



Dysphagie comme symptôme dominant d'ischémie cérébrale de la circulation postérieure : une observation clinique illustrant la difficulté diagnostique

Dysphagia as dominant symptom of posterior circulation stroke: a case report illustrating the diagnostic difficulty

Indretsy Mahavivola Ernestho-ghoud¹,
Emilson Charles Rasolonjatovo², Ny Ony
Narindra Lova Hasina Rajaonarison³,
Moustafa Abdou Soilihi⁴, Ahmad Ahmad³,
Nasolotsiry Enintsoa Raveloson⁴, Clement
Andriamamonjy², Hanta Marie Danielle
Vololontiana⁵

Auteur correspondant

Indretsy Mahavivola Ernestho-ghoud
Courriel : ernesthoughoud@gmail.com
Service de Médecine Interne, Clinique
Médicale Privée, 101, Antananarivo,
Madagascar

Summary

Posterior ischemic strokes are relatively rare and difficult to diagnose. Its main differential diagnosis is made with cerebral neoplasia. In the present article, we report an atypical case of a 70-year-old man, who presented with dysphagia as a dominant symptom with right facial palsy and right hemiparesis, associated with a chronic biological inflammatory syndrome. A brain cancer cause would be the most expected diagnosis. Brain MRI revealed multiple foci of bilateral posterior ischemic stroke suggestive of an embolic cause. Medical investigations allowed excluding cardioembolic disease, infectious, malignancies and other rheumatic affections. The only cause highlighted was a significant bilateral atheromatous spinal stenosis.

Keywords: Dysphagia, Ischemic posterior stroke, bilateral vertebral stenosis, Diagnosis difficulty

Received: March 7th, 2024

Accepted: July 25th, 2024

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i4.15>

1. Service de Médecine Interne, Clinique Médicale Privée, 101, Antananarivo, Madagascar
2. Service de Neurochirurgie, Centre Hospitalier Universitaire, Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo, 101, Madagascar
3. Service d'Imagerie Médicale, Centre Hospitalier Universitaire, Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo, 101, Madagascar
4. Service de Réanimation Polyvalente, Centre Hospitalier Universitaire, Andohatpenaka, Antananarivo, 101, Madagascar
5. Service de Médecine Interne, Centre Hospitalier

Résumé

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) ischémiques postérieurs sont relativement rares et de diagnostics difficiles. Il constitue le principal diagnostic différentiel, avec une néoplasie cérébrale. Dans cet article, nous rapportons un cas atypique d'un homme de 70 ans, qui présentait une dysphagie comme symptôme dominant avec une paralysie faciale droite et une hémiparésie droite, associée à un syndrome inflammatoire biologique chronique. Une cause néoplasique serait le diagnostic le plus attendu. L'IRM cérébrale révélait des multiples foyers d'AVC ischémiques postérieurs bilatéraux suggestives d'une cause emboligène. La seule cause retrouvée était une sténose vertébrale athéromateuse significative bilatérale, en dehors de toutes autres situations de cardiopathies emboligènes.

Mots-clés : Dysphagie, Ischémie cérébrale postérieure, Sténose vertébrale bilatérale, difficulté diagnostique

Reçu le 7 mars 2024

Accepté le 25 juillet 2024

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i4.15>



Universitaire, Joseph Raseta Befelatanana,
Antananarivo, 101, Madagascar.

Introduction

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) de la circulation postérieure sont relativement rares, représentent environ 20% des tous les AVC. Ces AVC postérieurs peuvent être difficiles à diagnostiquer par rapport aux AVC du territoire antérieur (1). Les manifestations cliniques sont parfois trompeuses pouvant être responsable de retard de diagnostic. La dysphagie est rarement rapportée au cours des AVC ischémiques de la circulation postérieure (2). Cependant, le rapport officiel de cette maladie est encore rare dans la littérature Africaine Subsaharienne. Elle constitue le principal diagnostic différentiel avec un néoplasie cérébral. Dans cet article, nous rapportons un cas atypique de sténose vertébrale athéromateuse bilatérale associée à des multiples foyers d'AVC ischémiques postérieurs bilatéraux révélée par une dysphagie et un syndrome inflammatoire biologique, en dehors de toutes cardiopathies emboligènes, afin d'attirer les cliniciens sur la difficulté diagnostique.

Observation

Il s'agissait d'un homme de 70 ans, admis pour une suite de prise en charge d'une dysphagie chronique aux liquides et solides, évoluant depuis 2 ans d'aggravation progressive, dans un contexte apyrétique. Deux années auparavant, un épisode d'AVC ischémique cérébral sylvien droit avait été noté. La fibroscopie oeso-gastroduodénale

était normale. L'échographie doppler cervicale était sans anomalie. Une hypertension artérielle était notée. Il bénéficiait de l'acide acétylé salicylique, losartan® et d'atorvastatine®. Une sonde nasogastrique a été mise en place pendant trois mois. Il n'avait pas d'antécédents particuliers. A l'examen physique, l'indice de performance status était coté à 3. La pression artérielle était à 120/60 mmHg avec une fréquence cardiaque à 80 bpm. Le patient était lucide avec un score de Glasgow à 15/15. Une ataxie cérébelleuse, une paralysie faciale droite et une hémiparésie droite avaient été notée. Le réflexe nauséux était absent. La force musculaire était conservée aux quatre membres. Le reste de l'examen physique était sans particularité. Le scanner cérébral sans injection de produit de contraste en urgence était normal. Les D-dimères étaient à 639 ng/mL (< 500). L'électrophorèse des protéines sériques révélait une hypergammaglobulinémie polyclonale à 22 g/L (<13,5) et une C réactive protéine à 24 mg/dl en faveur d'un syndrome inflammatoire massif. Une cause inflammatoire cérébrale a été suspectée. Cependant, l'IRM cérébrale (**Figure 1**) a montré de multiples foyers d'ischémie cérébrale constituée récente, dans le territoire postérieur des deux côtés notamment cérébelleux, bulbaire et vermien.

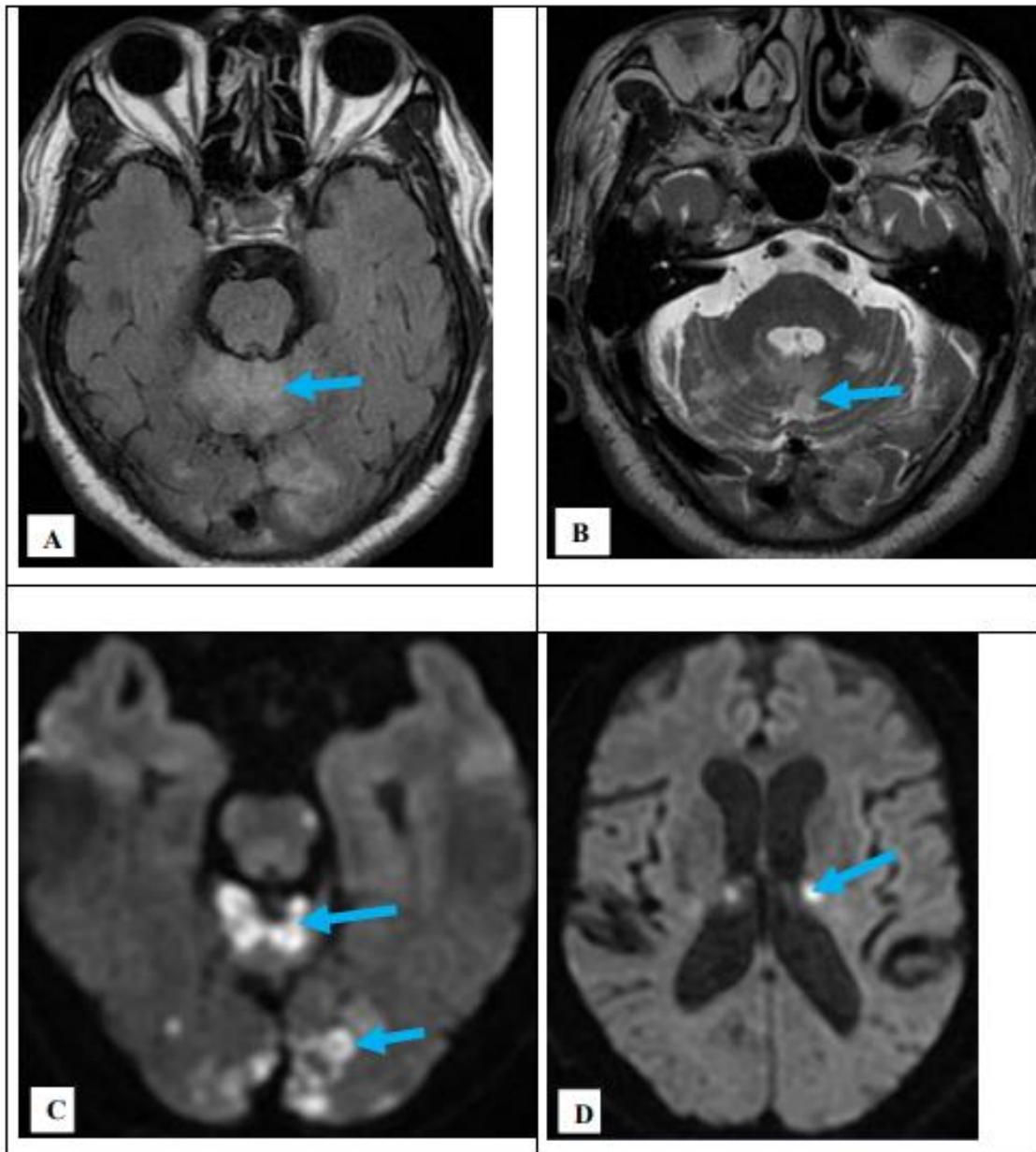


Figure 1 : images IRM en axiale FLAIR (A), axiale T2 TSE (B), axiales diffusions (C et D) montrant des multiples foyers d'ischémie (flèches) des territoires postérieurs.

Ces AVC ischémiques multifocaux étaient évocateurs d'embolies multiples. Ce qui a incité à une enquête plus approfondie pour une cardiopathie emboligène ou un processus de shunt intracardiaque. L'électrocardiogramme était sans particularité. L'échocardiographie transthoracique était normal, sans signe de shunt, ni de communication intraauriculaire ou de

foramen ovale perméable. L'échographie trans-œsophagien n'était pas disponible. L'angioscanner des troncs supra aortiques (**Figure 2**) révélait une sténose athéromateuse bilatérale significative des artères vertébrales et du siphon carotidien. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien était normal.

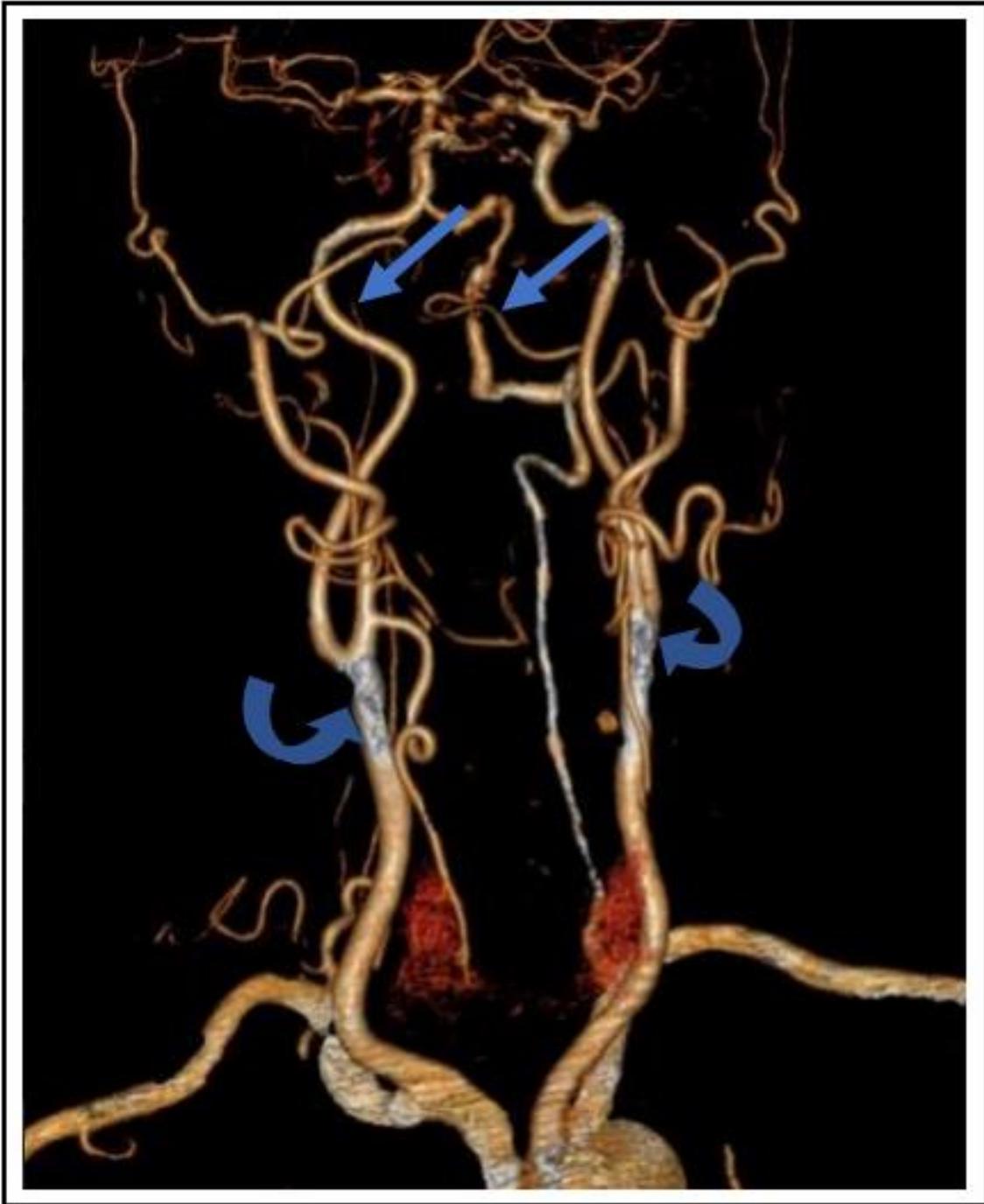


Figure 2 : Image 3D VR d'angiogramme des troncs supra-aortiques montrant une sténose des vertébrales (flèches) et des artères carotides communes (flèches courbes).

L'hémogramme, l'hémoglobine glyquée, les bilans lipidiques étaient normaux. La fonction rénale, thyroïdienne et hépatique était sans particularité. La sérologie de la syphilis, VIH et des hépatites virales B et C étaient négatives. Le reste des examens complémentaires était sans particularité. Était retenu le diagnostic d'AVC ischémique multifocal du territoire postérieur

bilatéral et une sténose athéromateuse significative vertébrale bilatérale. Le patient bénéficiait de l'Enoxaparine® à dose curative pendant 10 jours et une sonde nasogastrique en permanence. Il avait reçu également du clopidogrel® et une statine. L'évolution était favorable hormis la persistance de la dysphagie



motivant la pose d'une sonde nasogastrique en permanence.

Discussion

Notre patient présentait une sténose vertébrale athéromateuse bilatérale compliquée d'AVC ischémique multifocal postérieur bilatéral, pouvant engager le pronostic fonctionnel et vital. L'ischémie du territoire postérieur se présente avec diverses manifestations cliniques notamment le vertige, la dysarthrie, la diplopie, la céphalée, l'acouphène, l'étourdissement, la nausée et le vomissement, etc (3-4). Cependant, la dysphagie était le signe dominant dans notre observation. En 2016, 118 patients ayant une dysphagie ont été répertoriés au cours des AVC. Cette dysphagie était rapportée dans 95 cas d'AVC antérieurs, 18 cas d'AVC postérieurs et 5 cas d'AVC antérieurs et postérieurs (2). Cependant, Herout *et al.* (5), rapportaient un cas isolé en 2021, qui a présenté un AVC ischémique multifocal postérieur. La dysphagie était le symptôme majeur d'AVC postérieur. Le diagnostic d'AVC était retardé compte tenu du score d'évaluation d'AVC NIHSS nul au moment de l'examen physique. En effet, les symptômes présentés étaient souvent subtils ou non focaux et pouvaient être manqués par les échelles d'AVC couramment utilisés (5). Le présent cas rapportait la dysphagie comme manifestation dominante. Compte tenu du syndrome inflammatoire biologique et de l'imagerie cérébrale normale en urgence, le diagnostic d'AVC postérieur ne serait pas la plus évidente. Une cause tumorale serait le diagnostic le plus attendu chez le sujet de 70 ans. Par conséquent, les AVC de la circulation postérieure sont plus susceptibles d'être mal diagnostiqués que les AVC de la circulation antérieure, entraînant un diagnostic manqué ou retardé. Le diagnostic différentiel de la dysphagie avec un syndrome inflammatoire biologique était large et comprenait les étiologies digestives (infectieuses et néoplasiques), métaboliques, myopathiques et rarement neurologiques autres que les AVC. Même lorsqu'ils sont suspectés cliniquement, les AVC de la circulation postérieures sont plus susceptibles de passer inaperçus dans les études d'imageries avancées que les AVC de la circulation antérieures (6-7). Parallèlement, deux études décrivent les causes des AVC ischémiques multifocales de la circulation postérieure. Les étiologies étaient dominées par les causes athéromateuses suivies par les cardiopathies emboligènes puis les dissections vertébrales et les maladies des petites

artères (8-9). Le présent cas était également intéressant. L'IRM du patient était évocatrice de plusieurs événements ischémiques d'origines emboligènes. La cause d'AVC ischémique multifocal inexplicée était le point d'intérêt chez ce patient. Les D-dimères étaient normales par rapport à l'âge du patient. Par conséquent, les causes thrombotiques et les cardiopathies emboligènes ont été écartées. Le patient n'avait pas de fibrillation auriculaire. L'échocardiographie n'a pas montré d'image de végétations ni de thrombus ni de shunt. Il n'y avait aucune preuve de dissection de l'artère vertébrale ni de dissection aortique. Les causes cancéreuses occultes ont été éliminées. Cependant, l'angioscanner des troncs supra-aortiques avait montré une sténose athéromateuse significative et aurait certainement pu être une source emboligène. Par ailleurs, cette sténose vertébrale bilatérale significative augmentait le risque d'AVC en raison d'une hypoperfusion régionale par un bas débit. Par conséquent, la possibilité d'une sténose vertébrale provoquant des AVC ischémiques multifocaux a été considérée comme le diagnostic principal. L'absence des cas publiés sous d'autres cieux, n'a pas permis la comparaison avec les données de la littérature Asiatique et Occidentale. Toutefois, la rareté de cette affection, fait que le présent cas pourrait constituer un supplément de données permettant d'éclaircir certains points et d'apporter des explications sur cette pathologie. Cependant, en 2021, une étude rapportait un cas similaire d'un homme de 55 ans, avec un AVC ischémique postérieur multifocal. La recherche d'une cardiopathie emboligène s'est avérée. La sténose de l'artère vertébrale gauche était retenue comme le diagnostic principal (5). Par ailleurs, ce patient a présenté un syndrome inflammatoire chronique. Une cause néoplasique serait le diagnostic le plus attendu. Les causes infectieuses ont été écartées. Le diagnostic de sténose vertébrale bilatérale n'était pas évident. En effet, le rôle des cliniciens était de faire le diagnostic positif pour éviter une erreur de diagnostic et de savoir évoquer les diagnostics différentiels. Par conséquent, une athérosclérose est une maladie inflammatoire chronique des grosses artères. L'inflammation intervient à tous les stades de l'athérosclérose (10).

Conclusion

A partir de ce cas, la sténose vertébrale bilatérale devait comptée parmi les étiologies d'AVC ischémique multifocal bilatéral. L'interniste, les



neurochirurgiens, les réanimateurs et les radiologues ont le devoir d'y penser devant toute manifestation clinique inexplicée et le syndrome inflammatoire biologique et par conséquent faire l'IRM cérébrale comme examen d'imagerie de confirmation. La connaissance de ces signes radiologiques est essentielle pour permettre de poser le diagnostic opportun et d'instaurer un traitement spécifique afin d'améliorer la qualité de vie des patients.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué équitablement à la réalisation et la rédaction du manuscrit. Ils ont tous approuvé la version finale et révisée du manuscrit.

Références

1. Schulz UG, Fischer U. Posterior circulation cerebrovascular syndromes: Diagnosis and management. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2017; **88** (1): 45-53.
2. Arnold M, Liesirova K, Broeg-Morvay A, Meisterernst J, Schlager M, Mono M-L, *et al.* Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome. *PLoS ONE* 2016; **11** (2): e0148424.
3. Caplan LR, Wityk RJ, Glass TA, Tapia J, Pazdera L, Chang HM *et al.* New England medical center posterior circulation registry. *Ann Neurol* 2004; **56**: 389-398.
4. Searls DE, Pazdera L, Korbel E, Vysata O, Caplan LR. Symptoms and signs of posterior circulation ischemia in the New England Medical Center posterior circulation registry. *Arch Neurol*. 2012; **69** (3) : 346-351.
5. Herout KT, Durant EJ, Fong J. Dysphagia as the Predominant Symptom in Posterior Circulation Stroke: A Case Report. *Am J Case Rep*, 2021; **22**: e930502.
6. Edlow BL, Hurwitz S, Edlow JA. Diagnosis of DWI-negative acute ischemic stroke: A meta-analysis. *Neurology* 2017; **89** (3): 256-262.
7. Hwang DY, Silva GS, Furie KL, Greer DM. Comparative sensitivity of computed tomography vs. magnetic resonance imaging for detecting acute posterior fossa infarct. *J Emerg Med* 2012; **42** (5): 559-565.
8. Bernasconi J, Bogousslavski C, Bassetti F, Régli. Multiple acute infarcts in the posterior circulation. *J Neurol Neurosurg Psychiatrie* 1996; **60** (3):289-296.
9. Roh JK, Kang DW, Lee SH, Yoon BW, Chang HK. Significance of Acute Multiple Brain Infarction on Diffusion-Weighted Imaging. *Stroke* 2000 ; **31** : 688-694.
10. Mallat Z, Tedgui A. Inflammation et athérosclérose. *Le Courrier de l'Arcole et de la SFA* 2001 : **3** (2) : 48-55.

Voici comment citer cet article : Ernestho-ghoud IM, Rasolonjatovo EC, Rajaonarison NLH, Soilihi MQ, Ahmad A, Ravaloson NE, *et al.* Dysphagie comme symptôme dominant d'ischémie cérébrale de la circulation postérieure : une observation clinique illustrant la difficulté diagnostique. *Ann Afr Med* 2024; **17** (4): e5712-e5717. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i4.15>