



Artériopathie ectasiente intracrânienne : données récentes et conduite à tenir

Intracranial arterial ectasia: Recent data and management practices

F. Pico^{a,*}, P. Amarenco^b

^a Service de neurologie et unité neurovasculaire, centre hospitalier de Versailles, 1, rue Richaud, 78000 Versailles, France

^b Service de neurologie et centre d'accueil et de traitement de l'attaque cérébrale, centre hospitalo-universitaire Bichat Claude Bernard, 46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris, France

Introduction

Les dolichoectasies artérielles intracrâniennes (DEAIC) sont définies par l'augmentation de la longueur et du calibre artériel d'une ou plusieurs artères intracrâniennes. Il s'agit d'une artériopathie dilatante affectant principalement la media avec raréfaction du tissu élastique. Malgré une définition claire, il n'existe pas de critère diagnostique validé et consensuel. L'artère la plus souvent touchée est l'artère basilaire dans 80 % des cas. Cette artériopathie intracrânienne est remarquable par son polymorphisme clinique puisqu'elle peut être asymptomatique ou se révéler par trois complications principales : compression des structures de voisinage, infarctus cérébral par thrombose ou embolie et hémorragie sous arachnoïdienne par rupture. La coexistence d'autres ectasies artérielles : anévrisme l'aorte abdominale, élargissement de l'aorte thoracique descendante et ectasie des artères

coronaires suggère que les DEAIC s'intègrent dans un processus ectasiant diffus. La physiopathologie exacte n'est pas connue mais il ne s'agit pas d'une simple complication de l'athérosclérose. Les patients porteurs d'une DEAIC et victimes d'un infarctus cérébral ont le plus souvent un infarctus de type lacunaire et des marqueurs IRM de maladie des petites artères perforantes intracérébrales. L'infarctus cérébral est en aval d'une artère dolichoectasique dans 70 % des cas. Le pronostic dépend du mode de révélation et de la sévérité du processus dolichoectasique évalué au mieux par le diamètre de l'artère basilaire quand celle-ci est touchée. L'artère basilaire présente un risque de rupture pour un diamètre supérieur à 10 mm. L'absence d'essai thérapeutique randomisé et le triple potentiel évolutif des DEAIC (compression, thromboembolisme et rupture) rendent la prise en charge thérapeutique délicate notamment en cas d'infarctus cérébral.

Mots clés

- Accident vasculaire cérébral
- Infarctus lacunaire
- Dolichoectasie
- Maladie des petites artères perforantes intracérébrales
- Anévrisme de l'aorte abdominale
- Ectasie des artères
- Coronaires
- Matrix métalloproteases

Keywords

- Stroke
- Lacunar infarct
- Dolichoectasia
- Abdominal aortic aneurysm
- Small vessel
- Disease
- Ectasia of coronary arteries
- Matrix metalloproteases

Correspondance

F. Pico
FPico@ch-versailles.fr

Définition et épidémiologie

Avant d'aborder la fréquence de cette pathologie, deux particularités concernant la littérature de cette artériopathie méritent d'être signalées. Il s'agit d'une part de la diversité des termes utilisés : méga-artère, méga-dolicho artère, anévrisme cirsoïde, anévrisme fusiforme, anévrisme serpentin... et d'autre part de l'absence de critère diagnostique validé. Pour notre part, nous utiliserons le terme de dolichoectasie artérielle (grec *dolikhos* : allongement et *ektasis* : dilatation) puisque, sémantiquement, il reflète au mieux les deux anomalies qui caractérisent cette affection : la longueur et le diamètre excessifs. Notons que le terme d'anévrisme fusiforme, souvent employé, se réfère uniquement à une augmentation du calibre, concentrique et segmentaire. La carence de critères diagnostiques objectifs et reproductibles peut s'expliquer par différents facteurs propres à cette affection : le fait qu'elle puisse toucher une ou plusieurs artères intracrâniennes (artères vertébrales, basilaire, carotides internes, cérébrales moyennes), l'existence de deux versants (dolicho- et ectasique) et enfin le caractère subjectif de son diagnostic. En effet, ce dernier ne repose pas sur la présence d'un matériel anormal comme dans le cas d'autres artériopathies (plaque d'athérosclérose, hématome de paroi des dissections) mais par un diamètre et une longueur excessifs sans que les normes aient été définies (*Tableau I*). Ainsi le plus souvent le diagnostic de DEAIC repose sur l'impression qu'il existe au moins une artère intracrânienne présentant un diamètre ou une longueur excessive(s). Au mieux une mesure directe du diamètre anormal est réalisée (Pico et al., 2003 ; Smoker et al., 1986a, b) bien qu'à ce jour il n'y a pas de valeur seuil établie pour le diagnostic notamment en IRM.

En ce qui concerne les patients atteints d'un infarctus cérébral, une DEAIC a été identifiée à l'IRM cérébrale avec une fréquence allant de 12 à 17 % dans trois études (Bogousslavsky et al., 1993 ; Pico et al., 2003 ; Schwaighofer et al., 1990). Il s'agit ainsi d'une pathologie fréquemment

observée chez les patients victimes d'infarctus cérébral.

Anatomopathologie

Les descriptions anatomopathologiques sont remarquablement concordantes. À l'examen macroscopique, les artères dolichoectasiques ont un calibre (diamètre externe) augmenté alors que la paroi est globalement amincie. La lumière artérielle est souvent de grande taille sauf en cas de thrombus intraluminal adhérent à la paroi (Gautier et al., 1988 ; Sacks et al., 1969). L'artère a par ailleurs une longueur anormale associée à un trajet sinueux. À l'examen microscopique, le fait marquant est la diminution voire la disparition de la limitante élastique interne, ainsi que la transformation de la média en un tissu fibreux paucicellulaire voire acellulaire (Gautier et al., 1988 ; Sacks et al., 1969). Une athérosclérose des artères dolichoectasiques a été fréquemment constatée. Partant de ce fait, plusieurs auteurs ont considéré que les DEAIC étaient une forme d'athérosclérose évoluée. Cependant, d'une part d'autres auteurs ont rapporté des cas autopsiques de dolichoectasies artérielles sans athérosclérose chez des patients âgés avec des facteurs de risque vasculaire (Gautier et al., 1988) comme chez des adultes jeunes et des enfants (Sacks et al., 1969), et d'autre part une athérosclérose carotidienne n'était pas plus fréquente chez les sujets DEAIC dans deux études cas-témoins, une clinique l'autre autopsique (Pico et al., 2007 ; Schwaighofer et al., 1990). De ce fait, l'athérosclérose constatée dans les DEAIC peut être considérée comme secondaire aux modifications morphologiques et hémodynamiques de l'artère.

Physiopathologie

Similitude entre DEAIC et anévrisme de l'aorte abdominale

Du fait de l'association entre dolichoectasie et anévrisme de l'aorte abdominale et de la similitude de l'examen histologique de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3087396>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3087396>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)