

Une anisotension ne signifie pas toujours dissection

Inter-arm Blood Pressure Difference does not always Mean Dissection

C. Derkenne · P. Dang-Minh · C. de Charry · A. Lamblin

Reçu le 6 juillet 2016 ; accepté le 30 septembre 2016
© SFMU et Lavoisier SAS 2016

Introduction

En médecine préhospitalière, le diagnostic de dissection aortique (DA) de type A selon la classification de Stanford repose sur une association de signes cliniques, dont aucun n'est pathognomonique. Des tableaux parfois faussement évocateurs peuvent faire suspecter à tort une DA et mésestimer d'autres urgences vitales, notamment neurologiques. Nous évoquons ici un de ses diagnostics différentiels relativement méconnu, la sténose de l'artère sous-clavière associée à une sténose carotidienne bilatérale, responsable d'une asymétrie tensionnelle et d'un tableau neurologique.

Observation

Une équipe médicale préhospitalière est engagée au domicile d'un patient de 67 ans. Dans ses antécédents, on note : hypertension artérielle (HTA) sous Valsartan et Diltiazem, dyslipidémie sous Pravastatine, tabagisme actif à 30 paquets-année et angioplastie de l'artère iliaque commune droite en 2005 (sous aspirine 75 mg/j).

L'examen retrouve une hémiparésie flasque et une hémianesthésie complète gauches, une aphasie complète sans paralysie faciale associée. L'épouse ne rapporte ni douleur thoracique préalable ni mouvements anormaux. Il n'y a pas de prise d'alcool ou de toxique. Les paires crâniennes sont sans anomalie ; les pupilles sont intermédiaires et réactives. La nuque est souple, il n'y a ni énurésie ni morsure de langue.

C. Derkenne (✉) · P. Dang-Minh
Brigade des sapeurs-pompiers de Paris, 1 place Jules Renard,
F-75017 Paris, France
e-mail : clement.derkenne@pompiersparis.fr

C. de Charry
Service d'imagerie médicale,
hôpital d'instruction des Armées Desgenettes,
108 boulevard Pinel, F-69008 Lyon, France

A. Lamblin
Département d'anesthésie-réanimation,
hôpital d'instruction des Armées Percy,
108 avenue Barbusse, F-92140 Clamart, France

Le score NIHSS est coté à 23. La tension artérielle est asymétrique, mesurée à l'aide d'un appareil automatique à 187/112 mmHg à droite et imprenable à gauche. Le pouls radial gauche est aboli, sans froideur ni cyanose associées ; le temps de recoloration cutané y est de 2-3 secondes. L'auscultation cardiaque, pulmonaire et carotidienne est sans particularité. La glycémie capillaire est à 210 mg/dL. L'électrocardiogramme est sinusal et régulier à 67 battements/minute sans troubles de la conduction ou de la repolarisation. Trente minutes après le début de la prise en charge, il est observé une récupération *ad integrum* de tous les déficits neurologiques.

En accord avec le régulateur du SAMU et le neurologue de l'unité neurovasculaire (UNV), le patient est adressé dans un hôpital disposant d'un plateau de chirurgie thoracique afin d'éliminer une DA. En l'absence d'orientation diagnostique certaine, il est décidé de ne pas introduire de traitement hypotenseur. Une tomodensitométrie (TDM) cérébrale associée à une angio-TDM de l'aorte et des troncs supra-aortiques (TSA) sont réalisées dès l'arrivée. Il est retrouvé une sténose carotidienne serrée à 90 % au niveau des bifurcations des deux carotides ainsi qu'une sténose de plus de 90 % à l'origine de l'artère sous-clavière gauche, sans DA ou dissection des TSA (Fig. 1). L'IRM cérébrale en séquence de diffusion est en faveur d'un accident vasculaire ischémique sylvien droit récent. Il est donc conclu à un accident ischémique sylvien droit en rapport avec une occlusion quasi complète carotidienne. Le patient est muté immédiatement en UNV. Le bilan échocardiographique, biologique et la surveillance télé-métrique du rythme cardiaque réalisés par la suite se révèlent sans anomalie. Une endartériectomie carotidienne bilatérale est réalisée à J3. La sténose de l'artère sous-clavière est traitée par angioplastie avec pose de stent six semaines plus tard, faisant disparaître l'anisotension. Le patient regagne son domicile à J61 de l'événement initial, sans aucune séquelle.

Discussion

Ce cas clinique illustre non seulement la difficulté diagnostique mais également la spécificité d'orientation des patients présentant une suspicion de DA en préhospitalier.

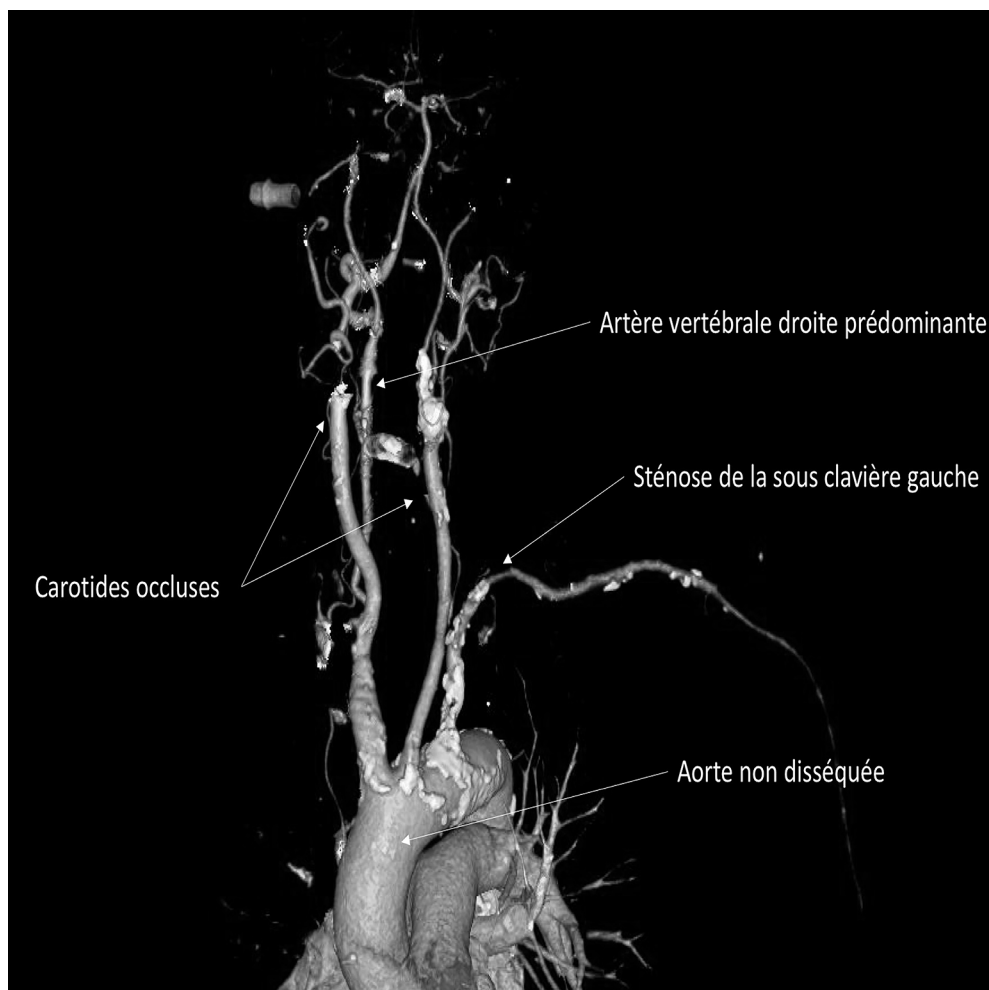


Fig. 1 Origine de l'aorte et troncs supra-aortiques

La forme typique de DA associe facteurs de risque (*High-risk conditions* : HTA ancienne, âge supérieur à 80 ans, maladie de Marfan, bicuspidie aortique), douleur thoracique (*High-risk pain features* : d'apparition brutale, intense, déchirante) à un cortège de signes ischémiques d'aval variable (*High-risk examination features* : anisotension si différence de pression systolique de 20 mmHg) [1]. Cependant, dans 10 % des cas, la douleur est absente, et pour 60 % des patients il n'y a ni asymétrie tensionnelle ni abolition d'un pouls. L'HTA est en revanche présente dans plus de 75 % des cas [2,3]. Les formes atypiques résultent de l'expression clinique inaugurale d'une des nombreuses complications possibles de la DA : dissection étendue en amont de la brèche de l'intima (tamponnade, incompetence valvulaire aortique, syndrome coronarien par dissection coronarienne) ou en aval. Les symptômes neurologiques sont trompeurs et variés : du déficit focal, paraplégie, au coma par hypoperfusion cérébrale par exemple [4,5]. Dans 5 % des cas, des associations syndromiques typiques d'accident vasculaire cérébral (AVC) sont possibles, secondaires à une dis-

section du tronc artériel brachiocéphalique ou de la carotide gauche provenant de l'aorte.

L'absence de score diagnostique de DA utilisable en pratique préhospitalière courante, le caractère pléiomorphe des signes cliniques et leur prévalence variable impose donc au clinicien de travailler avec les rapports de vraisemblance (RV) des signes cliniques (Tableau 1) [6]. Dans le cas présent, les symptômes neurologiques et l'asymétrie tensionnelle cumulaient des RV très élevés rendant le diagnostic de DA dans sa forme atypique probable. Cependant, une fois le patient interrogeable et a posteriori, on retrouvait en sa défaveur : l'absence de douleur, un doute sur l'ancienneté du tableau occlusif du membre supérieur gauche (non froid) et le caractère régressif des symptômes neurologiques avec récupération *ad integrum* (le caractère transitoire des tableaux neurologiques dans les DA a déjà été rapporté par Livernois [4,7]). Enfin, les facteurs de risque cardiovasculaires et l'antécédent d'angioplastie de l'artère iliaque pouvaient également faire envisager une étiologie thrombotique.

Tableau 1 Rapports de vraisemblances cliniques de la dissection aortique [7].

	Rapport de vraisemblance positif	Rapport de vraisemblance négatif
Antécédent d'hypertension	1,1-1,8	0,4-0,7
Douleur		
brutale	1,0-2,6	0,3-1,0
migratrice	1,1-7,6	0,6-1,0
déchirante	1,2-10,8	0,4-1,0
Asymétrie tensionnelle	2,4-47,0	0,6-0,9
Souffle cardiaque diastolique	0,9-4,9	0,8-1,1
Déficit neurologique focal	6,6-33,0	0,7-0,9
Hypertrophie ventriculaire électrique	0,2-3,2	0,8-1,2

Ici, deux types d'urgences pouvaient s'affronter : AVC et DA. L'orientation et la prise en charge thérapeutique diffère fondamentalement si l'on suspecte l'un plutôt qu'un autre. L'introduction d'un traitement antihypertenseur est nécessaire en cas de DA, afin de limiter la progression de la dissection en diminuant la fréquence cardiaque et la contrainte pariétale aortique [1] ; en cas d'AVC ischémique sur thrombose d'une artère carotidienne, il s'agit le plus souvent de respecter cette hypertension [8,9]. Il faut également envisager les diagnostics différentiels d'anisotension. La thrombose aiguë des artères sous-clavières est une cause rare d'asymétrie tensionnelle et d'ischémie aiguë des membres supérieurs. Elle peut être favorisée par un traumatisme, une anomalie sous-jacente de l'arche aortique, un cathétérisme artériel ou une sténose athéromateuse préexistante [1,10-16]. Aucune anomalie hématologique prothrombotique ni origine embolique n'était retrouvée ; l'imagerie éliminait également les causes de compression extrinsèque (tumorale, syndrome du défilé thoracique évolué, etc.).

En conclusion, l'association d'une sténose pré-occlusive des artères carotidiennes bilatérale et de la sous-clavière gauche est un diagnostic rare qui peut faire évoquer à tort une DA, en raison de l'association de symptômes neurologiques et d'une asymétrie tensionnelle. Le diagnostic de DA, délicat en préhospitalier, requiert souvent une collaboration d'avis spécialisés pour la meilleure orientation du patient.

Remerciements : Les auteurs remercient le patient, revu à J7 de sa chirurgie carotidienne, qui a donné son accord pour publication de son histoire clinique ainsi que de son imagerie médicale.

Liens d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun lien d'intérêt.

Références

1. Erbel R, Aboyans V, Boileau C, et al (2014) 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: Document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 35:2873–926
2. Crawford ES (1990) The diagnosis and management of aortic dissection. *JAMA* 264:2537–41
3. Fann JJ, Miller DC (1995) Aortic dissection. *Ann Vascular Surg* 9:311–23
4. Livernois L, Kamga C, Cognet S, et al (2011) Dissection aortique : savoir ouvrir les yeux devant une amaurose du sujet jeune. *Ann Fr Med Urg* 1:424–6
5. Vial M, Cavalli P, Guerin T (2013) Dissection aortique révélée par une paraplégie brutale isolée. *Ann Fr Med Urg* 3:124–5
6. Klompas M (2002) Does this patient have an acute thoracic aortic dissection? *JAMA* 287:2262–72
7. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, et al (2000) The international Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. *JAMA* 283:897–903
8. Le Gall C, Philippe JM, Busseuil C, et al (2005) Actualisation de la IVe conférence de consensus en médecine d'urgence de 1994 : l'hypertension artérielle au service d'accueil et d'urgences (femmes enceintes et enfants de moins de 15 ans exceptés). Commission de veille scientifique Société Francophone de Médecine d'Urgence. http://www.sfm.u.org/upload/consensus/Actualisation_HTA.pdf (Dernier accès le 30 juin 2016)
9. Haute Autorité de Santé (2005) Recommandations de bonne pratique accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/avc_prise_en_charge_precoce_-_recommandations.pdf (Dernier accès le 30 juin 2016)
10. Ammori BJ, Madan M, Chennells PM, et al (1997) Successful stenting of subclavian artery thrombus with intra-arterial thrombolysis. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 13:217–8
11. Boas N, Desmoucelle F, Bernadet V, et al (2002) Rare cause of acute ischemia of the right upper extremity: thrombosis of a retroesophageal subclavian artery. *Ann Vasc Surg* 16:387–90
12. Dave B, Bhatt N, Gupta M, et al (2004) Subclavian artery thrombosis, management with thrombolysis and angioplasty. *J Indian Med Assoc* 102:519–27
13. Patton GM (2004) Arterial thoracic outlet syndrome. *Hand Clin* 20:107–11
14. Purkayastha S, Jayadevan ER, Kapilamoorthy TR, et al (2006) Suction thrombectomy of thrombotic occlusion of the subclavian artery in a case of Takayasu's arteritis. *Cardiovasc Intervent Radiol* 29:289–93
15. Seki H, Kimura M, Yoshimura N, et al (2002) Urokinase lysis for acute left subclavian artery thrombosis after placement of infusion catheter: report of two cases. *Cardiovasc Intervent Radiol* 25:141–3
16. Sullivan KL, Minken SL, White Jr RI (1988) Treatment of a case of thromboembolism resulting from thoracic outlet syndrome with intra-arterial urokinase infusion. *J Vasc Surg* 7:568–71