

Cas clinique

HÉLOÏSE GIRAULT

SERVICE PROFESSEUR SARLON

M. G, 55 ans

Antécédents :

HTA

Familial : AVC chez la mère à 70 ans (notion de tortuosité artérielle cervicale).

Traitement :

LOXEN 50LP : 1-0-1

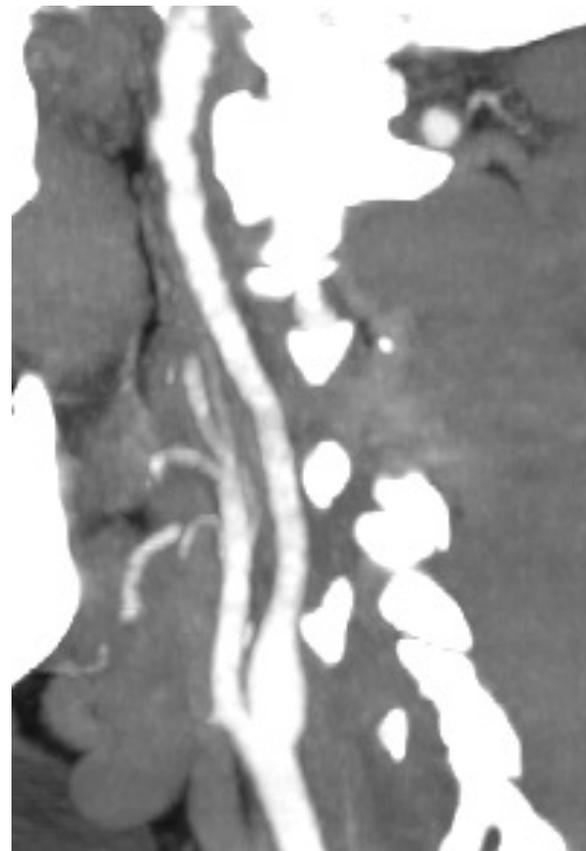
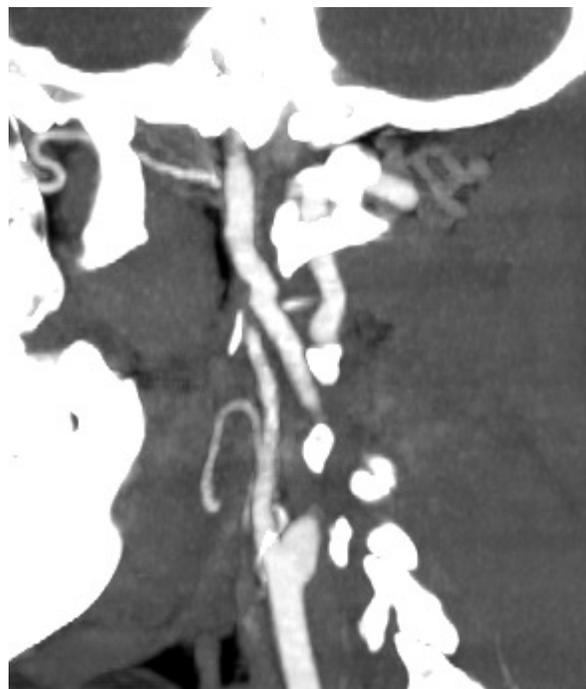
PERINDOPRIL 4mg : 1-0-0

KARDEGIC 160mg : 1/j

Mars 2023 : urgences AIX

- Céphalées + ptosis œil gauche
 - CBH sur dissection carotidienne, sans argument pour une lésion ischémique d'avalNotion de port de charges lourdes
- Au scanner :
Dissection carotidienne bilatérale avec sténose intra pétreuse d'environ 50% et faux chenal sous pétreux, sans thrombus à gauche et minime rétrécissement de calibre à l'entrée dans le sinus pétreux à droite
 - Hospitalisation en UNV dans l'hôpital de Aix.

Imagerie de M. G



Mars 2023 : urgences AIX

- ETT 04/2023 : VG non hypertrophié, aorte ascendante non dilatée, Réseau de chiari au niveau de l'OD
- IRM cérébrale 09/2023 :
croissant hypersignal de la carotide interne gauche intra-pétreuse
en aval la carotide retrouve un calibre satisfaisant
pas de dissection retrouvée à droite

HDJ en médecine vasculaire

- EDTSAo :

Doute sur un aspect irrégulier de l'artère carotide externe gauche et interne distale droite
Absence d'excès de longueur et de boucles au niveau des artères vertébrales

- EDAR :

Absence de sténose significative

Doute sur des irrégularités de l'artère rénale droite distale sans accélération significative des vélocimétries

- Angioscanner aortique :

Aspect dysplasique des deux artères carotides internes et des artères vertébrales sans signe de dysplasie des artères rénales ni des artères iliaques. A noter une petite irrégularité de la portion distale de l'artère mésentérique supérieure. Pas d'anomalie surrénalienne.

- Bilan HTA secondaire négatif

Au total

- Aspect de dysplasie fibromusculaire bicarotidienne, bivertébrale
- Relai par COVERAM 5/10 puis 5/5 devant des PA basses
- Poursuite de l'antiplaquettaire
- Dépistage écho doppler TSAO, artères rénales, écho cardiaque chez ses apparentés de 1er degré majeur

Qu'est ce que la dysplasie fibromusculaire ?

- La dysplasie fibromusculaire (DFM) est une artériopathie systémique non athéromateuse et non inflammatoire qui touche les artères de moyen calibre
- Prévalence <0.5% dans la population générale. Ratio F/H à 9/1
- Environ 5% des causes d'HTA et 10% des causes d'HTA rénovasculaire
- Maladie familiale dans 5 à 10% des cas

=> Tableau clinique : femme 40-50 ans, migraineuse, tabagique, contexte psychologique particulier, contraception OP, notion d'antécédents familiaux

=> Associée dans un très petit nombre de cas à la neurofibromatose de type 1

Lésions artérielles possibles

- Rétrécissements artériels +++
Les sténoses artérielles peuvent être étagées, donnant un aspect en collier de perle
- Tortuosités artérielles
- Plus rarement : anévrysmes ou dilatations

=> Les artères les plus touchées sont les artères rénales et les artères à destination céphalique notamment les carotides.

Puis : A. Iliques, cérébrales, coronaires

Les manifestations

Dépendent de l'organe touché

=> **HTA rénovasculaire ++**

HTA associée à une hypokaliémie, une asymétrie de la taille des reins, un souffle à l'auscultation lombaire. Lésions souvent bilatérales, en « collier de perle »

=> Acouphènes pulsatiles, accidents vasculaires ischémiques cérébraux, clinique de dissection carotidienne ou vertébrale (douleurs cervicales, CBH) ou de rupture d'anévrisme intracrânien.

=> Dans la majorité des cas : asymptomatique

Typical features of patients with multifocal/focal FMD*, multivessel/single-vessel FMD, and FMD with aneurysm(s) or dissections(s) based on findings of the European / International FMD registry

Multifocal

- Older age
- Female
- Multivessel
- Aneurysm(s)



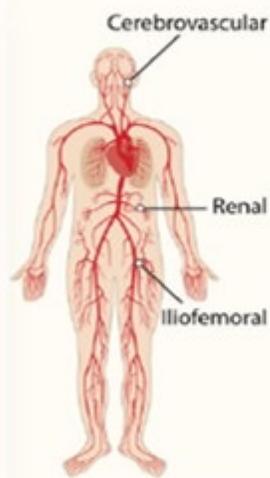
Focal

- Younger age
- Male
- Single-vessel



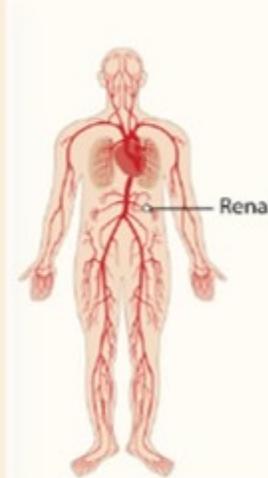
Multivessel

- Older age
- Multifocal
- Aneurysm / Dissection



Single-vessel

- Younger age
- Focal



Aneurysm

- Multifocal
- Multivessel



Dissection

- Older age
- Male
- Multivessel



*FMD: Fibromuscular Dysplasia

Les examens diagnostic

- L'échodoppler :

1/ Des artères rénales, à la recherche d'arguments vélocimétriques pour une sténose : augmentation des vitesses, diminution des IR (valeurs normales entre 0.5 et 0.7), diminution de la taille des reins ou asymétrie.

CRITÈRES DIRECTS DE STÉNOSE DES ARTÈRES RÉNALES.

% DE STÉNOSE	VMS	VTD	RRA	RRR
60 - 69%	180 à 220 cm/s		Sup à 3,5	Sup à 3,3
70 - 79%	Sup à 230 cm/s	Sup à 50 cm/s	12	4

2/ TSAo : tortuosités / excès de longueur des artères cervicales, sténoses étagées...

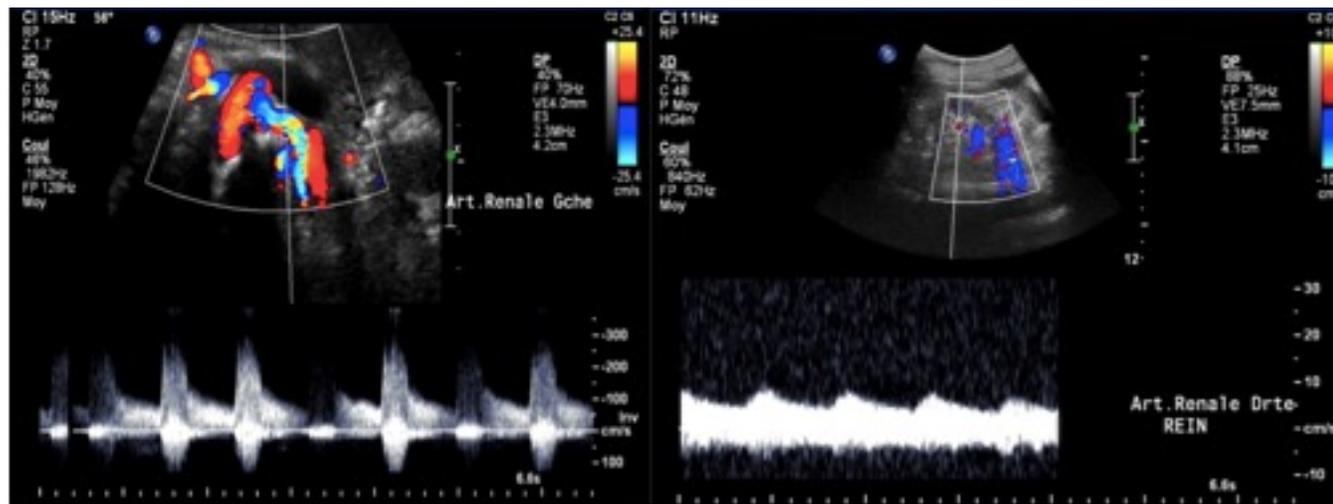
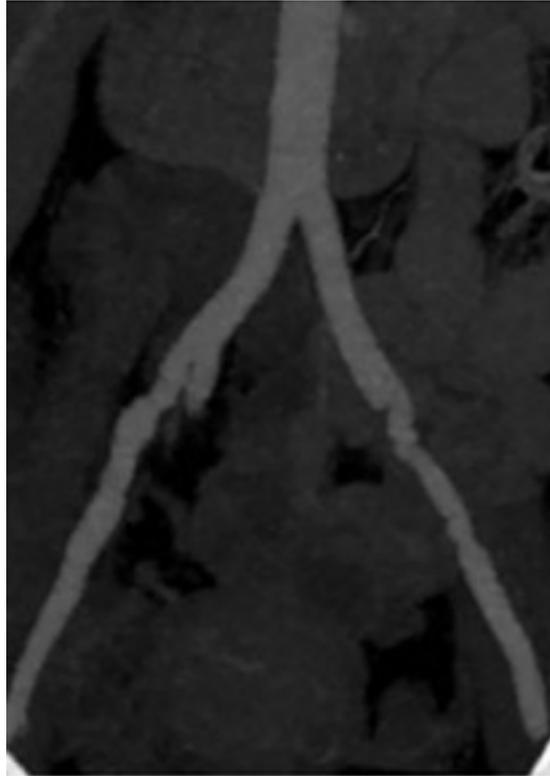


Figure 1. Aspect du flux doppler pulsé au niveau des deux artères rénales droite et gauche : Flux accéléré au niveau du tronc droit, et démodulé en distalité à gauche témoignant d'une sténose serrée en amont.



Les examens diagnostic

- L'ARM ou l'angioscanner :



Les examens diagnostic

- L'artériographie : reste l'examen de référence, mais en pratique réservé en cas de doute à l'ED ou les imageries en coupe ou en cas d'indication à la revascularisation



Bilan complémentaire

- MAPA à la recherche d'une HTA
- Ionogramme avec kaliémie et fonction rénale

Traitement :

- Traitement antihypertenseur, cibles tensionnelles 120/70
- Dilatation des zones artérielles rétrécies
- Eviter les pilules oestro-progestatives ou les grossesses non planifiées qui pourraient faire évoluer la maladie

+ Dépistage de la famille