

6<sup>ème</sup> RENDEZ-VOUS DE L'URGENCE  
**CAS CLINIQUE**

Franck BERNAUD

Service des Urgences

Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG

# CAS CLINIQUE

- Mr S., 50 ans, céphalée et suspicion d'AIT
- ATCD :
  - IDM en 1999, tabac 20 PA
  - hypertrophie bénigne de prostate
  - oesophagite peptique
  - péri-arthrite épaule G il y a 2 sem., kinésithérapie
- TTT habituel :
  - VASTEN 20, LANZOR, ZOXAN LP
  - ASPIRINE 160 mg, TENORMINE 100

# CAS CLINIQUE

## ■ HDM :

- céphalée frontale et rétro-orbitaire droite, < 24 H
- troubles visuels : phosphènes
- mono-parésie transitoire mb. sup. G pdt la nuit

# CAS CLINIQUE

## ■ paramètres vitaux :

- FC 77/min, PA 145/84 mmHg D, 150/92 mmHg G
- Sat. 95 %, glycémie 1,35 g/L, apyrétique

## ■ examen clinique :

### ■ neuro :

- pas de déficit sensitivo-moteur, ROT présents sym., nerfs craniens sp.
- pas de synd. vestibulaire, ni synd. cerbelleux
- pupilles : anisocorie ( myosis D, mydriase G ), réactives

■ CV : normal, bdc réguliers, sans souffle cardiaque ni carotidien

■ reste examen normal

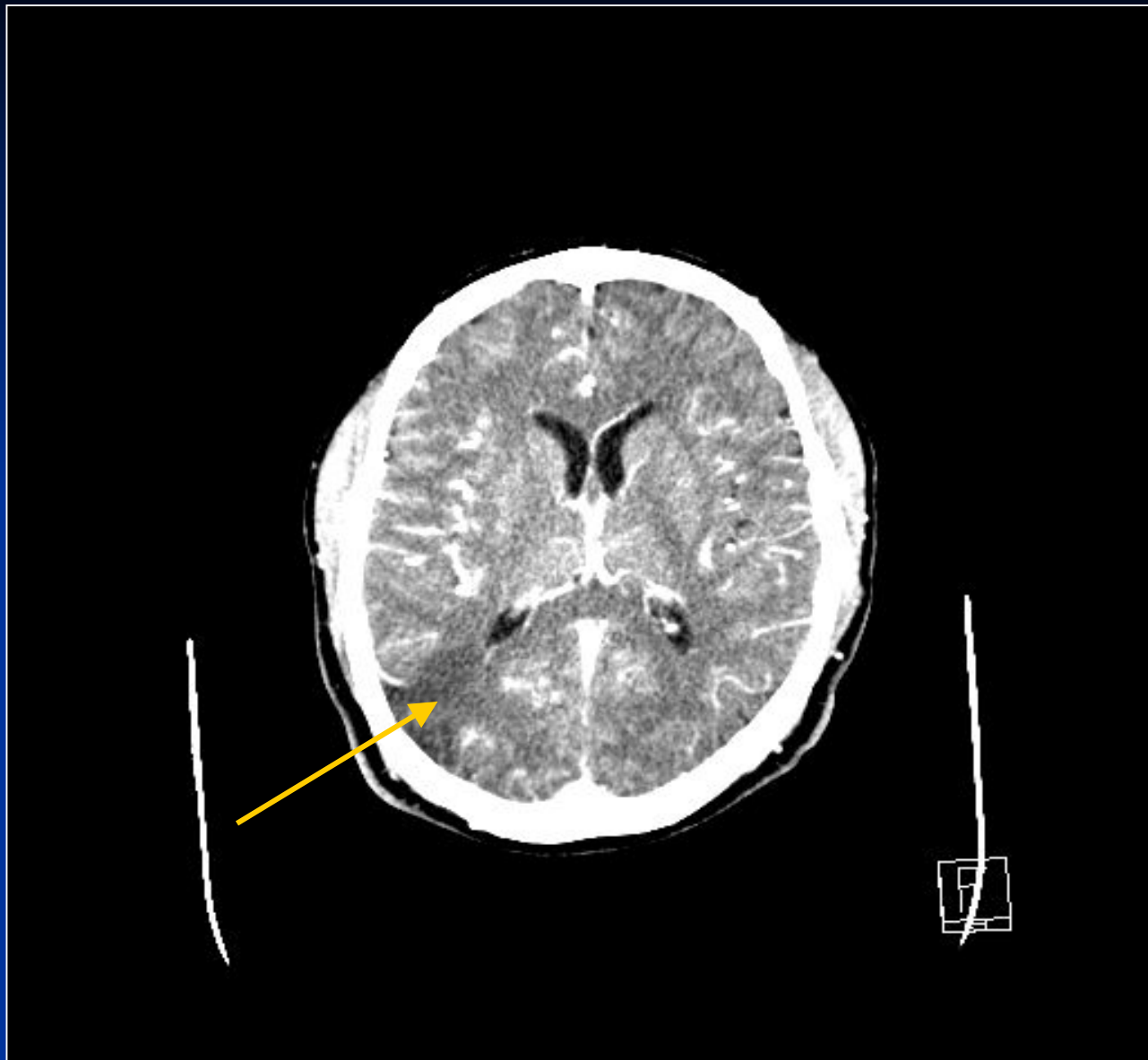
■ ECG : RSR 70 /min, sans trouble conduction ni repolarisation

# CAS CLINIQUE

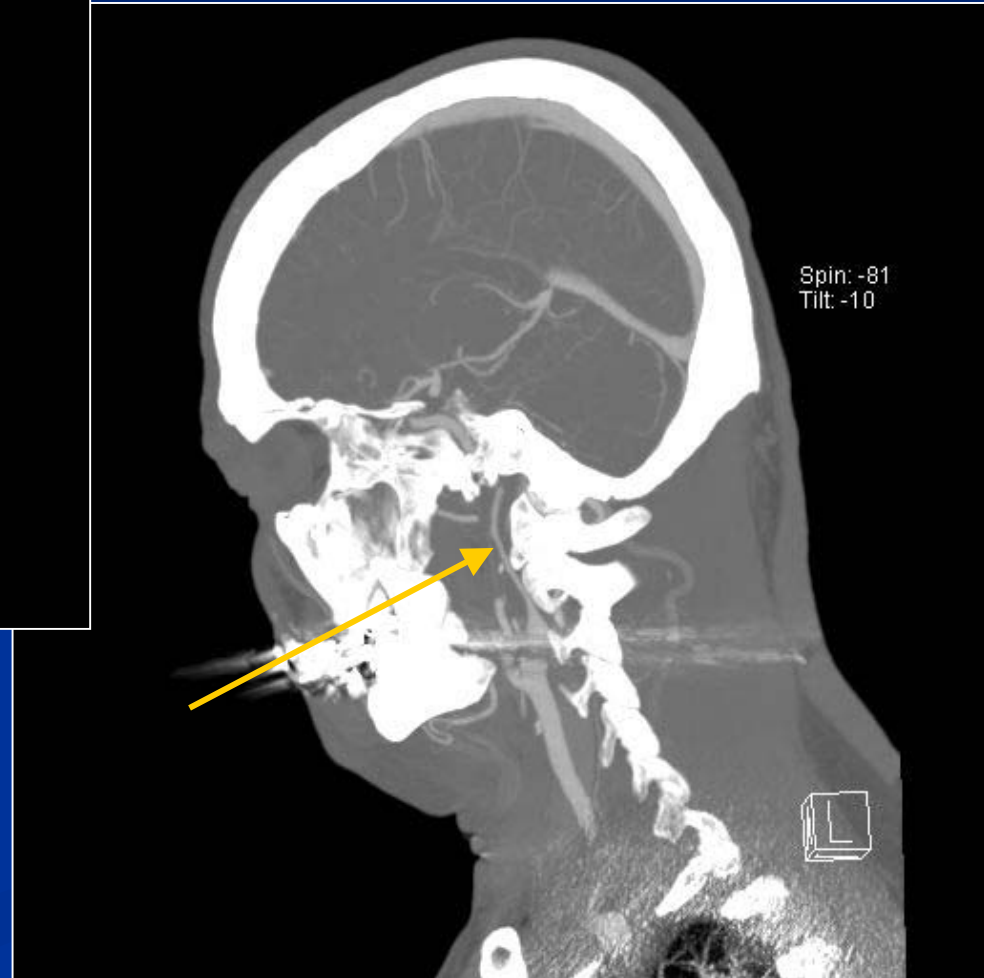
- Quels diagnostics évoquez-vous ?
  - AIT
  - AVC ischémique régressif
  - thrombophlébite cérébrale
  - dissection carotidienne
  - hémorragie méningée
  - migraine accompagnée

# CAS CLINIQUE

- Quels examens complémentaires ?
  - TDM cérébrale avec angio-TDM
  - Angio-IRM cérébrale et vx du cou



TDM SI: nal; AI: hypodensité triangulaire pariéto-insulaire D



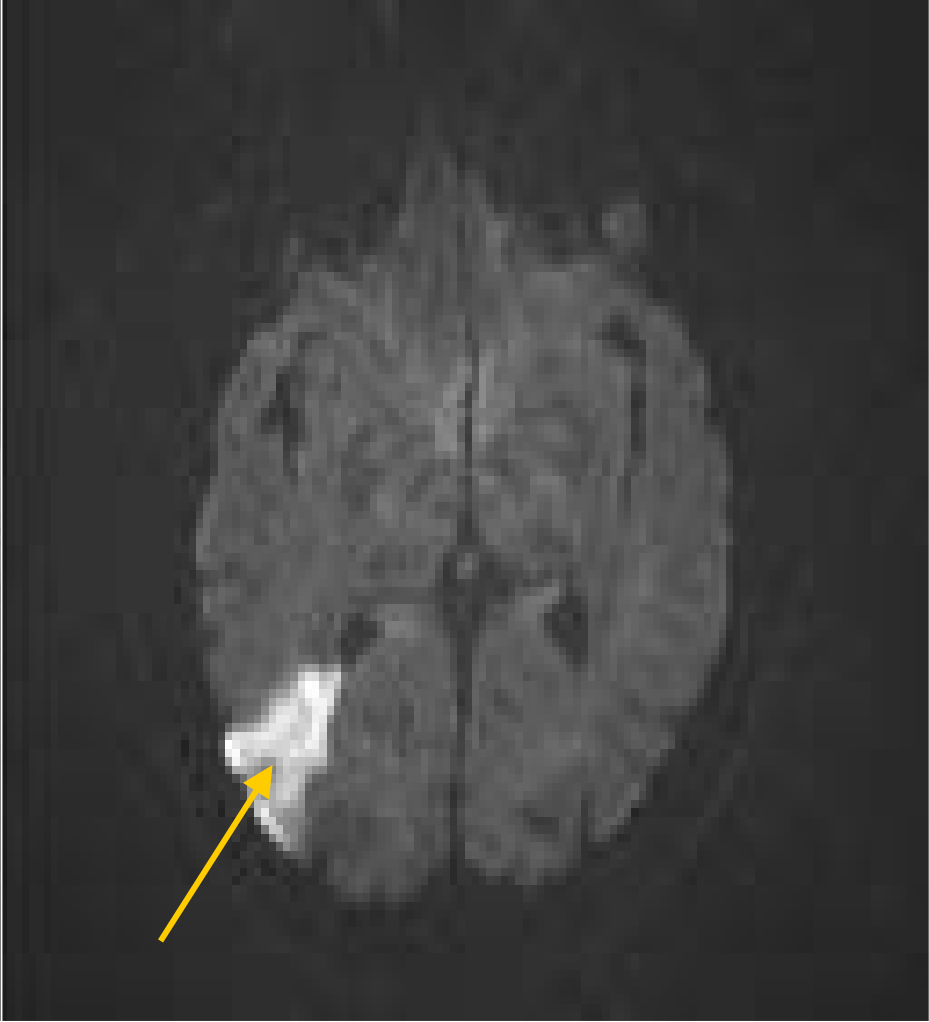
angio-TDM : dissection carotide interne D



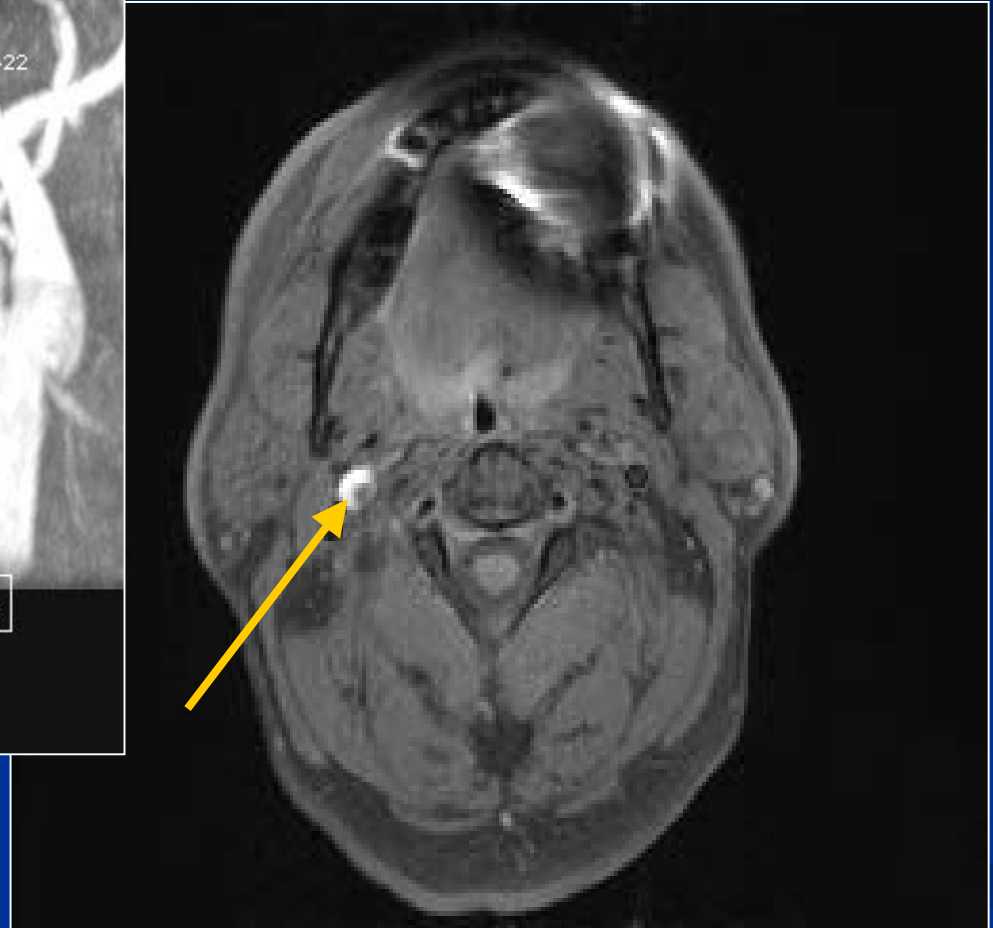
FLAIR



DIFFUSION



IRM : AVC ischémique jonctionnel entre territoire sylvien et cérébral post. D



angio-IRM : dissection carotide interne D jusque dans sa portion intra-caverneuse

# CAS CLINIQUE

## ■ Diagnostic :

- dissection artère carotide interne D
- AVC ischémique jonctionnel D

## ■ Traitement :

- repos en décubitus strict
- aspirine 250 mg aux urgences
- hospitalisation service neuro-vasculaire
  - anticoagulation par héparine avec relais par AVK
  - sortie à J14
  - écho-doppler TSA et IRM cérébrale à 3 mois

# CAS CLINIQUE

## ■ Discussion :

- facteur déclenchant : kinésithérapie de l'épaule ?
- anisocorie : signe de Claude-Bernard-Horner
  - myosis droit, pupille normale à gauche
  - ptôsis droit ?
  - 50 % des cas

*Flaberty PM et al. J Emerg Med 2008*

- anticoagulation aux urgences ?

# DISSECTION ARTERE CAROTIDE INTERNE

- dissection artères cervico-cérébrales :
  - incidence 2,6/100 000 h ( 20% AVC<45ans )
  
- diagnostic à évoquer devant :
  - douleur ( céphalée, cervicalgie ou algie faciale )
  - notion de traumatisme cervical
  - ATCD dysplasie fibro-musculaire, maladie du tissu conjonctif  
*Rubinstein SM et al. Stroke 2005*
  - acouphènes pulsatiles
  - déficit neurologique :
    - Claude-Bernard-Horner incomplet ( myosis, ptôsis du côté dissection )
    - signes d'ischémie cérébrale ou rétinienne ( transitoire ou constituée )
    - atteinte nerfs craniens inferieurs ( IX – XII )

# DISSECTION ARTERE CAROTIDE INTERNE

## ■ traitement :

- décubitus strict

- anticoagulation en phase aigue :

- éviter complications thromboemboliques, 90% des AVC

- HEPARINE IV puis relais AVK

- CI : . extension intracrânienne de la dissection

- . AVC massif

- et/ou ASPIRINE

# CONCLUSION

- aux Urgences penser dissection carotide interne devant :
  - adulte jeune
  - association céphalée/cervicalgie et myosis unilatéral
- importance anamnèse
- angio-IRM cérébrale et vx du cou
- pas d'étude permettant recommandations de TTT

*Caplan LR. Nat Clin Pract Neurology 2008.*