelle la vision se classe au premier rang des préoccupations influençant la qualité de vie des patients atteints d'ACG [35]. Pour Kupersmith et al., bien qu'il ne semble pas exister de corrélation entre les scores de SF-36 et l'atteinte visuelle, l'item 'santé mentale' était significativement corrélé aux performances visuelles [36]. Pour autant, l'atteinte visuelle n'était pas un facteur prédictif d'altération de qualité de vie dans nos résultats. Cette différence peut s'expliquer par l'absence d'item spécifique concernant la vision dans le SF-12.

Ces données témoignent de la diversité des symptômes et effets indésirables auxquels est soumis un patient atteint d'ACG, ainsi que leur impact sur la qualité de vie. Évaluer ces complications, les dépister et mettre en place les mesures adaptées s'avère primordial [37]. Cette expérience peut représenter une charge mentale épuisante pour le patient, comme le décrit le travail de Shippe et al, nécessitant un ajustement de l'éducation thérapeutique et de la continuité des soins [38]. En ce sens, l'accessibilité en premier recours du Médecin Généraliste, la vision globale et les connaissances qu'il a du patient qu'il suit, ainsi que la relation de confiance envers le médecin traitant, jouent un rôle clé pour coordonner le suivi et dépister les facteurs de risque. Le Médecin Généraliste, lorsqu'il n'est pas le prescripteur initial, est souvent celui qui reconduit le traitement, pouvant donner l'impression au patient que les mesures associées aux corticothérapies prolongées émanent de lui, comme rapporté dans l'étude Six et al [32]. Ces mesures d'accompagnements doivent suivre les recommandations de bonnes pratiques, mais également être guidées par le vécu du patient. Nos données démontrent l'intérêt indispensable de la prévention des troubles de la marche et de la myopathie cortisonique, l'activité physique doit être encouragée et un soutien régulier par la kinésithérapie peut s'avérer nécessaire. Le Médecin Généraliste pourra s'enquérir du bon contrôle du risque cardiovasculaire exacerbé chez cette population, notamment par la prévention ou le suivi d'un diabète ou encore la recherche de prise de poids, avec un recours parfois nécessaire au suivi diététique et nutritionniste. Nos résultats peuvent encourager les praticiens à dépister les atteintes psychologiques et cognitives de cette population et d'en considérer les causes iatrogènes reliées à la corticothérapie. Des interventions psychothérapeutiques, pharmacologiques et sociales doivent être envisagées dans ces situations.

Une évaluation spécifique avec un score exclusif destinée à la population atteinte d'ACG pourrait permettre au praticien d'anticiper une altération significative de sa qualité de vie. Ces évaluations incluraient notamment des items axés sur les manifestations ophtalmologiques, critère majeur pour les patients, mais absent des scores de suivi standardisés. Les études portant sur l'ACG dans la pratique de Médecine Générale restent rares et abordent la maladie par la seule vision du praticien [39, 40]. Des recherches sondant les patients permettraient d'appréhender un meilleur suivi de la pathologie en médecine de ville, plaçant le Médecin Généraliste au cœur de la coordination au service du patient.

Notre étude comporte toutefois un certain nombre de limitations. Son caractère rétrospectif engendre *de facto* un biais de rappel. Les patients devaient se souvenir de leurs symptômes spécifiques au moment du diagnostic, d'autant que 40% de notre cohorte déclarait présenter des troubles mnésiques, ayant nécessité une consultation mémoire spécifique pour 25% d'entre eux. Par ailleurs la moyenne d'âge de notre population l'expose à des problématiques gériatriques impactant la qualité de vie et dont l'imputabilité à l'ACG ou son traitement reste discutable. Le caractère monocentrique de notre étude limite l'extrapolation de nos résultats et d'autres études empruntant un design similaire sont requises

pour les renforcer ou contredire. Notre étude n'a pas analysé le sous-groupe de patients ayant reçu un immunosuppresseur en association à la cortisone. Ces autres traitements immunosuppresseurs ont pu participer aux effets secondaires rapportés par les patients et attribués à tort à la cortisone.

V. CONCLUSION

Notre étude a mis en exergue que l'évaluation que nous avons du patient, que ce soit sur la maladie et sa symptomatologie, sur le traitement et ses effets ou encore la qualité de vie physique et mentale, est probablement insuffisamment connue et évaluée en pratique. Les patients de cette étude rapportaient un taux important d'effets indésirables attribués au traitement.

Bien qu'ils restent le traitement de référence à l'efficacité remarquable, les glucocorticoïdes doivent être accompagnés de mesures préventives. Le Médecin Généraliste joue un rôle clé dans la coordination des soins et le dépistage des effets indésirables. La surveillance de la glycémie, des troubles de la marche, mais aussi de l'état thymique du patient durant la consultation sont souhaitables pour dépister les sujets les plus fragiles. En ce sens, l'élaboration d'une évaluation spécifique pour les patients atteints d'ACG pourrait s'avérer nécessaire.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Régent A, Ly KH, Mouthon L. Physiopathologie de l'artérite à cellules géantes : de l'inflammation au remodelage vasculaire. *La Presse Médicale*. sept 2019;48(9):919-30.
2. Ly K-H, Liozon E, Fauchais A-L, Vidal E. Physiopathologie de l'artérite à cellules géantes. *La Revue de Médecine Interne*. juill 2013;34(7):392-402.
3. Hunder GG. Epidemiology of giant-cell arteritis. *Cleve Clin J Med* 20. 2002;69:79–82.
4. HAS. PNDS - Artérites à cellules géantes [Internet]. HAS; 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2789359/fr/arterite-a-cellules-geantes-horton
5. Carvajal Alegria G, Guellec D, Devauchelle-Pensec V, Saraux A. Pseudo-polyarthrite rhizomélique et artérite à cellules géantes en 2019. *Revue du Rhumatisme Monographies*. juin 2019;86(3):199-206.
6. Anaël Dumont. Characteristics and outcomes of patients with ophthalmologic involvement in giantcell arteritis: a case-control study. *Human health and pathology*. 2019. dumas-02474167
7. Mahr A, Aouba A, Richebé P, Gonzalez-Chiappe S. Épidémiologie et histoire naturelle de l'artérite à cellules géantes (Horton). *La Revue de Médecine Interne*. oct 2017;38(10):663-9.
8. Antonini L, Dumont A, Lavergne A, Castan P, Barakat C, Gallou S, et al. Real-Life Analysis of the Causes of Death in Patients Consecutively Followed for Giant Cell Arteritis in a French Center of Expertise. *Rheumatology*. 8 mars 2021;keab222.
9. Bienvenu B, Ly KH, Lambert M, Agard C, André M, Benhamou Y, et al. Management of giant cell arteritis: Recommendations of the French Study Group for Large Vessel Vasculitis (GEFA). *Rev Médecine Interne*. 2016 Mar;37(3):154–65.
10. Perrineau S, Ghesquiere T, Charles P, Paule R, Samson M, Gayraud M, et al. Traitement de l'artérite à cellules géantes : résultats d'une étude multicentrique française. *La Revue de Médecine Interne*. déc 2019;40:A68.

11. Régent A, Guillevin L. Stratégie thérapeutique dans l'artérite à cellules géantes. *Revue du Rhumatisme Monographies*. juin 2017;84(3):223-8.
12. Proven A, Gabriel SE, Orces C, et al. Glucocorticoid therapy in giant cell arteritis: duration and adverse outcomes. *Arthritis Rheum* 2003;49:703-8.
13. Couvaras L, Trijau S, Delamotte G, Pradel V, Pham T, Lafforgue P. Description épidémiologique de la corticothérapie orale prolongée : résultats issus de la base de données de l'assurance maladie. *La Revue de Médecine Interne*. oct 2018;39(10):777-81.
14. Belan M, Moulinet T, Campagne J, Bourne-Watrin M, Tholin L, Mohamed S, et al. Effets secondaires de la corticothérapie au cours du traitement de l'artérite à cellules géantes. *La Revue de Médecine Interne*. juin 2018;39:A126-7.
15. Hunder GG, Bloch DA, Michel BA, Stevens MB, Arend WP, Calabrese LH, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of giant cell arteritis. *Arthritis Rheum*. 1990;33:1122-8.
16. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. juin 1992;30 (6) : 473-83.
17. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Crossvalidation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries : results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol*. Nov 1998;51 (11) : 1171-8.
18. Leplège A, Ecosse E, Verdier A, Perneger TV (1998) The French SF-36 health survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *J Clin Epidemiol* 51:1013-1023
19. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983 1982;17(1):37-49.

20. Bourne RRA, Flaxman SR, Braithwaite T, Cicinelli MV, Das A, Jonas JB, et al. Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017;5(9): 888-97
21. Danet-Lamasou M, Pérès K, Matharan F, Berr C, Carrière I, Tzourio C, et al. Near Visual Impairment Incidence in Relation to Diabetes in Older People: The Three-Cities Study. *J Am Geriatr Soc*. 18 janv 2018;
22. Neogi T, Zhang Y. Epidemiology of osteoarthritis - *Rheum Dis Clin North Am*, 39 (2013), pp. 1-19
23. Daumas A, Bichon A, Rioland C, Benyamine A, Berbis J, Ebbo M, et al. Caractéristiques des patients de moins et de plus de 75 ans atteints d'artérite à cellules géantes : étude comparative de 164 patients. *La Revue de Médecine Interne*. mai 2019;40(5):278-85.
24. Mahr A, Paccalin M, Hachulla E, Idier I, Devauchelle-Pensec V. Artérite à Cellules Géantes (Horton) en France en 2018 : étude ARTEMIS. *La Revue de Médecine Interne*. juin 2019;40:A53-4.
25. Liddle J, Bartlam R, Mallen CD, Mackie SL, Prior JA, Helliwell T, et al. What is the impact of giant cell arteritis on patients' lives? A UK qualitative study. *BMJ Open*. 2017;7(8):e017073
26. Jobard S, Magnant J, Blasco H, Ferreira-Maldent N, Griffoul I, Diot E, et autres. Qualité de vie des patients traités pour l'artérite cellulaire géante : une étude cas-contrôle. *Clin Rheumatol*. sept 2017;36(9):2055-62.
27. Schlienger JL. Corticothérapie prolongée chez une personne âgée et diabète. *Médecine des Maladies Métaboliques*. nov 2018;12(7):599-604.
28. Fardet L. Complications de la corticothérapie chez les patients souffrant de maladie de Horton ou de pseudopolyarthrite rhizomélique. *La Revue de Médecine Interne*. juill 2013;34(7):438-43.
29. Neshar G, Rubinow A, Sonnenblick M. Efficacy and adverse effects of different corticosteroid dose regimens in temporal arteritis: a retrospective study. *Clin Exp Rheumatol* 1997;15:303-6.

30. Mazzantini M, Torre C, Miccoli M, Baggiani A, Talarico R, Bombardieri S, et al. Adverse events during longterm low-dose glucocorticoid treatment of polymyalgia rheumatica: a retrospective study. *J Rheumatol* 2012;39:552–7.
31. Gabriel SE, Sunku J, Salvarani C, O’Fallon WM, Hunder GG. Adverse outcomes of antiinflammatory therapy among patients with polymyalgia rheumatica. *Arthritis Rheum* 1997;40:1873–8.
32. Six M, Morin C, Fardet L. Prescription des mesures adjuvantes aux corticothérapies systémiques prolongées en fonction de la spécialité du prescripteur. *La Revue de Médecine Interne*. juill 2019;40(7):427-32.
33. Perrineau S, Ghesquiere T, Charles P, Paule R, Samson M, Gayraud M, et al. Traitement de l’artérite à cellules géantes : résultats d’une étude multicentrique française. *La Revue de Médecine Interne*. déc 2019;40:A68.
34. Harris E, Tiganescu A, Tubeuf S, Mackie SL. The prediction and monitoring of toxicity associated with long-term systemic glucocorticoid therapy. *Curr Rheumatol Rep*. 2015 Jun;17(6):513
35. Hellmann DB, Uhlfelder ML, Stone JH, Jenckes MW, Cid MC, Guillevin L, et al. (2003) Domains of health-related quality of life important to patients with giant cell arteritis. *Arthritis Rheum* 49:819–825
36. Kupersmith MJ, Speira R, Langer R, Richmond M, Peterson M, Speira H, Mitnick H, Paget S (2001) Visual function and quality of life among patients with giant cell (temporal) arteritis. *J North Am Neuro-Ophthalmol Soc* 21:266–273
37. Black RJ, Robson JC, Goodman SM, et al. A patient-reported outcome measure for effect of glucocorticoid therapy in adults with inflammatory diseases is needed: report from the OMERACT 2016 special interest group. *J Rheumatol*. 2017;44(11):1754–1758.
38. Shippee ND, Shah ND, May CR, Mair FS, Montori VM. Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *J Clin Epidemiol*. 2012;65 (10):1041–1051.

39. Barrier JH, Billaud E, Magadur G. Respective prevalences and frequencies of Horton's disease and rhizomelic pseudopolyarthritis. Epidemiological study in the Loire-Atlantic department using a general practice research network (RESOMED 44). *Rev Med Interne*. 1992;13(5):393–6.

40. Guillet, H. & Porcher, R. & Mouthon, L. & Regent, Alexis. (2018). Étude de pratique sur la prise en charge d'un cas suspect d'artérite à cellules géantes en médecine générale. *La Revue de Médecine Interne*. 39. A79. 10.1016/j.revmed.2018.03.310.

VI. ANNEXES

1) Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux patients :

Madame, Monsieur,

Vous êtes suivi(e) en Médecine Interne au CHU de Caen pour une maladie de Horton (artérite à cellules géantes). Cette maladie est rare et sa cause n'en est pas encore connue.

Comme vous le savez sans doute, le traitement de cette maladie repose sur la cortisone que vous avez débuté à forte dose, puis progressivement à dose décroissante. La maladie est typiquement émaillée de petites réactivations (rechutes) qui peuvent nécessiter d'augmenter les doses de cortisone ou de rajouter un autre traitement. La durée « habituelle » du traitement varie entre 12 et 18 mois, souvent plus.

La maladie, et le traitement nécessaire, occasionnent malheureusement de nombreux inconforts et désagréments que votre médecin essaye de dépister et traiter à chaque consultation.

Cependant, nous souhaiterions connaître votre ressenti concernant la maladie et les traitements qui sont administrés. A ce titre, nous vous proposons de répondre à ce questionnaire. Votre avis compte beaucoup pour nous aider à améliorer nos connaissances sur cette maladie et pouvoir améliorer nos pratiques.

Naturellement, vous pouvez tout à fait refuser de participer ce qui ne modifiera en rien la prise en charge habituelle avec votre médecin référent.

Si vous acceptez de participer, vous pouvez renvoyer le questionnaire ci-joint dans l'enveloppe déjà affranchie fournie.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas non plus à solliciter votre médecin.

Merci pour votre aide et votre temps.

Très cordialement,

L'équipe de Médecine Interne.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Lieu de naissance : _____

Existence d'autres cas de maladie de Horton dans la famille : Oui Non

Si oui, nombre de personnes atteintes : _____

Lien de parenté : _____

AU DEBUT DE VOTRE MALADIE, quels signes de la maladie de Horton avez-vous ressenti ?

Si vous répondez "Oui", veuillez attribuer une note d'intensité de 1 à 3 : (1) peu gênant ; (2) modérément gênant ; (3) très gênant

Douleurs au niveau de la tête au début de la maladie

Maux de tête Oui Non

Si oui, à quel endroit : frontal temporal derrière du crâne diffuse

Sensibilité du cuir chevelu Oui Non

Douleurs mâchoires Oui Non

Douleurs gencives/dentaires Oui Non

Douleurs de la langue Oui Non

Autre :

Manifestations articulaires au début de la maladie (nouvelles, que vous considérez comme liées à la maladie de Horton)

Douleurs des épaules Oui Non

Douleurs des hanches Oui Non

Douleur au niveau du cou Oui Non

Ces douleurs sont plus intenses : le jour la nuit tout le temps

Signes ophtalmologiques au début de la maladie

Baisse initiale de la vision	Oui	Non
Persistance d'un flou visuel	Oui	Non
Perte de la vision d'un œil	Oui	Non
Perte de la vision des deux yeux	Oui	Non

Signes généraux au début de la maladie

Fatigue intense	Oui	Non
Fièvre >38°c	Oui	Non
Perte de poids	Oui	Non

Si oui, combien de kilos avez-vous perdu avant le diagnostic de maladie de Horton

Autres symptômes initiaux attribués à la maladie

.....
.....
.....
.....

Quelle plainte était initialement **la plus gênante** ?

.....

Depuis le début de la maladie et le traitement :

Avez-vous perdu de l'autonomie Oui Non

Sortez-vous encore de chez vous Oui Non

Avez-vous des difficultés à la marche Oui Non

Avez-vous besoin d'une aide extérieure :

 Pour la toilette Oui Non

 Pour les repas Oui Non

 Pour l'habillage Oui Non

 Pour les courses Oui Non

Quelles activités ne pouvez-vous plus faire, à cause de la maladie ou du traitement

.....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous perdu de la mémoire Oui Non

Si oui,

 Vous l'a-t-on fait remarquer Oui Non

 Avez-vous vu un médecin à cet effet (médecin traitant, neurologue, gériatre) Oui Non

Votre moral s'est-il altéré cette dernière année Oui Non

Actuellement :

Votre maladie est : inactive modérément active très active

Avez-vous (encore) des maux de têtes Oui Non

Avez-vous (encore) des douleurs au niveau des épaules ou des hanches Oui Non

Avez-vous des séquelles au niveau des yeux Oui Non

Questionnaire de qualité de vie

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux

savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veillez répondre à toutes les questions en cochant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

<p>1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :</p>	<input type="checkbox"/> 1 : Excellente <input type="checkbox"/> 2 : Très bonne <input type="checkbox"/> 3 : Bonne <input type="checkbox"/> 4 : Médiocre <input type="checkbox"/> 5 : Mauvaise
---	--

<p>2. Par rapport à l'année dernière à la même époque comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?</p>	<input type="checkbox"/> 1 : Bien meilleur que l'an dernier <input type="checkbox"/> 2 : Plutôt meilleur <input type="checkbox"/> 3 : A peu près pareil <input type="checkbox"/> 4 : Plutôt moins bon <input type="checkbox"/> 5 : Beaucoup moins bon
--	---

3. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel, selon le codage suivant :

1. Oui, beaucoup limité(e)
2. Oui, un peu limité(e)
3. Non, pas du tout limité(e)

Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport, etc.	<input type="checkbox"/> 1 (beaucoup limité) <input type="checkbox"/> 2 (peu limité) <input type="checkbox"/> 3 (pas limité)
Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	<input type="checkbox"/> 1 (beaucoup limité) <input type="checkbox"/> 2 (peu limité) <input type="checkbox"/> 3 (pas limité)
Soulever et porter les courses	<input type="checkbox"/> 1 (beaucoup limité) <input type="checkbox"/> 2 (peu limité) <input type="checkbox"/> 3 (pas limité)
Monter plusieurs étages par l'escalier	<input type="checkbox"/> 1 (beaucoup limité) <input type="checkbox"/> 2 (peu limité) <input type="checkbox"/> 3 (pas limité)
Monter un étage par l'escalier	<input type="checkbox"/> 1 (beaucoup limité) <input type="checkbox"/> 2 (peu limité) <input type="checkbox"/> 3 (pas limité)
Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	<input type="checkbox"/> 1 (beaucoup limité) <input type="checkbox"/> 2 (peu limité) <input type="checkbox"/> 3 (pas limité)
Marcher plus d'1 km à pied	<input type="checkbox"/> 1 (beaucoup limité) <input type="checkbox"/> 2 (peu limité) <input type="checkbox"/> 3 (pas limité)
Marcher plusieurs centaines de mètres	<input type="checkbox"/> 1 (beaucoup limité) <input type="checkbox"/> 2 (peu limité) <input type="checkbox"/> 3 (pas limité)
Marcher une centaine de mètres	<input type="checkbox"/> 1 (beaucoup limité) <input type="checkbox"/> 2 (peu limité) <input type="checkbox"/> 3 (pas limité)
Prendre un bain, une douche ou s'habiller	<input type="checkbox"/> 1 (beaucoup limité) <input type="checkbox"/> 2 (peu limité) <input type="checkbox"/> 3 (pas limité)

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique, avez-vous :		
Réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	<input type="checkbox"/> 1. Oui	<input type="checkbox"/> 2. Non
Accompli moins de choses que vous auriez souhaité	<input type="checkbox"/> 1. Oui	<input type="checkbox"/> 2. Non
Dû arrêter de faire certaines choses	<input type="checkbox"/> 1. Oui	<input type="checkbox"/> 2. Non
Eu des difficultés à faire une activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	<input type="checkbox"/> 1. Oui	<input type="checkbox"/> 2. Non

5. Au cours de ces 4 dernières semaines et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux (se) ou déprimé(e))		
Réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	<input type="checkbox"/> 1. Oui	<input type="checkbox"/> 2. Non
Accompli moins de choses que vous auriez souhaité	<input type="checkbox"/> 1. Oui	<input type="checkbox"/> 2. Non
Eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude	<input type="checkbox"/> 1. Oui	<input type="checkbox"/> 2. Non

6. Au cours de ces 4 dernières semaines dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?	<input type="checkbox"/> 1 : Pas du tout <input type="checkbox"/> 2 : Un petit peu <input type="checkbox"/> 3 : Moyennement <input type="checkbox"/> 4 : Beaucoup <input type="checkbox"/> 5 : Enormément
---	---

7. Au cours des 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?	<input type="checkbox"/> 1 : Nulle <input type="checkbox"/> 2 : Très faible <input type="checkbox"/> 3 : Faible <input type="checkbox"/> 4 : Moyenne <input type="checkbox"/> 5 : Grande <input type="checkbox"/> 6 : Très grande
--	--

8. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?	<input type="checkbox"/> 1 : Pas du tout <input type="checkbox"/> 2 : Un petit peu <input type="checkbox"/> 3 : Moyennement <input type="checkbox"/> 4 : Beaucoup <input type="checkbox"/> 5 : Enormément
---	---

9. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti (e):

Dynamique ?	<input type="checkbox"/> En permanence <input type="checkbox"/> Très souvent <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Quelquefois <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais
Très nerveux (se) ?	<input type="checkbox"/> En permanence <input type="checkbox"/> Très souvent <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Quelquefois <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais
Si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	<input type="checkbox"/> En permanence <input type="checkbox"/> Très souvent <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Quelquefois <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais
Calme et détendu(e) ?	<input type="checkbox"/> En permanence <input type="checkbox"/> Très souvent <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Quelquefois <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais
Débordant(e) d'énergie ?	<input type="checkbox"/> En permanence <input type="checkbox"/> Très souvent <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Quelquefois <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais
Triste et abattu(e) ?	<input type="checkbox"/> En permanence <input type="checkbox"/> Très souvent <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Quelquefois <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais
Épuisé(e) ?	<input type="checkbox"/> En permanence <input type="checkbox"/> Très souvent <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Quelquefois <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais
Heureux (se) ?	<input type="checkbox"/> En permanence <input type="checkbox"/> Très souvent <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Quelquefois <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais
Fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/> En permanence <input type="checkbox"/> Très souvent <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Quelquefois <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais

10. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?	<input type="checkbox"/> 1 : En permanence <input type="checkbox"/> 2 : Une bonne partie du temps <input type="checkbox"/> 3 : De temps en temps <input type="checkbox"/> 4 : Rarement <input type="checkbox"/> 5 : Jamais
--	--

11. Indiquez, pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

Je tombe malade plus facilement que les autres	<input type="checkbox"/> Totalement vrai <input type="checkbox"/> Plutôt vrai <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Plutôt faux <input type="checkbox"/> Totalement faux
Je me porte aussi bien que n'importe qui	<input type="checkbox"/> Totalement vrai <input type="checkbox"/> Plutôt vrai <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Plutôt faux <input type="checkbox"/> Totalement faux
Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	<input type="checkbox"/> Totalement vrai <input type="checkbox"/> Plutôt vrai <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Plutôt faux <input type="checkbox"/> Totalement faux
Je suis en excellente santé	<input type="checkbox"/> Totalement vrai <input type="checkbox"/> Plutôt vrai <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Plutôt faux <input type="checkbox"/> Totalement faux

Questionnaire concernant le moral

1. Etes-vous satisfait(e) de votre vie?	Oui	Non*
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités?	Oui*	Non
3. Avez-vous l'impression que votre vie est vide?	Oui*	Non
4. Vous ennuyez-vous souvent?	Oui*	Non
5. Envisagez-vous l'avenir avec optimisme?	Oui	Non*
6. Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse?	Oui*	Non
7. Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps?	Oui	Non*
8. Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir?	Oui*	Non
9. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps	Oui	Non*
10. Avez-vous souvent besoin d'aide?	Oui*	Non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place?	Oui*	Non
12. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir	Oui*	Non
13. L'avenir vous inquiète-t-il?	Oui*	Non
14. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens?	Oui*	Non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	Oui	Non*
16. Avez-vous souvent le cafard?	Oui*	Non
17. Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile?	Oui*	Non
18. Ressassez-vous beaucoup le passé?	Oui*	Non
19. Trouvez-vous que la vie est passionnante?	Oui	Non*
20. Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets?	Oui*	Non
21. Avez-vous beaucoup d'énergie?	Oui	Non*
22. Désespérez-vous de votre situation présente?	Oui*	Non
23. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la votre	Oui*	Non
24. Etes-vous souvent irrité(e) par des détails?	Oui*	Non
25. Eprouvez-vous souvent le besoin de pleurer?	Oui*	Non
26. Avez-vous du mal à vous concentrer?	Oui*	Non
27. Etes-vous content(e) de vous lever le matin?	Oui	Non*
28. Refusez-vous souvent les activités proposées?	Oui*	Non
29. Vous est-il facile de prendre des décisions?	Oui	Non*
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois?	Oui	Non*

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

Vous pouvez renvoyer ce questionnaire dans l'enveloppe affranchie fournie.

2) Annexe 2 : Détail des principaux effets indésirables liés aux glucocorticoïdes

Huit principales familles d'effets indésirables sous corticothérapie
Complications cardiovasculaires
Manifestations métaboliques
Réduction de la masse musculaire et de la force
Manifestations cognitives et psychologiques
Occurrence de toute fracture
Changements cutanés et de la pilosité
Occurrence de toute infection
Troubles de la vision
Détail des 18 effets indésirables rapportés liés aux glucocorticoïdes
Hypertension nécessitant une prise en charge
Événement cardiovasculaire
Diabète sucré
Prise pondérale
Réduction de la masse musculaire et de la force
Détérioration de la mémoire
Humeur dépressive
Humeur exaltée
Insomnie
Irritabilité
Occurrence de toute fracture
Fragilité cutanée
Ecchymoses cutanées
Modifications de la pilosité
Infections nécessitant un traitement spécifique
Zona
Cataracte
Glaucome

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2021

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : BARAKAT Clivia

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : L'Artérite à Cellules Géantes racontée par les patients : analyse du vécu de la maladie, de son traitement et de son impact sur la qualité de vie.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

L'objectif de notre étude était d'évaluer la qualité de vie (QdV) des patients atteints d'Artérite à Cellules Géantes (ACG) sous glucocorticoïdes (GC). Quarante-deux patients du CHU de Caen (France) atteints d'ACG ont été inclus et comparés aux données de leur propre suivi consigné par le praticien. La qualité de vie était mesurée à l'aide d'un questionnaire spécifique et d'échelles standardisées (SF-12 et le GDS30). La QdV était altérée, générant des scores d'incapacité modérée à sévère du SF-12 chez 46% des patients dans le domaine physique et chez 33% dans le domaine mental. Des effets indésirables imputés aux GC étaient rapportés chez 81% des patients. Les facteurs prédictifs altérant le domaine physique du SF12 étaient l'âge > 80 ans ($p=0.008$), une ACG durant depuis > 2 ans ($p=0.02$), l'apparition d'un diabète sucré ($p=0.008$), et la réduction de la masse musculaire ($p=0.008$). Les facteurs prédictifs altérant le domaine mental comprenaient l'utilisation des immunosuppresseurs ($p=0.02$), la consignation d'un effet indésirable rapporté aux GC ($p=0.001$) en particulier l'humeur dépressive ($p= <0.0001$), et toute infection ayant nécessité un traitement ($p=0.03$). Le Médecin Généraliste joue un rôle clé pour articuler le suivi du malade et dépister les facteurs de risque impactant la QdV des patients atteints d'ACG. Le suivi incluant une attention particulière aux facteurs cardio-vasculaires, aux troubles de la marche et aux troubles neuropsychologiques pourrait être optimisé par le développement d'une échelle d'évaluation spécifique concernant la QdV chez les patients atteints d'ACG.

MOTS-CLÉS : Artérite à cellule géantes ; Qualité de vie ; Glucocorticoïdes ; SF-12 ; Effets indésirables.

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS : Giant Cell Arteritis from patient's point of view : analysis of the disease experience, its treatment and impact on quality of life.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

The objective of our study was to assess the quality of life (QOL) of corticosteroids (CS) treated patients with Giant Cell Arteritis (GCA). Ninety patients with GCA from Caen teaching Hospital (France) were included and compared with the practitioner recorded data from their own follow-up. QOL was measured using a specific questionnaire and standardized scales (SF-12 and GDS30). QOL was impaired, generating moderate to severe SF-12 disability scores in 46% of patients in the physical domain and 33% in the mental domain. Adverse reactions attributed to CS were reported in 81% of patients. Predictors for altering SF12 physical domain were age > 80 years ($p = 0.008$), GCA lasting > 2 years ($p = 0.02$), onset of diabetes mellitus ($p = 0.008$), and reduction in muscle mass ($p = 0.008$). Predictors of mental domain alteration included use of immunosuppressants ($p = 0.02$), recording of an adverse reaction reported to CS ($p = 0.001$), specifically depressed mood ($p = <0.0001$), and any infection requiring treatment ($p = 0.03$). The General Practitioner plays a key role in coordinating patient monitoring and screening for risk factors impacting the QOL of patients with GCA. Monitoring including special attention to cardiovascular factors, walking difficulties and neuropsychological disorders could be optimized through the development of a specific rating scale for QOL in patients with GCA.

KEY WORDS : Giant Cell Arteritis ; Quality of life ; Corticosteroids ; SF-12 ; Side effects.