Clinique et Policlinique d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale, Hôpitaux Universitaires de Genève

Dissection de l'artère carotide interne après œsophagoscopie?

A. Ricchetti, P. Dulguerov

Internal carotid artery dissection following esophagoscopy?

Abstract: A case of internal carotid artery dissection following rigid esophagoscopy is described. The diagnosis was suggested by the clinical presentation and confirmed by the radiological exams. Internal carotid artery dissection is a rare condition of controversial etiology. Most frequently, the etiology is unknown, and the condition termed idiopathic. A few cases have been described following forceful cervical extensions and manipulations. The precise etiology of our case is uncertain: if the rigid esophagoscopy is the most probable cause, the intubation and spontaneous carotid artery dissection cannot be ruled out.

Introduction

Les complications les plus fréquemment décrites après œsophagoscopie au tube rigide sont, avant tout, des lésions dentaires de type fracture ou luxation, ainsi que l'hémorragie et la perforation œsophagienne [1]. Le taux de mortalité de l'œsophagoscopie au tube rigide lorsqu'elle est effectuée pour l'extraction de corps étrangers est estimée à 0,05 % [2].

Nous décrivons ici un cas de dissection de l'artère carotide interne survenue après une œsophagoscopie au tube rigide apparemment atraumatique.

Présentation du cas

Il s'agit d'un patient de 39 ans, sans antécédents médico-chirurgicaux, qui, suite à un repas, présente une dysphagie importante, faisant suspecter la présence d'un corps étranger œsophagien, un os de poulet. Une œsophagoscopie au tube rigide est effectuée en urgence. Aucun corps étranger n'est retrouvé, mais il existe une lésion muqueuse superficielle à 3 cm sous la bouche œsophagienne. Les suites postopératoires sont simples et le patient rentre à domicile 12 heures plus tard.

Un mois plus tard, le patient se plaint d'une vision floue et de douleurs rétromandibulaires, pulsatiles, irradiant vers l'œil et la région frontotemporale, à droite. L'examen clinique met en évidence une anisocorie, avec myosis

droit, plus marqué dans la pénombre, et une pseudoenophtalmie droite, permettant de poser le diagnostic de syndrome de Claude Bernard Horner droit. Le CT Scan cranio-cervical est normal. Un Doppler carotido-vertébral montre une diminution du débit et du diamètre de l'artère carotide interne droite, et une augmentation de sa résistance. L'artère carotide externe droite est par contre dilatée et sa résistance réduite. A l'artériographie, le diamètre luminal de l'artère carotide interne droite est réduit. La résonance magnétique nucléaire met en évidence, au niveau de l'artère carotide interne droite, deux signaux hyperintenses, correspondant à une vraie et à une fausse lumière artérielle, avec entre ces deux signaux, une zone hypointense correspondant à un «flap intimal». On voit aussi, sur le versant externe de l'artère carotide interne, un autre signal hypointense, de forme semilunaire, correspondant à un hématome intrapariétal.

Le tableau clinique et ces examens radiologiques permettent de poser le diagnostic de dissection de l'artère carotide interne droite. Un traitement d'antiagrégants plaquettaires est introduit et il est recommandé au patient d'éviter tout mouvement brusque de la tête.

Deux mois plus tard, le patient note une diminution des troubles visuels et des douleurs. Le Doppler carotido-vertébral montre une normalisation du débit et de la résistance, malgré la persistance d'une réduction du diamètre de l'artère carotide interne droite. A 18 mois, le patient est asymptomatique, alors que l'examen clinique met encore en évidence un syndrome de Claude Bernard Horner à droite. Le doppler carotidovertébral est alors normal.

Discussion

La dissection de l'artère carotide interne cervicale est une pathologie rare. Elle survient le plus fréquemment chez des patients dans la quarantaine [3]. Elle atteint typiquement le tiers distal de l'artère carotide interne cervicale, contrairement à l'athérosclérose, pathologie beaucoup plus fréquente, et qui atteint classiquement le bulbe carotidien et le départ de l'artère carotide interne. Elle épargne par ailleurs la portion intrapétreuse de l'artère, qui semble être protégée par l'os environnant. Les cas les plus fréquemment décrits sont consécutifs à des dissections spontanées, avec une incidence estimée à 2,6/100 000 habitants [4]. Dans ces cas, apparemment idiopathiques, le rôle de traumatismes mineurs, tel une quinte de toux ou une rotation de la tête anodine [5], ou le rôle d'une artériopathie sous-jacente, telle une dysplasie fibromusculaire ou un syndrome de Marfan, ne sont pas exclus [3, 6]. Les cas survenant après manipulation cervicale sont décrits de façon exceptionnelle. Dans la littérature, on trouve trois cas après chiropractie [7, 8], un cas après ventilation prolongée au masque [9] et un cas après intubation [9]. Dans ces cas, les symptômes sont apparus dans un délai allant de 1 à 5 jours.

Notre patient a présenté une dissection de l'artère carotide interne un mois après une oesophagoscopie au tube rigide, effectuée en anesthésie générale.

La relation de cause à effet est difficile à établir. La dissection est-elle consécutive à l'intubation ou aux manoeuvres de la nuque pour la mise en place du tube endotrachéal, à la descente d'un tube rigide dans l'oesophage, aux manipulations de la nuque telles que celles nécessaires à l'exploration de l'oesophage avec un tube rigide? Il n'est bien sûr pas possible de se prononcer formellement. Le délai d'un mois avant l'apparition des symptômes suggère plutôt qu'il s'agit d'une dissection spontanée.

Notre malade s'est plaint de troubles visuels et de douleurs rétromandibulaires droites, pulsatiles, irradiant vers l'œil et al région fronto-temporale. Les douleurs latérocervicales ou crâniennes homolatérales sont le signe clinique le plus fréquent de la dissection carotidienne et, peuvent précéder de quelques minutes à semaines un accident ischémique cérébral ou un syndrome de Horner ipsilatéral [3]. Les autres signes cliniques rapportés sont des acouphènes et une atteinte des dernières paires crâniennes [10].

La physiopathologie de la dissection de l'artère carotide interne est encore controversée. Il s'agirait sont d'une rupture de l'intima avec secondairement pénétration de sang dans la paroi artérielle, soit d'une hémorragie primaire au niveau des vasavasorum, avec secondairement rupture de l'intima [3]. L'hématome intrapariétal peut s'étendre le long de la paroi artérielle, plus volontiers distalement que proximalement, et être à l'origine de thrombose ou d'embolie artérielle. La physiopathologie des symptômes met en cause des mécanismes thromboemboliques, hémodynamiques, des hémorragies sous-adventitielles ou des compressions par un hématome.

Pour le diagnostic, le doppler carotido-vertébral est l'examen de choix, très sensible, utile pour le suivi et peu coûteux [6]. La résonance magnétique nucléaire est également très sensible, contrairement à la tomodensitométrie [11]. Le traitement des dissections carotidiennes est l'anticoagulation, soit à l'héparine, soit aux antiagrégants plaquettaires [12]. L'évolution est habituellement favorable, comme ce fût le cas chez notre patient, avec une nette amélioration clinique et radiologique dans plus de 80 % des cas [3, 12].

Résumé

Nous rapportons le cas d'une dissection carotidienne diagnostiquée un mois après une œsophagoscopie au tube rigide en anesthésie générale. La clinique et les examens radiologiques ont permis de poser ce diagnostic. La dissection de l'artère carotide interne cervicale est une pathologie, rare, d'étiologie mal connue. L'étiologie la plus fréquente est idiopathique, avec de rares cas après extension ou manipulation cervicale. Dans notre cas, l'étiologie de la dissection reste incertaine: si l'œsophagoscopie rigide est la cause la plus probable, le rôle de l'intubation ou une origine idiopathique ne peuvent pas être exclus formellement.

Zusammenfassung

Wir berichten über den Fall eines Patienten mit einer Dissektion der Karotis, die einen Monat nach einer starren Ösophagoskopie in Allgemeinnarkose diagnostiziert wurde. Die klinische und radiologische Untersuchung führte zur Diagnose. Die Dissektion der Arteria carotis interna ist eine seltene Pathologie, deren Ätiologie schlecht bekannt ist. Die häufigste Ursache ist idiopathisch, in seltenen Fällen nach Reklination des Kopfes oder Manipulationen der Halswirbelsäule. In unserem Fall bleibt die Ursache der Dissektion ungewiss: Wenn auch die starre Ösophagoskopie die wahrscheinlichste Ursache ist, so können die Intubation oder eine idiopatische Genese nicht sicher ausgeschlossen werden.

Bibliographie

[1] Marsh, B. R.: Complications of Laryngoscopy, Bronchoscopy, and Rigid Esophagoscopy. In: Eisele, D. (ed.): Complications in Head and Neck Surgery. St. Louis, Mosby, 1992.
[2] Giordano, A., Adams, G., Boies, L., Meyerhoff, W.: Current management of esophageal foreign bodies. Arch Otolaryngol *107*, 249–251, 1981.
[3] Hart, R. G., Easton, J. D.: Dissection of cervical and cerebral arteries. Neurol Clin *1*, 155–182, 1983.
[4] Schievink, W. I., Mokri, B., Whisnant, J. P.: Internal carotid artery dissection in a community. Stroke *24*, 1678–1680, 1993.
[5] Fisher, C. M., Ojemann, R. G., Robertson, G. H.: Spontaneous dissection of cervicocerebral arteries. Can J Neurol Sci *5*, 9–19, 1978.
[6] Bogousslavsky, J., Despland, P. A., Regli, F.: Spontaneous carotid artery dissection with acute stroke. Arch Neurol *44*, 137–140, 1987.
[7] Beatty, R. A.: Dissecting hematoma of the internal carotid artery following chiropractic cervical manipulation. J Trauma *17*, 248–249, 1977.
[8] Shermann, D. G., Hart, R. G., Easton, J. D.: Abrupt changes in head position and cerebral infarction. Stroke *12*, 2–6, 1981.
[9] Gould, D. B., Cunningham, K.: Internal carotid artery dissection after remote surgery; iatrogenic complications of anesthesia. Stroke *25*, 1276–1278, 1994.
[10] Schievink, W. I., Mokri, B., Garrity, J. A., Nichols, D. A., Piepgras, D. G.: Ocular motor nerve palsies in spontaneous dissection of the cervical internal carotid artery. Neurology *43*, 1938–1941, 1993.
[11] Zuber, L., Meary, E., Meder, J. F., Mas, J. L.: Magneticresonance imaging and dynamic CT scan in cervical artery dissections. Stroke *25*, 576–581, 1994.
[12] Mokri, B., Sundt, T. M. J., Houser, O. W., Piepgras, D. G.: Spontaneous dissection of the cervical internal carotid artery. Ann Neurol *19*, 126–138, 1986.

Dr. Alma Ricchetti, Clinique et Policlinique d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale, Hôpitaux Universitaires de Genève, CH-1211 Genève