

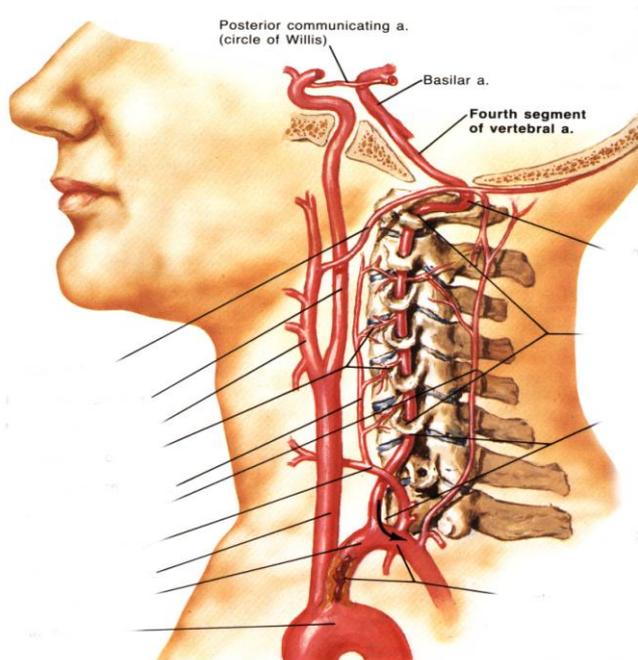
Dissections des artères carotides et vertébrales extracrâniennes

Pr. J-L Mas

Hôpital Sainte-Anne, Paris
Université Paris Descartes
INSERM 894

Epidémiologie

- ❑ 2% de l'ensemble des infarctus cérébraux
- ❑ Age moyen : 44 ans
- ❑ Sex ratio : H 55%
- ❑ 20% des infarctus cérébraux avant 45 ans
- ❑ Topographie : ACI / AV (1.7 / 1), multiple (15%)



Physiopathologie

Facteurs génétiques

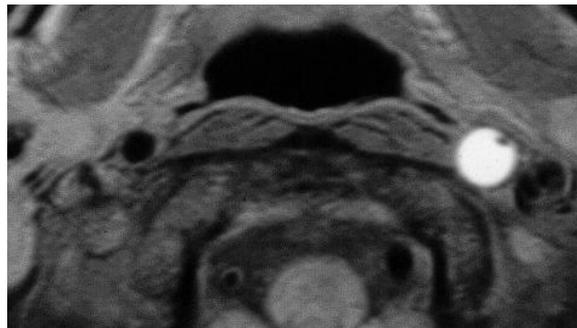
- Maladies monogéniques rares (Ehlers-Danlos, Marfan, ostéogénèse imparfaite)
- Prédilection génétique (variantes génétiques: PHACTR1)

Artériopathie sous-jacente

- Anomalies artérielles structurelles et fonctionnelles associées : DFM, tortuosités, dilatation racine aortique, augmentation rigidité artérielle...)
- Vasculopathie transitoire?

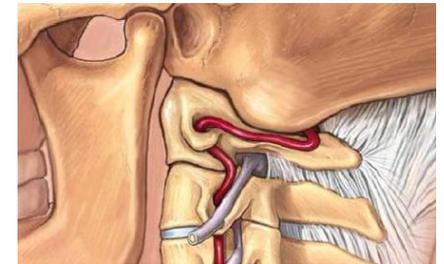
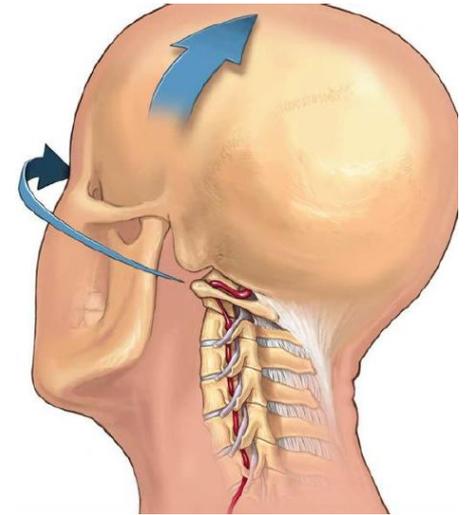
Facteurs environnementaux

- Traumatisme cervical récent
- Infection récente
- Facteurs de risque vasculaire
 - Hypertension
 - Migraine
 - Hypocholestérolémie
 - Faible IMC



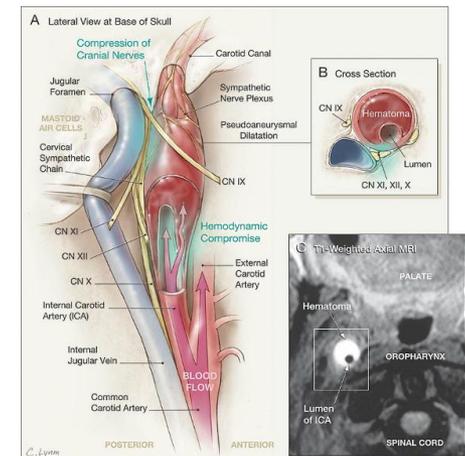
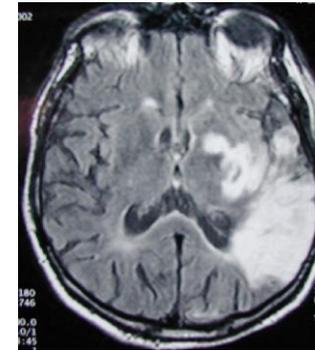
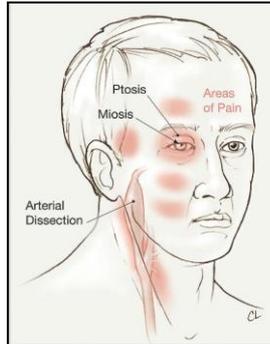
Physiopathologie

- ❑ Accident de la voie publique (« coup du lapin »,...)
- ❑ Manipulation cervicale
- ❑ Apophyse styloïde inhabituellement longue
- ❑ Activité sportive : *ski, arts martiaux, rugby, natation, basket-ball, golf, tennis, hockey, football, danse, ...*
- ❑ Gestes médicaux : *intubation trachéale, cathétérisme jugulaire, bronchoscopie...*
- ❑ Accouchement
- ❑ Activité sexuelle
- ❑ Eternuement, toux, vomissement, crise épileptique
- ❑ Rasage, brossage des dents
- ❑ Montagnes russes
- ❑ Consoles Wii
- ❑ Communication téléphonique prolongée, « cul-sec » itératifs, créneau automobile, port de charges lourdes...



Présentation clinique

- **Accident ischémique cérébral**, rétinien, ou médullaire, transitoire ou constitué (70%)
- **Douleurs (90%)**
 - Céphalées
 - Algies faciales
 - Cervicalgies
- **Signes locaux**
 - Claude-Bernard-Horner
 - Paralysie de nerfs crâniens (XII++)
NCB
 - Acouphènes pulsatiles
- *Hémorragie méningée.*
(*extension ic, SVCR associé*)



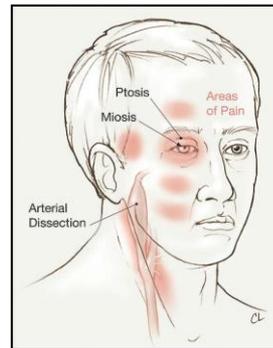
Présentation clinique

Traumatisme



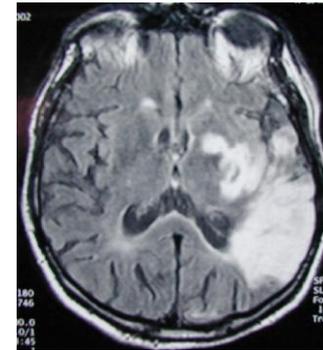
Quelques minutes à quelques jours

Cervicalgie/céphalée +/- signes locaux



Quelques minutes à quelques semaines (m = 5 jours)

Ischémie cérébrale



3/4 des patients avec signes locaux vont présenter un AIC (en moyenne après 5 à 10 jours)
80% des manifestations ischémiques précédées par des signes d'alerte

Présentation clinique

- Syndrome algique
 - AVF (+CBH)
 - Migraine
 - Carotidynie
 - Algie dentaire, ORL, ophtalmo
 - Torticolis, NCB

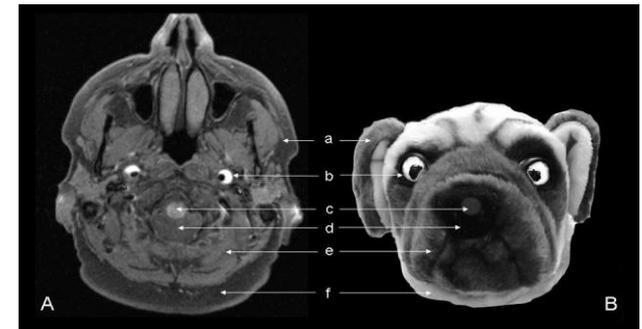
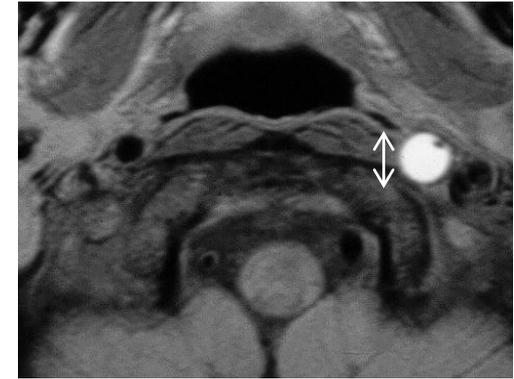
- AVC (et AIT) du sujet jeune → notion de trauma, douleurs, signes locaux

- Torticolis : rechercher CBH (+++ avant manipulation)

- Douleur après manipulation : rechercher CBH, évoquer une dissection

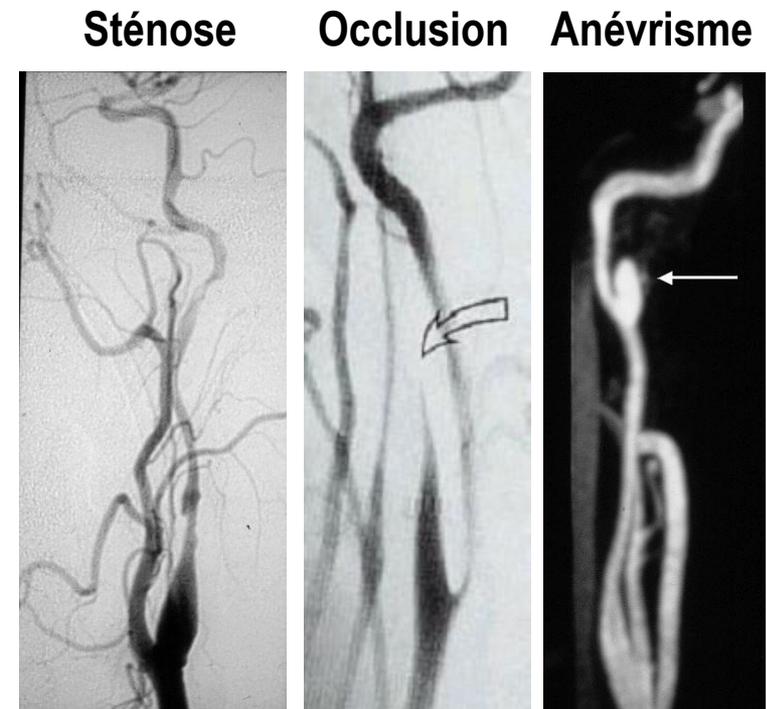
Diagnostic

- Visualiser l'hématome de paroi
 - IRM ++, EDTSA
- Retentissement sur le calibre artériel
 - angioTDM, ARM, EDTSA
- Retentissement hémodynamique intracrânien ?
 - ARM, DTC
- Mécanisme thrombo-embolique vs. hémodynamique
 - IRM/ARM, TDM/angioTDAM ..



Diagnostic

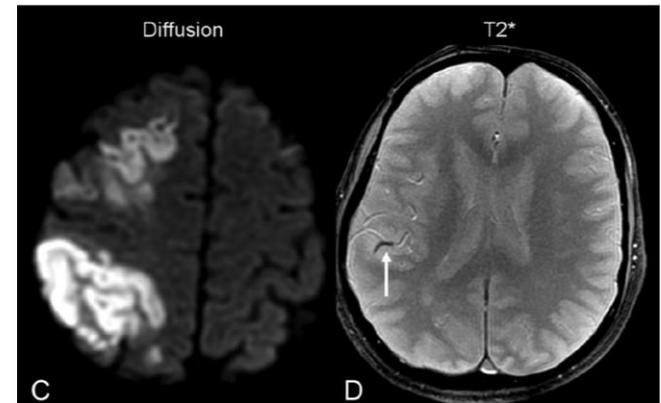
- **Visualiser l'hématome de paroi**
 - IRM ++, EDTSA
- **Retentissement sur le calibre artériel**
 - angioTDM, ARM, EDTSA
- **Retentissement hémodynamique intracrânien ?**
 - ARM, DTC
- **Mécanisme thrombo-embolique vs. hémodynamique**
 - IRM/ARM, TDM/angioTDAM ..



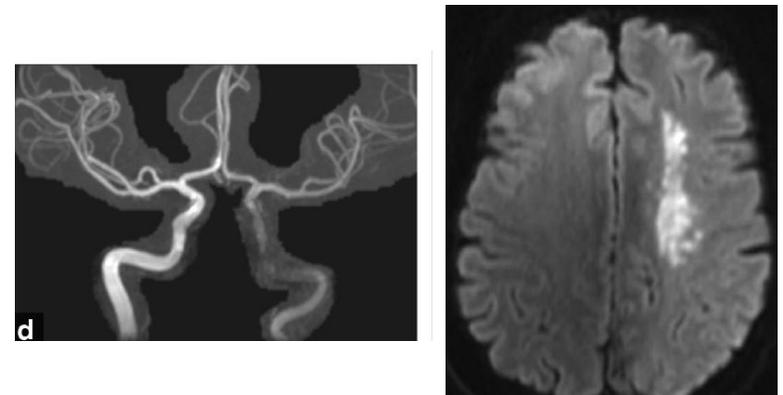
Diagnostic

- Visualiser l'hématome de paroi
 - IRM ++, EDTSA
- Retentissement sur le calibre artériel
 - angioTDM, ARM, EDTSA
- Retentissement hémodynamique intracrânien ?
 - ARM, DTC
- Mécanisme thrombo-embolique vs. hémodynamique
 - IRM/ARM, TDM/angioTDAM ..

Thrombo-embolique (85%)



Hémodynamique (15%)



Traitement phase aiguë: revascularisation

□ Thrombolyse IV

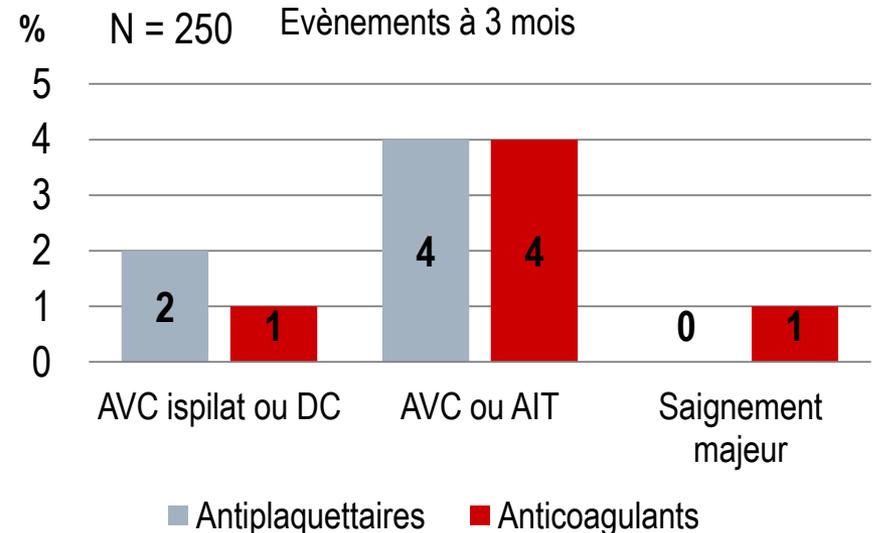
- Pas d'essai randomisé, données issues de registres
- **PAS de contre-indication à la TIV**

□ Traitement endovasculaire

- Récidive ischémique sous traitement antithrombotique
- Occlusion en tandem ACI-ACM
- Sténose avec retentissement hémodynamique symptomatique

Prévention des récurrences: antithrombotiques

CADISS (Lancet Neurol 2015)



- ❑ Anticoagulants oraux ou antiplaquettaires ?
- ❑ Méta-analyse des études observationnelles : pas de différence
- ❑ 1 essai randomisé: pas de différence
- ❑ Recommandations empiriques (Engelter et al, Stroke 2007)
- ❑ Si traitement anticoagulant, durée courte (2 à 4 semaines), puis antiplaquettaires, à poursuivre si anomalies artérielles résiduelles

Contre un tt anticoagulant	Pour un tt anticoagulant
Infarctus sévère (NIHSS ≥ 15)	Occlusion/sténose serrée
Dissection intracrânienne associée	AIT/AIC multiples
Signes locaux uniquement	Thrombus flottant (Rare)
Risque hémorragique	

Pronostic

- Mortalité : < 4% dans les cohortes récentes
- Indépendance fonctionnelle : 75% à 3 mois
- Risque de récurrence faible, le plus souvent dans les premières semaines
 - 2.1% à 3 mois dans une série de 900 patients
 - ≤ 1% par an dans les années suivantes
- Pronostic artériel
 - Le plus souvent recanalisation complète
 - Sténose, occlusion, anévrisme résiduels