

Une anisotension ne signifie pas toujours dissection

Inter-arm blood pressure difference does not always mean dissection

E. Boue¹, A. Gervaise² et X. Demaison¹

¹Service d'Accueil des Urgences, ²Service d'Imagerie médicale, Hôpital d'Instruction des Armées Bégin, Saint-Mandé, France

RESUME

Un homme se présente avec un trouble neurologique d'allure atypique. Le diagnostic de dissection aortique est évoqué devant une anisotension, mais il s'agit ici d'un tableau d'embolie paradoxale sur foramen ovale perméable puisqu'il présente une embolie pulmonaire proximale et un thrombus dans l'artère humérale.

*Rev Med Brux 2018 ; 39 : 161-3
Doi : 10.30637/2018.17-030*

ABSTRACT

A man presents an atypical neurological disorder. The diagnosis of aortic dissection is evoked with anisotension, but it consists in a paradoxical embolism in the presence of a permeable foramen oval since he presents with a proximal pulmonary embolus and a thrombus in the humeral artery.

*Rev Med Brux 2018 ; 39 : 161-3
Doi : 10.30637/2018.17-030*

Key words : patent foramen oval, paradoxical embolism, pulmonary embolism, humeral stroke

CAS CLINIQUE

Un homme de 55 ans est adressé par son médecin traitant pour une anisotension avec trouble neurologique, constitué d'un déficit moteur spontanément régressif dans la journée. L'unique antécédent de ce patient est une hypertension artérielle traitée. Il ne possède pas d'autres facteurs de risque cardiovasculaire, ni d'hérédité coronarienne.

La veille de la consultation, il présente des paresthésies du membre supérieur gauche associées à des douleurs régressives. Le jour de la prise en charge, au réveil, il constate un déficit moteur complet du membre supérieur gauche, douloureux. Il consulte son médecin traitant qui l'adresse pour un tableau d'ischémie de membre atypique.

A sa prise en charge, le patient est apyrétique, conscient orienté sans déficit neurologique et non algique, il existe une anisotension (124/82 mm Hg au bras droit et 63/48 mm Hg au bras gauche). La fréquence cardiaque est de 80 battements par minute. La saturation en air ambiant est de 100 %. Il n'existe pas de douleur thoracique, pas de dyspnée, pas de

signe clinique de thrombose veineuse profonde. L'examen du membre supérieur gauche retrouve un membre froid, sans pouls perceptible avec un temps de recoloration cutanée allongé à plus de 5 secondes. Il n'existe pas de déficit sensitivo-moteur.

L'ECG est sinusal, régulier, sans trouble de la conduction ni de la repolarisation.

Le bilan biologique (Numération Formule-plaquettes, ionogramme, troponine, NT pro-BNP, créatinémie) est strictement normal en dehors d'une élévation isolée des D-Dimères à 3.830 ng/L.

Une imagerie par tomodensitométrie (figure) est réalisée afin de rechercher une dissection aortique ou des branches artérielles du membre supérieur gauche. Elle est réalisée avec injection de produit de contraste iodé à partir d'une voie veineuse périphérique du membre supérieur droit avec un temps artériel permettant une opacification concomitante des artères pulmonaires, de l'aorte et de ses branches. Elle trouve une embolie pulmonaire aiguë bilatérale sans signe de gravité scanographique et un thrombus d'environ 5 centimètre au sein de l'artère humérale gauche, avec

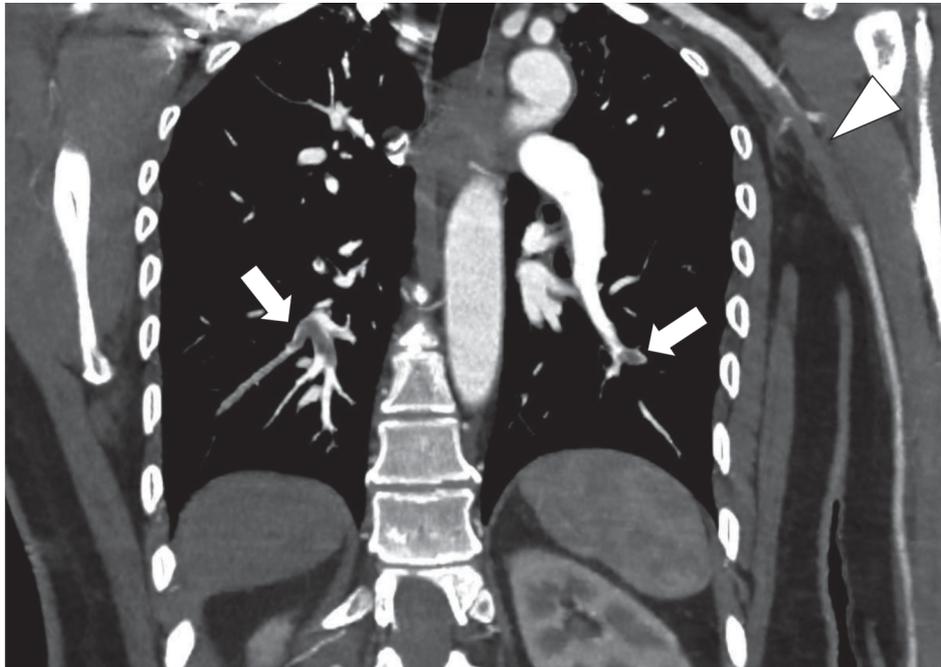


Figure : Imagerie par tomodensitométrie présentant une embolie pulmonaire aiguë bilatérale sans signe de gravité scanographique et un thrombus d'environ 5 centimètre au sein de l'artère humérale gauche, avec retard de perfusion des artères de l'avant-bras gauche.

retard de perfusion des artères de l'avant-bras gauche. Il n'y avait pas d'autre anomalie artérielle notamment des artères abdominopelviennes.

Le diagnostic d'embolie paradoxale sur un foramen ovale perméable (FOP) est évoqué et confirmé le lendemain, par une échographie transœsophagienne avec au niveau du septum interauriculaire la présence d'un shunt en doppler couleur et le passage de nombreuses bulles à l'épreuve de bullage.

Un bilan de thrombophilie et une recherche d'une pathologie néoplasique se sont avérés négatifs. Le patient a été traité par une anticoagulation curative par héparine non fractionnée, et a bénéficié d'une thromboaspiration. Une fermeture percutanée du FOP est programmée.

DISCUSSION

Dès 1972, Meister propose quatre critères diagnostiques pour avancer le diagnostic d'embolie paradoxale, même si un seul suffit pour suspecter le diagnostic : (1) une embolie inexplicée dans un territoire artériel, (2) un foyer de thrombose veineuse, (3) un défaut septal intracardiaque et (4) un shunt droit-gauche¹. L'embolie est cérébrale dans la majorité des cas². Peu de documentation scientifique fait état d'embols au niveau des membres en particulier au niveau des membres supérieurs même s'ils semblent représenter 30 % des cas^{3,4}.

Le FOP présent dans environ un quart de la population⁵ est rendu responsable de plusieurs maux. La littérature semble faire un lien entre FOP et accident vasculaire cérébral dit cryptogénique⁶. Même si un lien semble être établi, cette association semble être fortuite

chez un tiers des patients⁷. L'attitude thérapeutique chez les patients porteurs d'un FOP reste controversée quant à sa fermeture.

L'anisotension, signe volontiers recherché en cas de suspicion de dissection aortique⁸, est présente dans ce cas clinique, même si elle doit être intégrée avec d'autres signes cliniques selon leur rapport de vraisemblance pour évoquer le diagnostic. Le déficit moteur qui est apparu pour une durée inférieure à une heure, laisse penser à une claudication intermittente du membre supérieur, même si la douleur est absente dans ce cas.

CONCLUSION

La dissection aortique fait partie des diagnostics différentiels à évoquer sur ce tableau. Le dosage des D-Dimères, sans être validé dans aucune étude pour évoquer le diagnostic de dissection aortique, fait l'objet de nombreuses recherches depuis celle qui tentait de pouvoir exclure ce diagnostic si le taux de D-Dimères était inférieur à la valeur seuil⁹. Leur intégration dans un algorithme décisionnel pourrait s'envisager lorsque la probabilité prétest du diagnostic de dissection aortique est faible. Un algorithme a été proposé à ce propos en 2006 par Siegal¹⁰. Depuis, quelques études ont montré l'insuffisance de ces résultats, et peuvent laisser passer des patients avec certaines dissections¹¹.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Meister SG, Grossman W, Dexter L, Dalen JE. Paradoxical embolism. Diagnosis during life. *Am J Med.* 1972;53(3):292-8.

2. D'Audiffret A, Pillai L, Dryjski M. Paradoxical emboli: the relationship between patent foramen ovale, deep vein thrombosis and ischaemic stroke. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 1999;17(6):468-71.
3. Juglard R, Elfikri A, Paoletti H, Colineau X, Tourrette JH, Solacroup JC. Paradoxical embolism: an unusual cause of cerebral ischemia. *J Neuroradiol.* 2002;29(3):189-92.
4. Trebouet E, Turlotte G, Vent, PA. Patent ovale foramen and acute limb ischaemia. A case report. *Ann Fr Med Urgence* 2013;3(6):390-2.
5. De Benedetti E. Patent foramen ovale in the adult: state of the art in 2010. *Rev Med Suisse.* 2011;7:539-40, 542-3.
6. Lechat P, Mas JL, Lascault G, Loron P, Theard M, Klimczac M *et al.* Prevalence of patent foramen ovale in patients with stroke. *N Engl J Med.* 1988;318(18):1148-52.
7. Overell JR, Bone I, Lees KR. Interatrial septal abnormalities and stroke: a meta-analysis of case-control studies. *Neurology* 2000; 55: 1172-9.
8. Derkenne C, Dang-Minh P, de Charry C, Lamblin A. Inter-arm Blood Pressure Difference does not always Mean Dissection. *Ann Fr Med Urgence* 2016;6(6): 422-4.
9. Weber T, Högler S, Auer J, Berent R, Lassnig E, Kvas E *et al.* D-dimer in acute aortic dissection. *Chest.* 2003;123(5):1375-8.
10. Siegal EM. Acute aortic dissection. *Journal of hospital medicine* 2006;1:94-105.
11. Hazui H, Nishimoto M, Hoshiga M, Negoro N, Muraoka H, Murai M *et al.* Young adult patients with short dissection length and thrombosed false lumen without ulcer-like projections are liable to have false-negative results of D-dimer testing for acute aortic dissection based on a study of 113 cases. *Circ J.* 2006; 70(12):1598-601.

Correspondance :

X. DEMAISON
Service d'Accueil des Urgences
Hôpital d'Instruction des Armées Bégin
Avenue de Paris, 69
F - 94160 Saint-Mandé
E-mail : xav.dem@hotmail.fr

Travail reçu le 24 mars 2017 ; accepté dans sa version définitive le 31 mai 2017.