

Création : Octobre 2003
Auteurs : B. Guillon (Nantes)
M. Zuber (St-Anne - Paris)
E. Woimant (Lariboisière - Paris)

PRISE EN CHARGE DES DISSECTIONS ARTÉRIELLES CERVICOENCÉPHALIQUES

Modification :

DIAGNOSTIC D'UNE DISSECTION ARTÉRIELLE CERVICOENCÉPHALIQUE

■ **Le diagnostic doit être évoqué face à un accident ischémique transitoire ou constitué (scanner), quand un ou plusieurs des éléments suivants sont présents**

- Sujet jeune (< 55 ans) sans facteur de risque vasculaire.
- Pas d'autre cause évidente d'AIC.
- Traumatisme crânien ou cervical ou activité énergétique récente.
- Signes locaux (**qui peuvent être isolés**)
 - douleurs (céphalées, algies faciales, cervicalgies),
 - atteinte ipsilatérale des derniers nerfs crâniens,
 - signe de Claude Bernard-Horner ipsilatéral,
 - acouphènes pulsatiles.

■ **Le diagnostic doit être confirmé en urgence par la mise en évidence de l'hématome de paroi**

- L'**écho-Doppler** cervical permet rarement d'affirmer l'hématome de paroi (élargissement de l'artère et sténose anéchogène). Il peut montrer une occlusion ou une sténose anéchogène (le plus souvent de siège sus-bulbaire dans les dissections de l'artère carotide extracrânienne, en V3 ou V2 pour les dissections de l'artère vertébrale), ou des signes hémodynamiques d'aval et d'amont. Il peut être normal.
- L'**IRM** (avec séquence saturation de graisse) et l'**ARM** permettent la visualisation directe de l'hématome et son extension, son retentissement sur la lumière et sur le flux intracrânien. L'IRM peut parfois être pris en défaut dans les dissections vertébrales et l'est fréquemment dans les dissections intracrâniennes.
- L'**angioscanner**, quand l'IRM n'est pas accessible, permet de visualiser l'hématome de paroi et la lumière résiduelle.
- L'**artériographie conventionnelle** est rarement indiquée mais reste nécessaire, après avis spécialisé, en cas de doute diagnostique, particulièrement dans les dissections vertébrales ou intracrâniennes. Elle peut aussi détecter de façon plus sensible que l'angio-MR une dysplasie fibromusculaire associée (20 % des cas).

TRAITEMENT

■ **Traitement d'un infarctus cérébral** (*voir fiche correspondante*)

■ **Maintien en décubitus si manifestation clinique d'origine hémodynamique ou retentissement hémodynamique intracrânien marqué**

■ **Traitement antithrombotique**

Il n'y a pas d'étude dans la littérature qui ait démontré le bénéfice d'un traitement anticoagulant à la phase aiguë d'une dissection extracrânienne et les propositions qui suivent résultent d'un consensus d'experts.

- **Dissection extracrânienne récente (< 1 mois) :**
 - anticoagulation efficace (*voir fiche correspondante pour les contre-indications, modalités d'emploi et surveillance*), jusqu'à réalisation d'une nouvelle IRM/angio-RM et/ou écho-Doppler cervical (en moyenne à 3 mois). Si l'artère a récupéré une

morphologie normale ou reste occluse : relais par antiagrégant pour 1 an. Si l'artère présente une sténose, des irrégularités pariétales ou un anévrisme, poursuite des anticoagulants 3 mois, jusqu'à une nouvelle imagerie puis relais dans tous les cas par antiagrégant pour 1 an ou plus s'il persiste des anomalies pariétales.

– en cas de contre-indication aux anticoagulants (infarctus massif avec troubles de la vigilance, infarctus hémorragique, HTA non contrôlée, contre-indications systémiques usuelles) : aspirine (100 à 300 mg/j).

- **Dissection intracrânienne intradurémérienne** révélée par un AIT ou AIC : antiagrégant type aspirine 100 à 300 mg/j, à maintenir au long cours en cas de persistance d'une sténose. L'utilisation des anticoagulants se discute au cas par cas (risque d'hémorragie sous-arachnoïdienne).

■ Traitements chirurgical et endovasculaire exceptionnellement indiqués

Il n'y a pas actuellement d'indication retenue au traitement chirurgical ou endovasculaire des dissections.

■ Traitement de la douleur (cf. fiche correspondante)

Protocole IRM et ARM pour le diagnostic de dissection cervicale

- **Séquence T1 axiale** centrée sur les vaisseaux cervicaux avec présaturation artérielle (et/ou en annulation du signal de la graisse) : visualisation des signes directs de dissection (hypersignal excentrique circonscrivant la lumière résiduelle en vide de signal en cas de sténose, hypersignal de l'artère avec augmentation du calibre externe de l'artère en cas d'occlusion).
- **Séquence axiale T2 ou FLAIR ou en diffusion**, pour l'analyse du parenchyme cérébral.
- **Séquence angiographique** : ARM temps de vol 3D et/ou avec injection de gadolinium (rétrécissement segmentaire ou occlusion, présence de redondances artérielles, aspect de dysplasie fibromusculaire). L'ARM temps de vol permet aussi de visualiser les artères du polygone de Willis et les anomalies de flux. En cas d'interruption du flux carotidien, une séquence temps de vol 2D (plus sensible au flux lent) permet de trancher entre sténose serrée de la carotide et occlusion.

RÉFÉRENCE