

# Monsieur B

## Présentation du 30/06/2022



- Conduit son scooter
- Ressent une vive douleur cervicale, intense d'apparition brutale
- Décrit une sensation de malaise avec chaleur, s'arrête sur le bas côté et s'allonge
- Appel CRRA par témoin -> déclenchement VSAV
- FR 19 ; FC 69 ; TA 144/63 ; SpO2 99% en AA ; Dextro 1,45g/L
- Evacuation sur le CHC par SDIS pour bilan

- Constantes IAO
  - FC 66 ; SpO2 100% en AA ; TA 158/59 ; Dextro 1,09g/L ; T°37,4°C
  - G15
  - Douleur cervicale spontanément soulagée

## ● Antécédents :

- Stent coronarien x2
- Prothèse aortique sur anévrysme de l'AA sous rénale
- AOMI bilatérale multistentée
- Endartiectionie carotidienne bilatérale
- HTA
- FA
- DNID
- Hypothyroïdie

## ● Traitements :

- Eliquis
- Levothyrox
- Diamicron
- Janumet
- Amiodarone
- Tahor
- Lercapress

## ● Neurologique :

- G15, orienté
- Pas de DSM
- Paires crâniennes sans particularités
- Pupilles intermédiaires, symétriques et réactives
- Pas de syndrome cérébelleux
- Pas de syndrome méningé

## ● Abdominal :

- Abdomen souple, depressible, indolore
- BHA +
- Percussion RAS

## ● Cardio-pulmonaire :

- Bdc irréguliers avec souffle systolique 2/6
- Pouls périphériques MS + ; MID+ / MID –
- OMI droit connu (post op)
  
- MV+ / +
- sans bruits surajoutés
- Eupnéique
- Pas de toux ou expectorations

# Hypothèses diagnostiques ?

- Quelle(s) hypothèse(s) diagnostique(s)?
- Quel bilan d'imagerie ?
- Quel bilan biologique ?

# Hypothèses diagnostiques ?

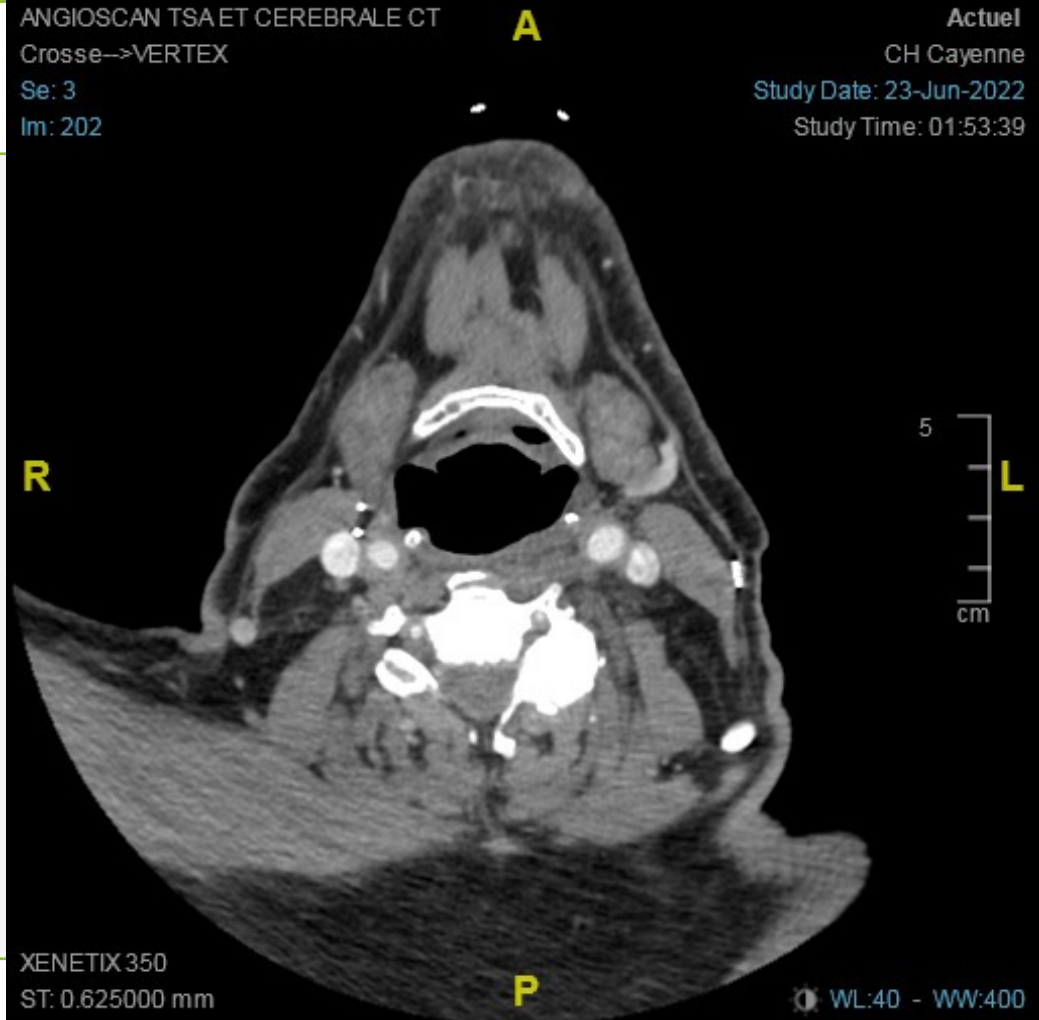
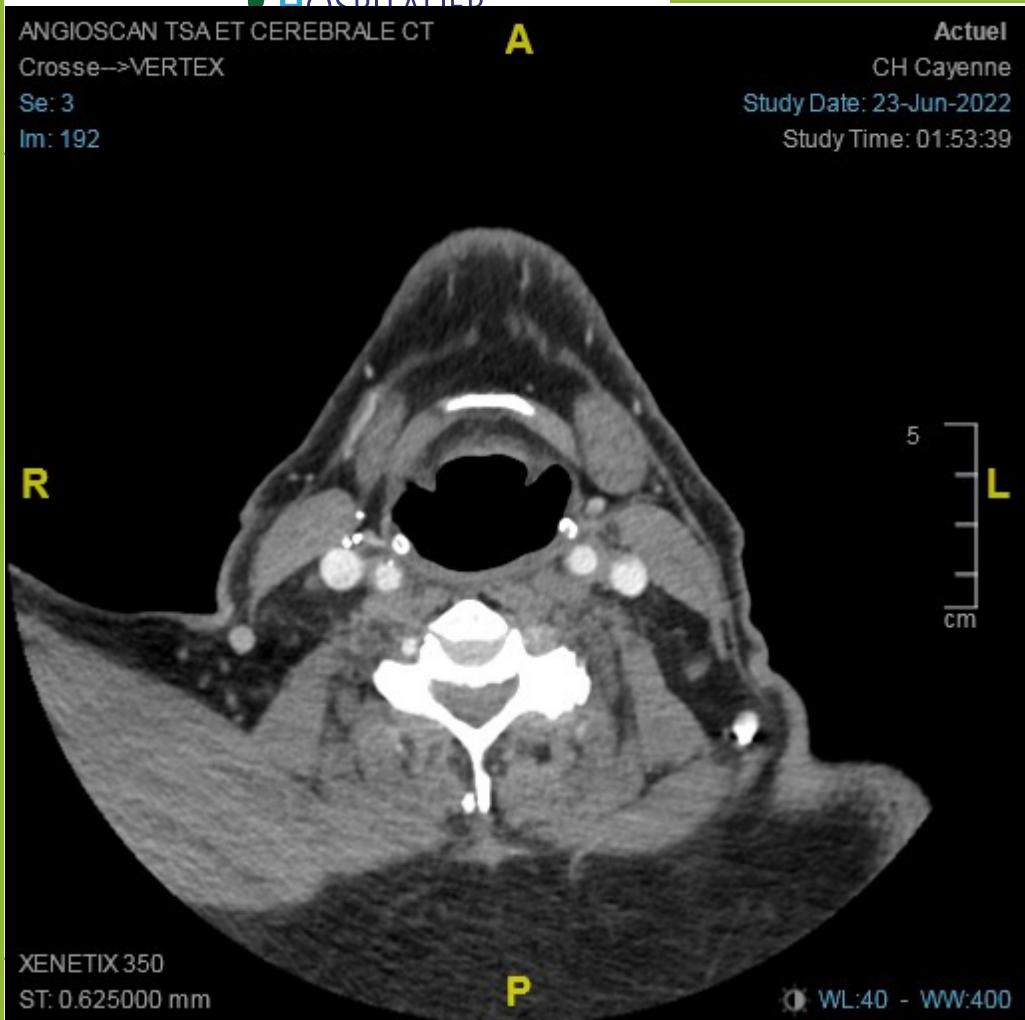
- Quelle(s) hypothèse(s) diagnostique(s) ?
  - AIT ?
  - Dissection artère vertébrale ?
- Quel bilan d'imagerie ?
  - Angio IRM
  - Angio TDM
  - TDM crâne
- Quel bilan biologique ?
  - IP2
  - Troponine, CPK, LDH
  - NFS
  - TP ; TCA

# Résultats biologiques

Hémoglobine	12,1g/dL	Natrémie	135mmol/L	Troponine	0,019ug/L
Plaquettes	177G/L	Kaliémie	4,6mmol/L	CPK	59,1UI/L
Leucocytes	16,6G/L	Chlorémie	103mmol/L	LDH	222,8UI/L
PNN	12,53G/L	Urée	8,4mmol/L	BNP	286ng/L
CRP	6,3mg/L	Créatinine	119umol/L		
		Alcoolémie	négative	TP	62%
				TCA	0,89

- Bilan hépatique sans particularité
- Pas d'hémolyse sur les prélèvements





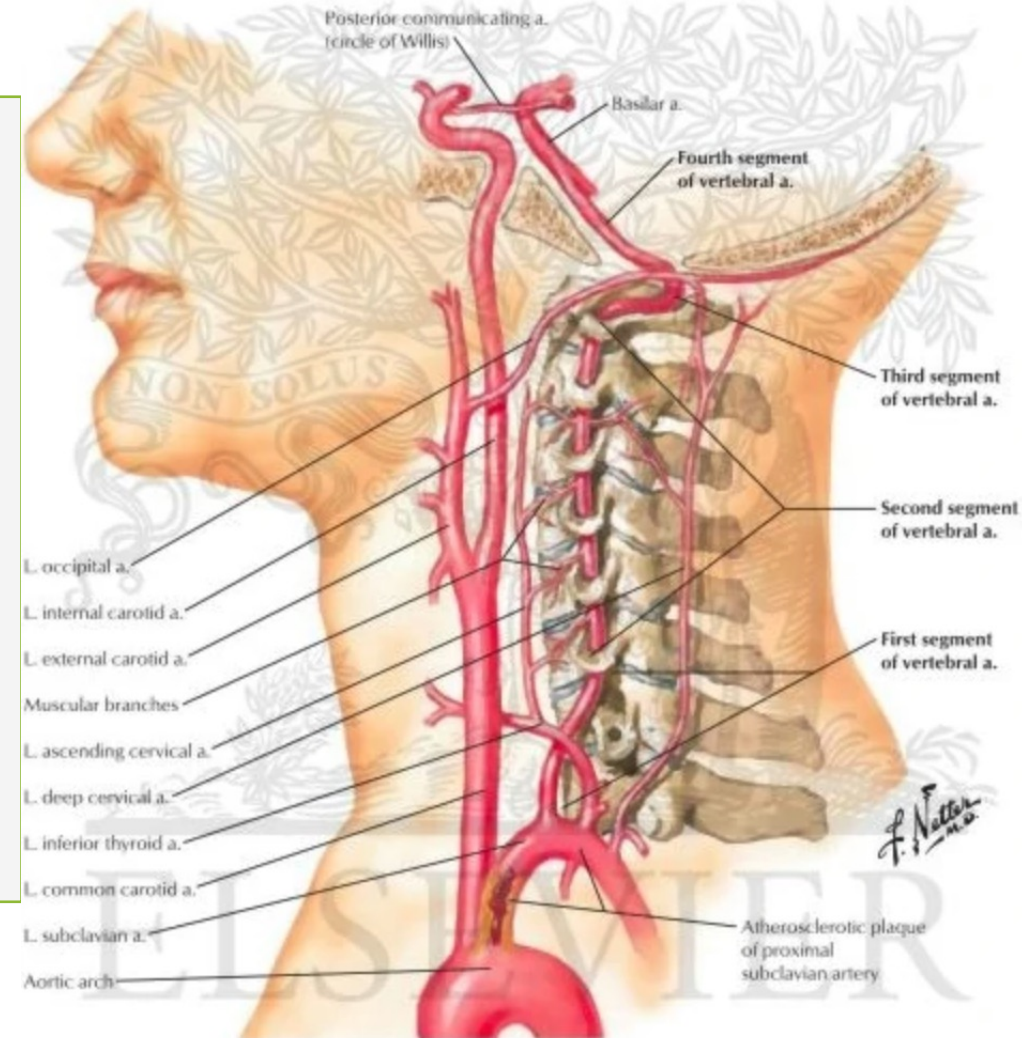
● Conclusion :

- Absence de lésion ischémique constituée mise en évidence
- Défaut d'opacification de l'origine de l'artère vertébrale gauche reprise de façon irrégulière à hauteur de C5, compatible avec une dissection à ce niveau.
- Importante surcharge athéromateuse calcifiée de l'artère sous clavière gauche à son origine.
- Surcharge athéromateuse marquée des axes vasculaires.

## ■ Les dissections des artères cervicales

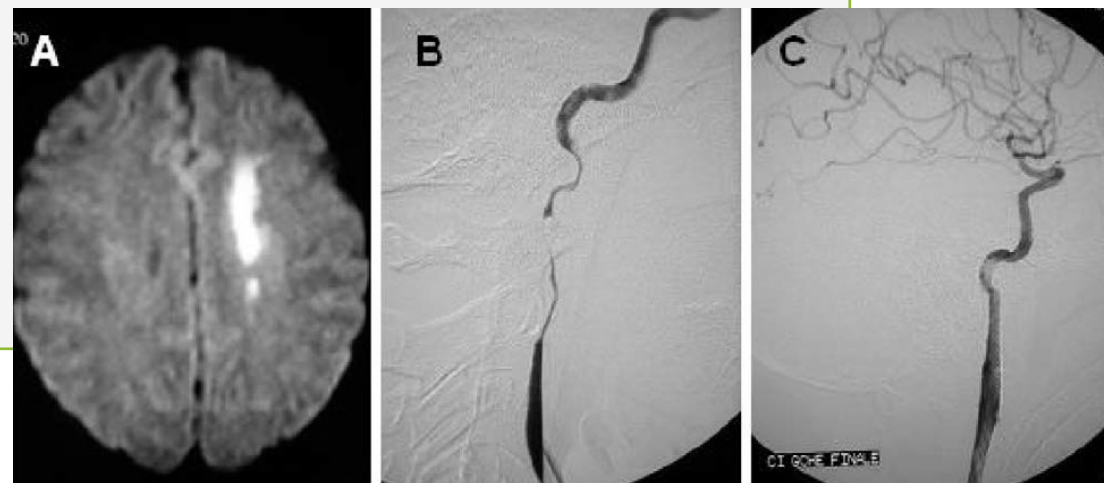
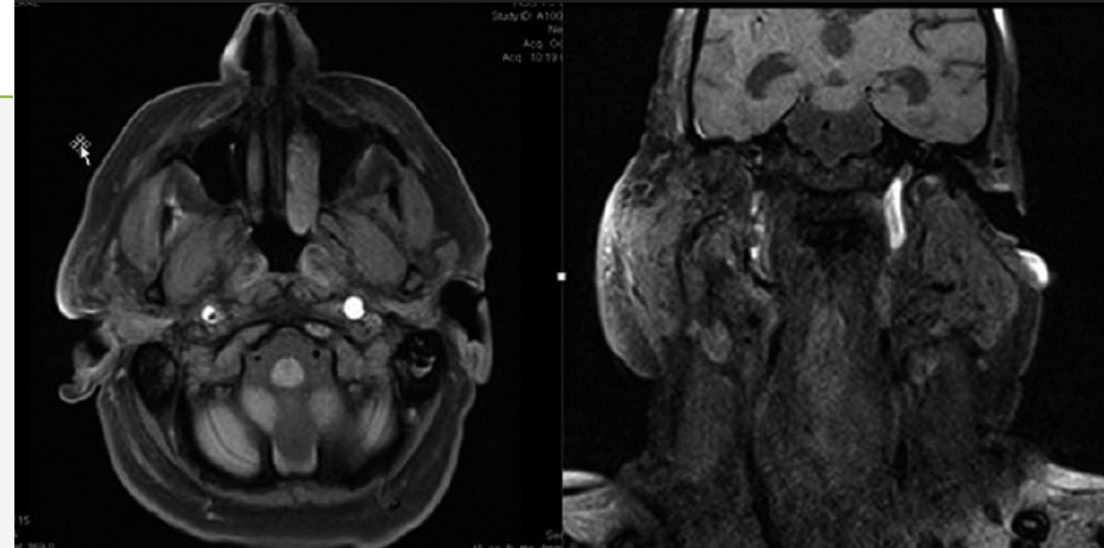
- Artères carotides naissent :
  - Tronc artériel brachiocéphalique à droite
  - Crosse de l'aorte à gauche
  - Se divisent en carotide interne et carotide externe
  
- Artères vertébrales naissent :
  - Artères subclavières
  - Portion extra osseuse (V1)
  - Portion intra osseuse (V2)
  - Portion foraminale (V3)
  - Portion durale (V4)
  - Se rejoignent pour former le tronc basilaire

Extracranial Occlusive Disease of Vertebral and Subclavian Arteries



- 1 à 1,5/100000 pour les artères vertébrales
- 2,5 à 3/100000 pour les artères carotides
- Responsables de 20 à 25% des AVC de l'adulte jeune et d'âge moyen.
- Mais seulement 2% de tous les AVC ischémiques
- 2/3 des dissections ont pour conséquence un AIT ou AVC

- Douleur nucale latérale
- Atteinte de l'hémicrâne ou de l'hémiface (rétro-orbitaire)
- Constante, intense
- Claude Bernard Horner incomplet
- Suspicion forte si 2 critères sur 3



- Douleur nucale postérieure occipitale
- Constante, intense
- Possible atteinte hémicranienne
- Rechercher un syndrome de Wallenberg
  - Grand vertige rotatoire avec nausées et vomissements
  - Atteinte côté lésionnel :
    - Nystagmus
    - Syndrome cerebelleux
    - Claude Bernard Horner
    - Atteinte du V
    - Paralysie du voile du palais

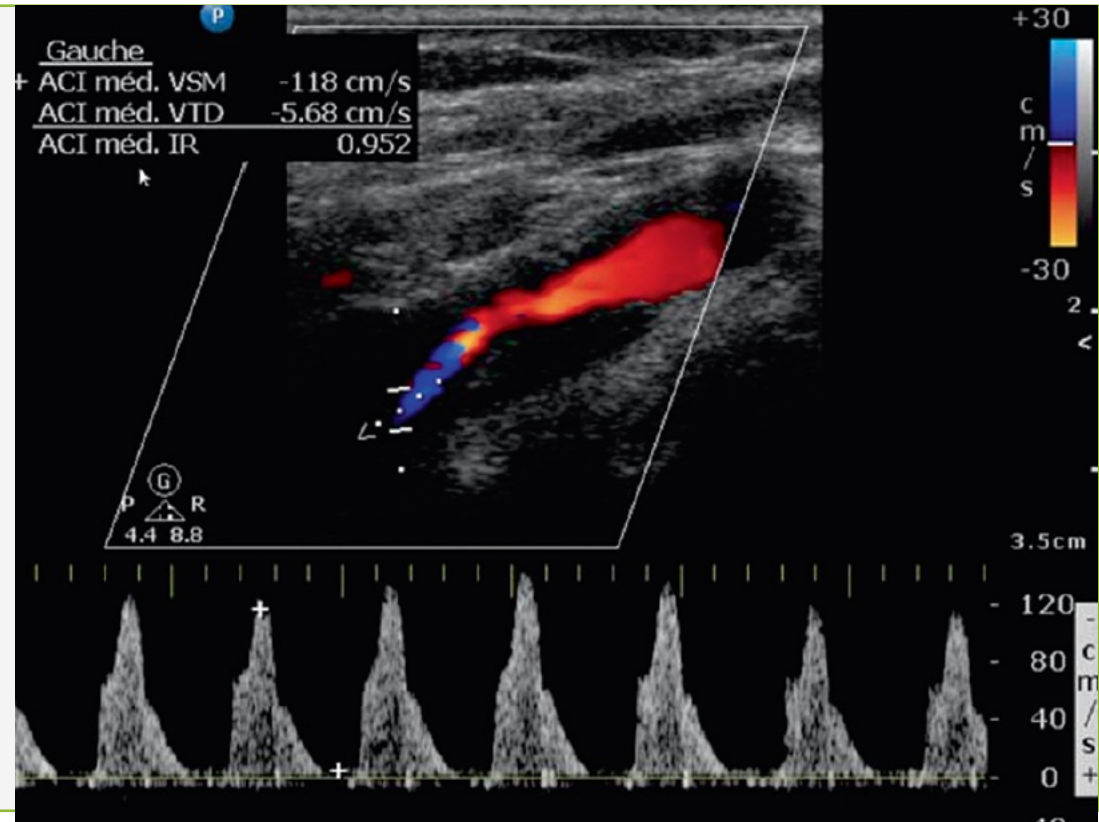


## Facteurs de risque

- Faiblesse pariétale (constitutionnelle ou acquise)
- Traumatismes même mineurs (sports, manipulations)
- Inflammatoire (infections)
- HTA
- Migraines
- Gynécologiques (CO, grossesse, post partum)



- Angio IRM
- IRM T1, FAT SAT +++
- Echographie doppler



- Anticoagulants (+++) ou antiagrégants si CI
  - Pas de supériorité de l'un ou l'autre dans les différentes séries
- Thrombolyse
- Radiologie interventionnelle
  - Phase aigue -> thrombectomie
  - Chronique si aggravation malgré traitement bien conduit

- Risque majeur de développer un événement ischémique dans les 4 semaines
- Risque de récurrence de la dissection faible (principalement des les deux mois)
  - FR : âge jeune, atcd familiaux, Ehler Danlos, dysplasie fibromusculaire
- Mortalité faible (<5%)
- Bon pronostic fonctionnel

1. Sztajzel R, Perren F, Michel P. Dissections carotidiennes et vertébrales spontanées. Revue Médicale Suisse. 2017;13(560):900-6.
2. Writing Committee Members:, Brott TG, Halperin JL, Abbara S, Bacharach JM, Barr JD, et al. 2011 ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/SCAI/SIR/SNIS/SVM/SVS guideline on the management of patients with extracranial carotid and vertebral artery disease: executive summary:. Journal of NeuroInterventional Surgery. 1 juin 2011;3(2):100-30.
3. Stapf C, Arnold M. Dissections carotidiennes : mécanismes histopathologiques et prise en charge. Réanimation. oct 2010;19(6):498-504.