

PRESENTATION DE CAS

Dysphonie

6 AVRIL 2011

Dre Sandrine Siéwé
Service de médecine de premier
recours

Cas clinique (1)

- M. R, 41ans consulte le 23/11/2009 aux urgences ORL, adressé par un ORL
- Pour **dysphonie**, évoluant depuis 24-48 h et douleur à la déglutition
- BSH, Ø tt, Ø antécédent, Ø allergie
- Habitudes: Ø tabac, alcool: occasionnel

Cas clinique (2): Anamnèse

- **Il y a 1 mois:**
vertiges de qqs secondes en tournant la tête
IVRS, asthénie
- **Il y a 2 semaines:**
céphalée prédominant au vertex
cervicalgie irradiant dans l'épaule droite
- **Plusieurs médecins consécutifs:**
15/11, 17/11, 18/11, 19/11
notion de consultation chez un rhumato également
Ttt symptomatique sans effet: Paracétamol, AINS,
Myorelaxant, sans effet

- **A quoi pensez-vous?**
- **Que recherchez-vous au status?**

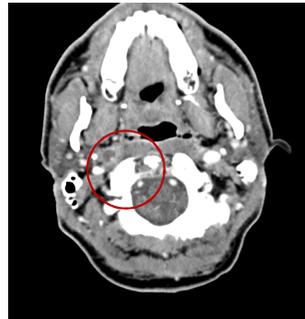
Cas clinique (3): Status

- **Status ORL :**
Dépôts blanchâtres étendus à tout le larynx
Sensibilité à la palpation du SCM à droite
- **Status ORL à 48 h: difficulté à déglutir**
Paralysie hémilaryngée et hémipharyngée à droite
Paralysie corde vocale droite
Fausse route primaire aux liquides
Signe du rideau (ascension de la paroi pharyngé postérieur latérale droite, lorsque le pt dit « ah »)
Absence d'atteinte de la mobilité vélaire
Déficit de l'élévation de l'épaule à droite

- **Quelle imagerie réalisez-vous?**

Cas clinique (4): Imagerie

- **Scanner cervical d'emblée couplé à l'IRM des vaisseaux du cou**
- Dissection aigue carotidienne D dans sa portion extra crânienne.
- Dissection artère vertébrale G
- Occlusion complète a. carotide interne G (ancienne dissection)
- Pas ischémie cérébrale ou rétinienne
- Pas de masse le long du trajet des nerfs récurrents au niveau laryngé



Cas clinique (5): Imagerie



- **A quoi pensez-vous?**
- **Quelles investigations réalisez-vous?**

Cas clinique (6): **BILAN**

- CT-Scan thoraco-abdominal : normal
- US Card: légère hypertrophie bi-septale
- ENMG: Axonotésis 80-85% XI à droite
- Bilan gustatif 1/3 post
Agueusie post G
Normoguesie post droite
- Bilan génétique en cours

→ **Atteinte des nn. crâniens X et XI D**

Cas clinique (7): Prise en charge

- Début d'anti-coagulation (AVK) après charge en aspirine
- Hospitalisation en neurologie

Dissection de l'artère carotide interne

- Incidence annuelle: 2.5-3/100.000
- Artères cervicales extra-crânienne :
90% des dissections cervico-encéphaliques
- A. carotide interne : 4 fois plus souvent que l'artère vertébrale
- 2% des infarctus cérébraux tous âges confondus
- Cause majeure d'AVC chez le sujet jeune 16 à 45 ans (10-25%)
- Dissections multiples simultanées de plusieurs axes: 15-20%

UNIVERSITÉ DE GENÈVE

Dissection de l'artère carotide interne: Présentation clinique

	(%)
Asymptomatique	10-15
Céphalées unilatérales, continues, progressive	65-68
Douleurs faciales: frontale, rétro-orbitaire, temporale, mastoïdienne	34-53
Cervicalgie	9-26
Claude-Bernard-Horner	28-41
Parésie nerfs crâniens: IX, X, XI, XII	8-16
Acouphène pulsatile	16-27

HUG Hôpitaux Universitaires de Genève

UNIVERSITÉ DE GENÈVE

Dissection de l'artère carotide interne: Présentation clinique

Présentation comme événement ischémique	%
AIT	15-16
AVC ischémique	80-84
Amaurose fugace	3
Neuropathie optique ischémique	4
Infarctus rétinien	1

HUG Hôpitaux Universitaires de Genève

UNIVERSITÉ DE GENÈVE

HUG Hôpitaux Universitaires de Genève

Compression: *pseudoanévrisme*

? Atteinte V, VII
? Fréquence atteinte XII

Spontaneous carotid dissection presenting lower cranial nerve palsies. Guidetti D et al. *J Neuro Sci.* Jan 2001;184:203-7.
2. *Surgery of the Ear.* Glasscock-Shambough, 5^e édition (illustration droite)

HUG Hôpitaux Universitaires de Genève

UNIVERSITÉ DE GENÈVE

Dissection de l'artère carotide: Étiologies et Facteurs de risque

- **TRAUMATIQUE**

MAJEUR: AVP, STRANGULATION, COUP DIRECT, SPORT VIOLENT, ETC

MINEUR: Eternuement, effort de toux, accélération/décélération brutales, port de charge lourde, peinture de plafond, intubation, bronchoscopie, cath jugulaire

- **SPONTANÉE**

Notion d'un trauma mineur les jours ou heures précédant les 1^{ers} symptômes (50%)

HUG Hôpitaux Universitaires de Genève



Dissection de l'artère carotide: Etiologies et Facteurs de risque

- Dysplasie fibromusculaire: sy. Ehlers-Danlos, sy. Marfan
- Pathologie du tissu conjonctif (distribution héréditaire)
- Hyperhomocystéinémie, hémochromatose, Turner Williams
- Déficit en alpha-1-antitrypsine
- Polykystose rénale
- Infection: en général IVRS
- Anévrisme intracrânien
- Migraine
- Dilatation racine de l'aorte, Bicuspidie aortique



Dissection de l'artère carotide: Examens para-cliniques

- **Angio-IRM cérébrale et VX du cou** (gold standard):
montre l'hématome intramural: hypersignal en croissant excentré confirme l'absence de flux et permet d'évaluer le retentissement intracrânien de la dissection
- **Echo-Doppler carotido-vertébral et trans-crânien**
sensibilité=95%, accessible en urgence
visualisation de hématome, sténose ou occlusion artérielle
- **Angio-CT**: également disponible en urgence
- **Artériographie**:
examen de référence antérieurement indication en cas de persistance de doute diagnostique



Dissection de l'artère carotide: Traitement

- En raison du risque élevé d'accident thromboembolique:
TT anti thrombotique (anticoagulation versus inhibiteur de l'agrégation plaquettaire = controversé car aucune étude randomisée)
- Dès la suspicion diagnostique :débuter héparine(HBPM) relais AVK dès la confirmation diagnostique 3 à 6 mois
- Contrôle par écho doppler et ou angio IRM à 3 mois .si persistance sténose ou anévrisme poursuite encore 3 mois
- Au niveau contrôle si idem: TT antiagrégant au long cours
- CI: Extension intracrânienne de la dissection, infarctus massif
- Traitement chirurgical versus stent radiologique: recours exceptionnel



Dissection de l'artère carotide: Pronostic

- Sténose et occlusion des artères cervico-encéphalique régressent le plus souvent spontanément
- Dépend de la présence ou de la sévérité d'un accident ischémique cérébral
- Pronostic globalement bon. Taux de recanalisation de 40 à 60% entre 3 et 6 mois
- Plusieurs études ont montré que 70% à 90% des patients ayant fait une dissection cervicales récupéraient sans séquelles
- Pronostic à long terme également bon avec un taux de survie à 10 ans de 85% (Leys et al.)
- Risque de récurrence faible de 1 % par an





Dissection de l'artère carotide: Conclusion

⇒ La dissection des portions extra crâniennes des artères carotides internes ou vertébrales est l'une des causes les plus fréquentes d'ictus chez le sujet jeune

⇒ Toujours y penser devant la triade:

- 1-céphalées , algie faciales et cervicalgie
- 2-signes locaux(CBH, acouphène pulsatile etc..)
- 3- signes d'ischémie cérébrale ou rétinienne, transitoire ou constituée, notamment chez un patient jeune

⇒ Pas d'étude permettant des recommandations de traitement: en général anticoagulation par AVK 3 à 6 mois.



Dissection de l'artère carotide: Références

- 1-Walter waespe, MD,Jürg Niesper ,et al. lower cranial nerve palsies due to internal carotid dissection département of neurology ,University Hospital Zürich, Switzerland
- 2-Leys D, Bandu L, hénon , et al. Clinical outcomes in 287 consecutive young adults(15-45 year) with ischemic stroke. Neurology 2002;59:26.
- 3- Debettes et al.Lancet neurology 2009;8:668-78 Cervical-artery dissection: predispsing factors, diagnosis, and outcomes.
- 4-MokriB ,Sundt TM, Houser QW, Piegras DG. Spontaneous dissection of the cervical internal carotid artery .Ann of neroogie1986;19:126-138.
- 5 -Lee VH ,Brown RD Jr, Mandrekar Jn etal. Incidence and outcomes of cervical artery dissection: a population-based study. neurology.2006;67(10):1809-12.
- 6-Engelter ST, Brant T, debette S, Caso V, et al for the cervical artery dissection in ischemic stroke patient(CADISP) Study Group Antiplatelets vs anticoagulation in cervical artery dissection .Stroke.2007;38:2605-11.
- 7- Arnoldm, Nedeltchev K, Strurzenegger M, et al. Thrombolysis in patients with acute stroke cause by cervical artery dissection. Analysis of 9 patients and review of the literature. Archives of neurology 2002;59:549-553.



Dissection de l'artère carotide: Physiopathologie

- Irruption de sang dans la paroi artérielle à l'origine d'un hématome clivant les feuillets pariétaux
- Si localisation sous-intimale ou sous adventitielle de l'hématome : sténose ou dilatation anévrysmale de l'artère
- Atteinte nerfs crâniens: compression ou ischémie
- XII: paralysie de l'hémi-langue et déviation du côté paralysé lors de la protraction
- IX et X: dysarthrie, dysphonie et trouble de la déglutition
- XI: paralysie muscle spinal et SCM

