

Fait clinique

**REVUE TROPICALE
DE CHIRURGIE**
Association Malagasy de Chirurgie



Dissection spontanée de la carotide interne droite: cas clinique et revue de la littérature

Rajaonahary TMA^{*1}, Rakotoarisoa AHN²,
Raherinantenaina F¹, Radriamandrato TAV³,
Rakoto Ratsimba HN¹

¹Service de Chirurgie Viscérale, HJRA Ampefiloha, CHU Antananarivo Madagascar

²Service d'ORL, HU Andohatapenaka, CHU Antananarivo Madagascar

³Service de Réanimation Chirurgicale, HJRA Ampefiloha, CHU Antananarivo Madagascar

Résumé

La dissection de la carotide interne fait partie des causes fréquentes d'accident ischémique cérébral de l'adulte jeune. Nous rapportons un cas de dissection spontanée de la carotide interne droite dans le but de rappeler la prise en charge à la lumière d'une revue de la littérature. Une femme de 48 ans, hypertendue traitée, était référée pour une thrombose de la carotide interne droite de diagnostic échographique. L'interrogatoire révélait des céphalées occipitales et une cervicalgie unilatérale droite. Un angioscanner des troncs artériels supra-aortiques décelait une occlusion «en flamme de bougie» de la carotide interne extracrânienne droite, évocatrice d'une dissection spontanée. Un décubitus strict et une anticoagulation par de l'héparine non fractionnée étaient prescrits pendant 7 jours suivis d'un relais par de l'antivitamine K. Au recul de 9 mois, l'évolution était marquée par l'absence de recanalisation complète de la carotide interne.

Mots clés: Angiographie; Antithrombotique; Carotide interne; Dissection; Echodoppler

Abstract

Titre en anglais: Spontaneous dissection of the right internal carotid: clinical case and review of the literature

Dissection of the internal carotid artery is one of frequent ischemic stroke causes in young adults. A case of spontaneous dissection of the right internal carotid artery is reported to remind the management according to a review of the literature. A 48 year-old woman, with treated hypertension, presented thrombosis of the right internal carotid diagnosed by ultrasound. She had a medical history of occipital headache and right-sided neck pain. Supra-aortic arteries trunks angiography showed occlusion mimicking a "candle flame" aspect in the right extracranial internal carotid, suggestive of spontaneous dissection. Strict decubitus and anticoagulation with unfractionated heparin were prescribed for 7 days, relayed with vitamin K antagonist. After 9 months follow-up, absence of complete recanalization of the internal carotid artery was noted.

Key words: Angiography; Antithrombotic; Dissection; Doppler ultrasound; Internal carotid

Introduction

La dissection spontanée de la carotide interne constitue une cause fréquente d'accidents ischémiques cérébraux de l'adulte jeune. Les formes frustes, asymptomatiques ou hémisphériques massives exposent à une erreur diagnostique [1]. Un cas révélé par une ischémie cérébrale mineure est rapporté afin de rappeler les attitudes diagnostiques et thérapeutiques découlant d'une revue de la littérature.

Observation

Madame H., 48 ans, hypertendue, était référée suite à la découverte d'une occlusion de la carotide interne droite extracrânienne, évoquée par un échodoppler cervical. L'interrogatoire retrouvait une notion de céphalées occipitales traînantes et des douleurs cervicales droites sans facteur déclenchant. Un angioscanner des troncs artériels supra-aortiques a montré une occlusion en «flamme de bougie» de la carotide interne droite rétrobulbaire, évocatrice d'une dissection. Cette image s'associait à une sténose longue et irrégulière en aval de l'occlusion (Figures 1 et 2). Le scanner cérébral montrait une ischémie peu étendue du territoire sylvien antérieur droit. L'échocardiographie précisait l'absence de thrombus intracavitaire avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche à 66,6%. L'échodoppler des artères rénales ne retrouvait aucun signe de fibrodysplasie musculaire. Un décubitus strict et une héparinothérapie étaient prescrits pendant 7 jours suivis d'un relais par de l'antivitamine K (AVK) à la sortie de la patiente. Au 9^{ème} mois, aucune récurrence d'accident

ischémique n'était observée mais la recanalisation de la carotide interne n'était pas complète (Figure 3). De ce fait, l'anticoagulation était poursuivie.

Discussion

La dissection de la carotide interne extracrânienne est la plus fréquente des dissections des artères cervicoencéphaliques [2]. Elle figure parmi les principales causes d'accident vasculaire cérébral ischémique des sujets jeunes [3]. Son incidence réelle reste mal évaluée. Les formes paucisymptomatiques ou plutôt graves, souvent sous-diagnostiquées, sont à l'origine de cette incertitude. Anatomiquement, la mobilité de la carotide interne extracrânienne la rend vulnérable mais la pathogénie de la dissection reste hypothétique. Les traumatismes mineurs, les contractures oraux, les crises migraineuses et la fibrodysplasie musculaire sont incriminés sans preuve tangible. Dans notre observation, les céphalées traînantes peuvent faire évoquer des crises migraineuses. L'absence de signe évocateur à l'échodoppler n'élimine pas le diagnostic de dysplasie fibromusculaire. L'hypertension artérielle est également incriminée, sans que le mécanisme soit élucidé. La présentation clinique typique associe céphalées, cervicalgie unilatérale et syndrome de Claude Bernard Horner. Des signes d'ischémie hémisphérique ou oculaire homolatérale surviennent quelques heures à quelques jours plus tard. Le syndrome de Claude Bernard Horner faisait défaut dans notre observation. Dans d'autres circonstances, la dissection de la carotide interne ne se découvre qu'à l'autopsie. Dans tous les cas, le diagnostic repose sur les données de l'échodoppler et de l'angiographie. L'échodoppler couleur doit rechercher trois signes directs: un hématome pariétal (morphologique), une accélération des vitesses circulatoires et un flux bi-phasique ou

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: tokybeloh@yahoo.fr

¹ Adresse actuelle: Service de Chirurgie Viscérale, HJRA Ampefiloha, CHU Antananarivo, Madagascar



Fig.1: Angioscanner cervical en coupe frontale: occlusion de la carotide interne droite rétrobulbaire "en flamme de bougie" en aval du bulbe carotidien

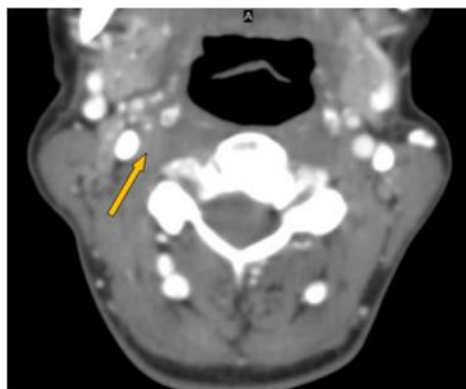


Fig.2: Angioscanner cervical en coupe axiale: occlusion de la carotide interne droite rétrobulbaire, objectivée par l'absence d'opacification de la carotide interne droite, en dedans de la veine jugulaire interne droite

exclusivement systolique sur l'axe carotidien interne (hémodynamique). Par ailleurs, un double chenal circulant est considéré comme pathognomonique pour beaucoup d'auteurs [3]. Aucune de ces anomalies n'était retrouvée dans notre observation. Néanmoins, la sensibilité de l'échodoppler voisine de 83% n'était appréciée que par peu d'études et les critères diagnostiques hémodynamiques ne sont pas spécifiques [4]. Dans la pratique, cet examen doit être couplé à une angiographie par résonance magnétique (Angio-IRM) ou à un angioscanner des vaisseaux du cou. L'Angio-IRM a une meilleure sensibilité et spécificité (90%) et apprécie mieux l'hématome pariétal en séquence T1 [5]. A Madagascar, l'angioscanner est malheureusement le seul examen angiographique disponible. L'image d'une occlusion «en flamme de bougie» en dehors d'un contexte athéromateux est évocatrice. Dans la prise en charge thérapeutique, un décubitus strict est recommandé à la phase aiguë pour éviter un accident ischémique hémodynamique. Ensuite, le risque thromboembolique pour les dissections carotidiennes âgées de moins d'un mois nécessite un traitement antithrombotique [1,6]. A la différence des dissections aortiques, l'héparine ne risque pas d'induire une extension de l'hématome pariétal. Les seules contre-indications retenues à l'héparinothérapie sont les infarctus cérébraux massifs et les dissections intracrâniennes avec hémorragie méningée. Selon beaucoup d'auteurs, l'héparinothérapie à la phase aiguë doit être relayée par un AVK pendant 3 mois [7]. Une sténose per-

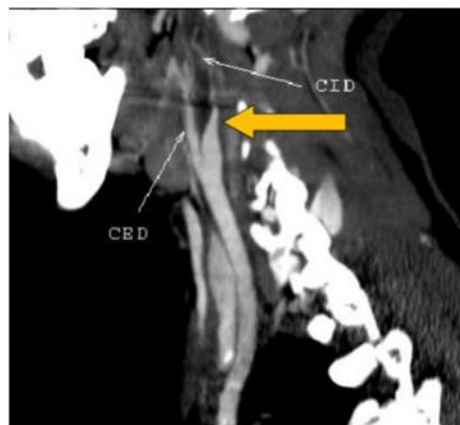


Fig.3: Angioscanner cervical en coupe sagittale: persistance de l'occlusion "en flamme de bougie" de la carotide interne droite (flèche jaune) avec sténose longue et irrégulière en aval (flèche blanche)

sistante, une irrégularité pariétale ou un anévrysme de la carotide interne, décelés lors d'une nouvelle imagerie, nécessiteront la poursuite de l'AVK pour 3 mois supplémentaires. Après vérification de la recanalisation, un relais par un mois d'antiagrégants plaquettaires est en général suffisant. Une recanalisation complète de la carotide interne avant le sixième mois et une stabilité de la carotide disséquée après 6 mois d'évolution étaient rapportées dans la majorité des cas rapportés [1]. Notre observation se singularise par l'absence de recanalisation complète au bout de 9 mois d'AVK, sans récurrence ni nouvel accident ischémique. Le recours à la chirurgie ouverte ou endovasculaire est rare et réservé aux récurrences d'accident ischémique malgré une anticoagulation efficace. Le pronostic des dissections extracrâniennes est globalement favorable avec un risque de récurrence faible, de l'ordre de 1% par an. Le taux de survie à long terme est estimé à 85% à 10 ans et une récurrence d'accident ischémique doit faire rechercher une dilatation anévrysmale persistante, une dissection résiduelle avec brèche intimale ou une récurrence de la dissection [1].

Conclusion

La dissection de la carotide interne mérite d'être recherchée devant des signes locaux évocateurs chez les sujets jeunes. Un échodoppler cervical et une angiographie sont indispensables pour le diagnostic. A la phase aiguë, le décubitus strict et les antithrombotiques sont souvent suffisants pour le traitement et l'indication chirurgicale reste exceptionnelle.

Références

- 1- Bioussé V, Guillon B, Stoner C-H. Dissection des artères cervicoencéphaliques. Encycl Med Chir (Elsevier SAS, Paris), Neurologie, 17-046-B-10, 2005.
- 2- Schievink WI. Spontaneous dissection of carotid and vertebral arteries. N Engl J Med 2001; 344: 898-906.
- 3- Gobin-Metteil MP, Oppenheim C, Domigo V, Trystram D, Brami-Zylberberg F, Naggara O, et al. Critères diagnostiques en échographie-Doppler des dissections artérielles cervicales à la phase aiguë. J Radiol 2006; 87: 367-73.
- 4- Arning C. Ultrasonographic criteria for diagnosing a dissection of internal carotid artery. Ultrason Med 2005; 26: 24-8.
- 5- Charbonneau F, Gauvrit JY, Touze E, Moulin T, Bracard S, Leclerc X, et al. Diagnostic et surveillance des dissections des artères cervicales. J Neuroradiol 2005; 32: 255-7.
- 6- Guillon B, Zuber M, Woimant F. Prise en charge des dissections artérielles cervicoencéphaliques. Procédure Num 9. Société Française Neuro-vasculaire; 2004.
- 7- Fornecker C, Griffon C, Knauer V, Rouyer O, Stephan D. Dissection artérielle carotidienne spontanée. J Mal Vasc 2006; 31: 146-50.