



JAIM

ISSN 1810-4959

Journal Africain
d'Imagerie Médicale

FAIT CLINIQUE / CASE REPORT

Cause inhabituelle de dysphagie: L'AVC ischémique de la PICA

Unusual cause of dysphagia: Ischemic stroke of PICA

TANKOANO Aïda Ida^{1,4*}, OUÉDRAOGO Pakisba Ali^{2,5}, SOMÉ Milckisédek Judicaël Marouana^{2,5}, BICABA Dominique⁴, NDÉ/OUÉDRAOGO Nina-Astrid^{3,7}, TAPSOBA Gisèle Marie Ursule⁴, NIKIEMA Zakari^{1,4}

¹Faculté de Médecine, Université Nazi Boni (Bobo-Dioulasso, BURKINA FASO)

²UFR des Sciences de la Santé, Université de Ouahigouya (Ouahigouya, BURKINA FASO)

³UFR/SDS, Université Joseph Ki-Zerbo, (Ouagadougou, BURKINA FASO)

⁴Service de Radiologie. Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanon (Bobo Dioulasso, BURKINA FASO)

⁵Service de Radiologie. Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya (Ouahigouya, BURKINA FASO)

⁶Service de Radiologie. Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo (Ouagadougou, BURKINA FASO)

⁷Service de Radiologie. Centre Hospitalier Universitaire Bogodogo (Ouagadougou, BURKINA FASO)

Mots-clés :

AVC Ischémique
cérébelleux, dysphagie,
laryngite..

Keywords:

Cerebellar ischemic stroke,
dysphagia, laryngitis

*Auteur

correspondant

Dr TANKOANO Aïda Ida
Service de Radiologie
Centre Hospitalier universitaire
Sourou Sanon de Bobo
Dioulasso.
BP: 315 Bobo- Burkina-Faso
Email: idatank@yahoo.fr
Tel: 00 226 70800481

Reçu: avril 2020

Accepté: novembre 2020

RÉSUMÉ

Nous rapportons le cas d'une patiente de 74 ans, hypertendue connue depuis 10 ans, suivie sous traitement antihypertenseur (Amlodipine 10mg/jour régulièrement respectée), en surpoids (IMC = 33), à mobilité très réduite pour des arthroses aux genoux. Elle a présenté une dysphagie d'installation brutale aux solides et liquides, accompagnée d'épisodes de toux lors de la prise des repas et d'un syndrome infectieux. Devant cette symptomatologie, elle fut référée par le cardiologue au médecin ORL qui lui a diagnostiqué en plus de la dysphagie, une laryngite et une angine motivant la réalisation d'un Transit œsophagien (TO) à la recherche d'un corps étranger dans les voies aériennes supérieures. Cet examen a objectivé une opacification de tout l'arbre trachéo-bronchique par le produit de contraste iodé (PDCI). Au vu de ces résultats, une TDM cervico-thoracique complémentaire a été réalisée avec ingestion de PDCI à la recherche d'une fistule œsotrachéale. Nous avons objectivé une glotte ouverte, rigide et immobile lors de la déglutition laissant passer le PDCI dans la trachée et les bronches, associée à une pneumopathie aiguë d'inhalation bilatérale. Une TDM cérébrale complémentaire sans injection de PDC a alors été réalisée objectivant un AVC Ischémique de l'angle cérébelleux droit, sur le territoire de la PICA. Cette lésion était à l'origine de la paralysie du nerf X avec un défaut d'innervation de l'épiglotte responsable de la dysphagie, de la fosse route et secondairement de la pneumopathie d'inhalation.

ABSTRACT

We report the case of a 74-year-old patient with known hypertension for 10 years, followed under antihypertensive treatment (Amlodipine 10 mg / day regularly observed), overweight (BMI = 33), with very reduced mobility for osteoarthritis of the knees. She presented with sudden onset solid-liquid dysphagia, accompanied by episodes of coughing upon eating and an infectious syndrome. Faced with this symptomatology, she was referred by the cardiologist to the ENT doctor who diagnosed her in addition to dysphagia, laryngitis and angina motivating the realization of an esophageal transit (TO) in search of a foreign body in the tract. upper aeriels. This examination objectified an opacification of the entire tracheobronchial tree by iodinated contrast medium (PDCI). In view of these results, an additional cervico-thoracic CT was

performed with ingestion of PDCI in search of an esotracheal fistula. We objected to an open, rigid and immobile glottis during swallowing allowing PDCI to pass into the trachea and bronchi, associated with acute bilateral inhalation pneumonia. A complementary cerebral CT without injection of PDC was then performed objectifying an ischemic stroke of the right cerebellar angle, on the territory of the PICA. This lesion was the cause of the X nerve palsy with a defective innervation of the epiglottis responsible for dysphagia, the fossa route and secondarily for inhalation pneumopathy.

1. Introduction

La dysphagie correspond à toute altération du processus de déglutition [1]. Sa prévalence augmente avec l'âge, liée au ralentissement physiologique et à la fragilité du terrain [2]. Son origine multifactorielle (ORL, Neurologique et digestif) pose un problème dans la recherche étiologique avec un retard dans sa prise en charge. Ses principales complications sont la dénutrition, la pneumonie et cela impose une prise en charge multidisciplinaire. L'objectif de notre travail était d'attirer l'attention des praticiens sur cette entité radioclinique inhabituelle à l'origine de dysphagie.

2. Observation

Il s'est agi d'une patiente de 74 ans, mariée avec 7 enfants, femme au foyer, hypertendue connue depuis 10 ans, suivie sous traitement antihypertenseur (Amlodipine 10mg/jour avec une prise régulière), en surpoids (IMC=33), à mobilité très réduite pour des arthroses aux genoux. Il n'était pas noté d'autre antécédent particulier notamment d'AVC. Le motif de consultation était une dysphagie aux solides et liquides d'installation brutale, accompagnée d'épisodes de toux lors de la prise des repas. La patiente a brutalement présenté une dysphagie aux solides et liquides, accompagnée d'épisodes de toux lors de la prise des repas, motivant une consultation 24H plus tard chez le médecin cardiologue traitant. Devant ce tableau clinique récent, elle a été référée par le cardiologue au médecin ORL qui a reçu la patiente dans un délai de 48 H et le diagnostic de laryngite et d'angine a été posé. La patiente était consciente, asthénique avec une fièvre à 38°C et des râles crépitants aux deux bases pulmonaires en faveur d'un sepsis d'origine pulmonaire. Devant ce tableau, le médecin ORL a évoqué la présence d'un obstacle notamment une tumeur ou un corps étranger dans les voies aéro-digestives hautes devant le caractère brutal de la dysphagie motivant ainsi une demande de réalisation d'un examen radiologique (Transit œsophagien : TO). L'examen a été réalisé 2 jours plus tard et a objectivé une opacification de tout l'arbre trachéo-bronchique par le produit de contraste iodé (PDCI), sans opacification de l'œsophage (**Figure 2**). Au vu de ces résultats, nous avons réalisé une Tomodensitométrie (TDM) complémentaire cervico-thoracique low dose sur un modèle siemens émotion 64 barrettes après ingestion de PDCI, suivie de deux

acquisitions hélicoïdales axiales en déglutition et sans injection intraveineuse de PDCI à la recherche d'une fistule œso-trachéale. Cet examen a objectivé une glotte immobile, rigide restant ouverte lors de la déglutition et laissant passer le PDCI dans la trachée et les bronches (**Figure 3**). Les voies digestives et aériennes étaient libres sans obstacle retrouvé, associée à un syndrome alvéolaire prédominant aux deux bases en rapport avec une pneumopathie aiguë d'inhalation bilatérale (**Figure 3**). En l'absence de lésion organique objectivée, une origine neurologique fut suspecter avec la réalisation d'une TDM cérébrale complémentaire sans injection de PDC qui a objectivé une hypodensité systématisée cérébelleuse droite avec une atteinte partielle de l'angle ponto-cérébelleux en faveur d'un accident vasculaire ischémique (AVCI) subaigu, sur le territoire de l'artère cérébelleuse postérieure inférieure (**Figure 5**). Cette lésion d'AVCI était à l'origine de la paralysie des nerfs glossopharyngien (IX) et vague (X) avec un défaut d'innervation de l'épiglotte, responsable de son ouverture et de son immobilité constante entraînant une dysphagie, des fosses routes et secondairement une pneumopathie d'inhalation. Après un nouvel interrogatoire dans un second temps, la patiente présentait un petit trouble de l'élocution et des céphalées non inquiétantes rattachées à l'hypertension artérielle (HTA). La patiente a été prise en charge en hospitalisation au service de neurologie avec une mise en place d'une sonde nasogastrique pour son alimentation. Une légère amélioration des troubles de l'élocution a été observée au cours de son évolution avec une prescription de rééducation à la sortie. Depuis nous avons perdu de vue la patiente.

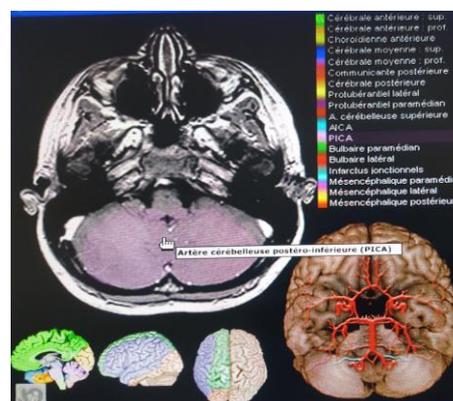


Figure 1: Scanner cérébral avec injection de PDCI en coupe axiale + mode VRT anatomique vasculaire montrant la PICA (VRT en bleu) et le territoire vasculaire de la PICA (Rose). Campus 2003

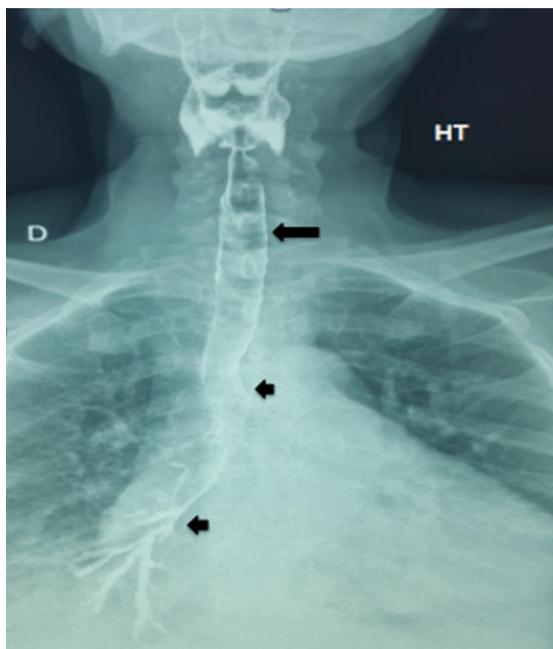


Figure 2: TO de Face réalisée chez cette patiente montre: Une Opacification de la trachée (Longue flèche noire) et des bronches droites (courtes flèches noires) par le PDCI.



Figure 3: TDM Cervico-thoracique sans injection IV de PDCI et avec ingestion de PDCI, en reconstruction sagittale montre: l'épiglotte (Flèche blanche) qui reste ouverte et immobile lors de la déglutition avec un passage du PDCI dans la trachée (étoile) et l'œsophage (Flèches noires).

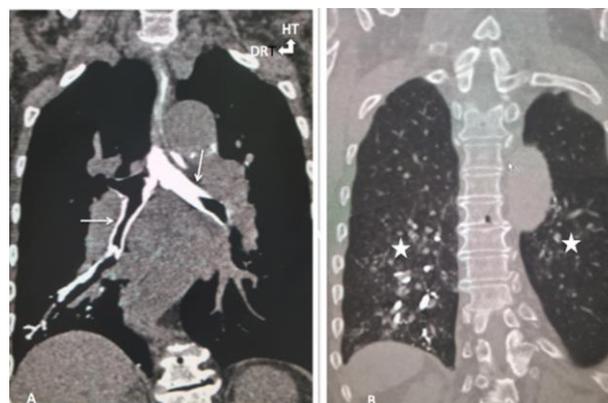


Figure 4: TDM thoracique sans injection IV avec ingestion de PDCI, en reconstruction Frontale : Médiastinale A montré une opacification des bronches (flèches). En fenêtre parenchymateuse B montre une pneumopathie aigue d'inhalation (étoiles).

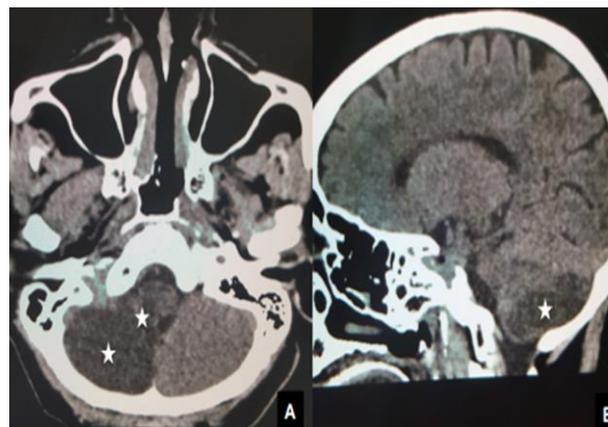


Figure 5: TDM cérébrale sans injection IV de produit de contraste iodé en coupe axiale A et en reconstruction sagittale B montre : Une hypodensité cérébelleuse droite touchant l'angle ponto-cérébelleux, circonscrite au territoire vasculaire de la PICA en faveur d'un AVC Ischémique subaigu.

3. Discussion

La dysphagie chez les personnes âgées est fréquente [3]. Les étiologies de ces dysphagies sont diverses avec la hantise de l'existence d'un cancer sous-jacent. Parmi ces étiologies, l'accident vasculaire cérébral (AVC) comme dans notre cas ne doit pas être occulté car constituant un facteur de comorbidité [4,5]. Sa prise en charge doit être rapide, rigoureuse et pluridisciplinaire car elle impacte négativement sur le pronostic vital et la qualité de vie [6, 7].

Pour notre patiente, L'AVC Ischémique subaigu cérébelleux droit touchant l'angle ponto cérébelleux sur le territoire de la PICA était à l'origine de la dysphagie et des fosses routes liées à une paralysie de l'épiglotte qui

restait rigide et ouverte lors de la déglutition. Ces manifestations cliniques seraient l'apanage d'une paralysie des nerfs crâniens homolatéraux: le nerf trijumeau (V), des nerfs mixtes glossopharyngien (IX) et vague (X), des nerfs moteurs accessoires (XI) et hypoglosse (XII), responsables d'une hémiparésie de la face, des troubles de la déglutition, de la phonation; des céphalées postérieures et d'un syndrome cérébelleux cinétique et statique homolatéral.

L'immobilité de notre patiente liée à son surpoids et à ses arthroses aux genoux a rendu difficile l'orientation vers ces signes d'AVC cérébelleux notamment les troubles de l'équilibre, de la coordination et de la marche. Aussi, il n'existait pas de paralysie faciale franche. Les céphalées et les troubles de l'élocution étaient mis au départ sous le compte de l'hypertension artérielle. Tous ces facteurs ont contribué à une errance et à un retard diagnostique chez notre patiente. La particularité de notre cas a été le diagnostic rétrograde de l'AVC ischémique à partir d'une manifestation digestive et respiratoire avec une place très importante de l'imagerie. Toute dysphagie survenant chez le sujet âgé doit être rigoureusement explorée avec une évaluation précise de l'anatomie et de la physiologie de l'oropharynx, des antécédents médicaux, de l'état fonctionnel, nutritionnel et cognitif, du langage et du comportement du patient [8].

4. Conclusion

Du fait de leur terrain fragile, les dysphagies chez les personnes âgées sont potentiellement graves avec des complications comme la dénutrition, la pneumonie imposant ainsi une prise en charge rigoureuse car pouvant masquer plusieurs étiologies. Dans notre cas, l'AVC ischémique cérébelleux droit de découverte tardive était à l'origine de la dysphagie. Ce cas permet d'attirer l'attention des praticiens qu'une étiologie centrale peut être la cause d'une dysphagie sur un certain type de terrain afin d'éviter une errance et un retard

diagnostique pouvant entraîner de lourdes séquelles physiques et psychologiques.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

5. Références

1. Crary MA, Groher ME. Introduction to adult swallowing disorders. Londres: Butterworth-Heinemann, 2003.
2. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56 :M146-56.3.
3. Barczy SR, Sullivan PA, Robbins J. How should dysphagia care of older adults differ? Establishing optimal practice patterns. *Semin Speech Lang* 2000 ; 21 : 347-61.
4. Thierry Pepersack, Géraldine Maes, Sophie AllÈgre, Jean-Philippe Praet. La dysphagie: un syndrome gériatrique? *Ger Psychol Neuropsychiatre Vieil* 2016; 14 (4): 371-6.
5. Cabre M, Serra-Prat M, Palomera E, Almirall J, Pallares R, Clave P. Prevalence and pronostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age Ageing* 2010; 39: 39-45.
6. Crestani S, Moerman M, Woisard V. The "Deglutition Handicap Index" a self-administrated dysphagia-specific quality of life questionnaire: sensibility to change. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 2011; 132: 3-7.
7. Brandao DM, Nascimento JL, Vianna LG. Evaluation of functional capacity and quality of life of the elderly after ischemic stroke with and without dysphagia. *Rev Assoc Med Bras* 2009 ; 55 : 738-43.
8. Puisieux F et al. Trouble de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2009 ; 26 (6) : 587-605