

Intérêt de l'écho-doppler dans le diagnostic de la dissection carotidienne traumatique aux urgences

Par : Dr M. DOUMIRI, Dr Y. DAHBI, Dr K. NOUKAIRI, Dr M. AMOR, Dr W. MAAZOUZI

Service d'Anesthésie-réanimation, Hôpital des Spécialités du Centre Hospitalier Universitaire Ibn sina, Faculté de médecine et de pharmacie Rabat, Université Mohammed V de Rabat, Maroc

Introduction :

Une dissection traumatique des artères cervicales concerne environ 1 % des patients traumatisés sévères [1]. Le diagnostic positif repose sur l'angioscanner des troncs supra-aortiques qui constitue le gold standard mais reste une méthode invasive. Nous rapportons l'observation d'une dissection de l'artère carotide gauche dépistée précocement chez un jeune traumatisé grave par le doppler transcrânien.

Observation :

Patient âgé de 17 ans, sans ATCDs particuliers, admis à H+2 aux urgences pour prise en charge d'un traumatisme grave suite à un accident de la voie publique. A l'admission : GCS à 6, ecchymoses palpébrales, otorragie bilatérale et épistaxis. La pression artérielle est à 90/40 mmHg, avec tachycardie à 120 bpm et tachypnée à 30 cpm. La SpO2 est à 80% à l'air ambiant. L'auscultation retrouve une abolition des murmures vésiculaires. L'échographie pleuropulmonaire confirme un pneumothorax bilatéral rapidement drainé. Après intubation et sédation : la PaO2 est à 88 mmhg, la SpO2 à 92%, la PaCO2 à 37mmhg (FIO2 60%). Sous noradrénaline à raison de 0,3µg/kg/min, la pression artérielle est à 120/70 mmHg. Le scanner corps entier à H+3 a montré : œdème cérébral diffus avec contusions multiples fronto-temporales gauches et pneumocéphalie, fracture zygomatique et des os propres du nez et des rochers bilatéraux, une contusion pulmonaire bilatérale associée à un pneumothorax bilatéral minime avec deux drains en place. Le DTC réalisé à H+6 a objectivé une asymétrie des vitesses systoliques et l'IP = ACM droite : VS = 88 cm/s, VD = 29 cm/s et IP = 1,29; ACM gauche : VS = 55 cm/s, VD = 26 cm/s et IP = 0,76 (figures 1,2). Devant ces résultats un angio-scanner cérébral a été réalisé à H+8 qui a confirmé la suspicion de dissection de la carotide interne gauche avec plages ischémiques des territoires des Artères cérébrales antérieure et moyenne (figure 3). Le malade a été mis sous aspirine 160mg /j. L'Enoxaparine 40mg/j a été démarrée après 48H. Le patient est décédé à J+6 par SDRA réfractaire et défaillance multiviscérale.

Discussion :

La dissection des artères cervicales est responsable de 20% des accidents ischémiques cérébraux des sujets de moins de 45 ans. Le contexte traumatique représente plus de la moitié des cas [2]. Différents moyens d'imagerie permettent d'étudier les quatre axes cervicaux et de confirmer le diagnostic de dissection artérielle [1].

Dans le cadre d'un traumatisé grave nécessitant une TDM corps entier, l'angio-TDM est devenu un examen systématique en cas de suspicion de traumatisme fermé des vaisseaux du cou suivant les critères de Memphis [3]. L'angio-IRM est inférieure à l'angio-TDM en termes de sensibilité par l'atténuation du signal d'un hématome intramural dû à l'hypersignal d'un thrombus intraluminal [4]. Peu d'études ont évalué l'apport du DTC dans le dépistage de la dissection carotidienne post-traumatique. Dans une étude cas-témoins, Bouzat P, et al ont comparé les tracés DTC initiaux de 11 patients porteurs d'une dissection carotidienne avec 44 patients témoins. La présence d'une dissection carotidienne se traduit au DTC par une démodulation du signal sur l'ACM ipsilatérale caractérisée par un IP < 0.8 ainsi que par une franche asymétrie des Vs entre les deux ACM, supérieure à 25%. Un DTC asymétrique avec un IP normal doit conduire à la réalisation d'une angio-TDM avec coupes sur les troncs supra-aortiques [5]. Dans notre cas, le DTC réalisé à H+6, après stabilisation de l'état hémodynamique et respiratoire du patient montrait une asymétrie des Vs au niveau de l'ACM gauche (asymétrie >25% avec IP normal) ce qui a permis de suspecter précocement une dissection carotidienne confirmée par angio-TDM cérébrale. Les indications des anticoagulants restent la présence d'un caillot flottant, d'AVC à répétition, d'une occlusion du vaisseau ou d'un AVC sous antiagrégants. Il reste des contre-indications aux anticoagulants qui dépendent des lésions associées en cas de polytraumatisme, de la taille et de la sévérité de l'AVC en cas d'AVC déjà constitué (risque hémorragique). Dans toutes les autres situations, les antiagrégants peuvent être considérés [6]. Les antiagrégants plaquettaires ont montré un meilleur rapport bénéfice/risque dans la prévention secondaire des AVC non-cardiogéniques [7]. Une étude prospective publiée en 2015 dans le Lancet a comparé AAP versus AC dans le cadre des dissections carotidiennes extra-crâniennes ou vertébrales (étude CADISS) : Il n'y avait pas de différence entre les 2 groupes que ce soit en termes d'accident ischémique ou de décès [8].

Conclusion :

Les traumatismes fermés des vaisseaux du cou sont peu fréquents, mais nécessitent d'être diagnostiqués précocement en raison du risque important d'AVC ischémique. Leur diagnostic repose sur l'angio-TDM sensibilisée par des moyens de dépistages tels que le DTC.

Intérêt de l'écho-doppler dans le diagnostic de la dissection carotidienne traumatique aux urgences

Par : Dr M. DOUMIRI , Dr Y. DAHBI , Dr K. NOUKAIRI, Dr M. AMOR, Dr W. MAAZOUZI

Service d'Anesthésie-réanimation, Hôpital des Spécialités du Centre Hospitalier Universitaire Ibn sina,
Faculté de médecine et de pharmacie Rabat, Université Mohammed V de Rabat, Maroc

Références :

1. Maalej A, Haddar S, Abid H, Souissi B, Toumi N, BenMahfoudh K.H. Imagerie des dissections des artères cervico-encéphaliques. *Feuillets de radiologie* 2014.
2. Doussot C, Chomel A, Freysz M. Dissections carotidiennes. *Le praticien en anesthésie réanimation*, 340-345; 2006.
3. Miller PR, Fabian TC, Croce MA, Cagiannos C, Williams JS, Vang M, Qaisi WG, Felker RE, Timmons SD : Prospective screening for blunt cerebrovascular injuries : 11 analysis of diagnostic modalities and outcomes. *Ann Surg* 2002, 236 : 386-393.
4. Provenzale JM, Sarikaya B: Comparison of test performance characteristics of MRI, MR angiography, and CT angiography in the diagnosis of carotid and vertebral artery dissection : a review of the medical literature. *AJR Am J Roentgenol* 2009, 193:1167- 1174.
5. Bouzat P, Francony G, Brun J, Lavagne P, Picard J, Broux C, Decléty P, Jacquot C, Albaladejo P, Payen JF. Detecting traumatic internal carotid artery dissection using transcranial Doppler in head-injured patients. *Intensive Care Med* 2010, 36: 1514- 1520.
6. Muller BT, Luther B, Hort W, Neumann-Haefelin T, Aulich A, Sandmann W: Surgical treatment of 50 carotid dissections: indications and results. *J VascSurg* 2000, 31: 980-988.
7. Group ES, Halkes PH, van Gijn J, Kappelle LJ, Koudstaal PJ, Algra A: Medium intensity oral anticoagulants versus aspirin after cerebral ischaemia of arterial origin (ESPRIT): a randomised controlled trial. *Lancet Neurol* 2007, 6: 115-124.
8. CADISS trial investigators. Antiplatelet treatment compared with anticoagulation treatment for cervical artery dissection (CADISS) : a randomised trial. *Lancet Neurol*. 2015 Apr; 14(4) : 361-7.

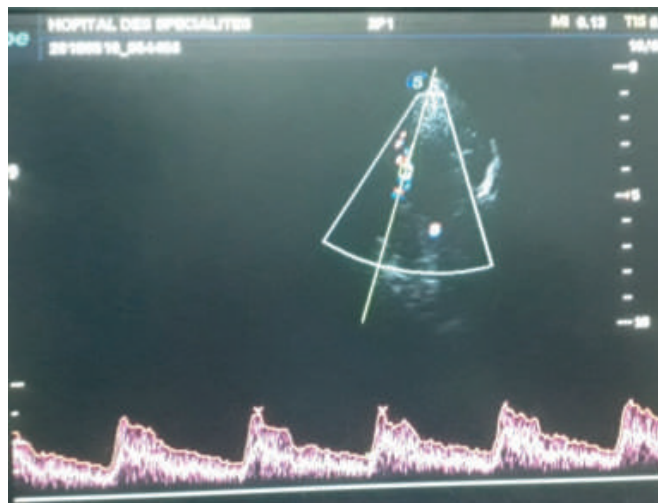


Figure 1: DTC droite : VS= 88cm/s IP=1,29

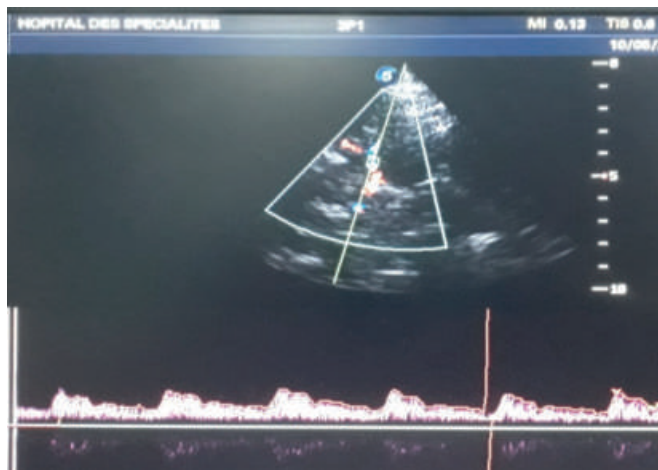


Figure 2: DTC gauche : VS = 55cm/s IP=0,76

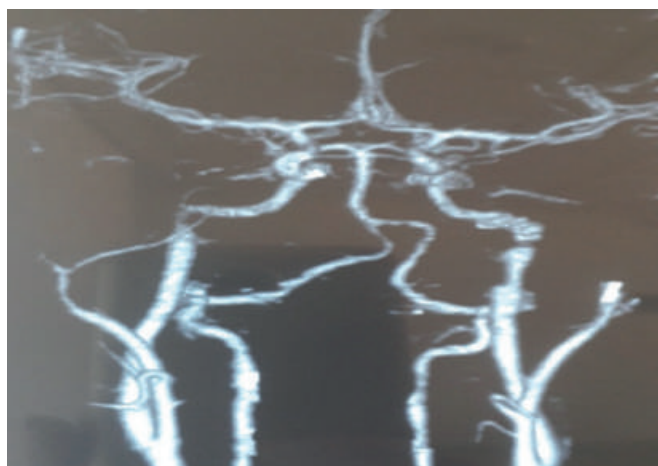


Figure 3 : AngioTDM cérébrale : dissection de la carotide interne gauche