

plus floues, associant souvent compression artérielle et veineuse, l'échodoppleriste confirme le caractère vasculaire de la symptomatologie en examinant le patient dans la position symptomatique. La sonde est positionnée sous la clavicule pour une bonne visualisation de la jonction axillo-sous-clavière et déplacée un peu plus bas en regard du tunnel pectoral. L'arrêt du flux dans l'artère ou la veine permet d'affirmer la composante vasculaire de la symptomatologie. L'échodoppler (ED) est très performant pour le diagnostic positif de cette pathologie à condition d'y associer la réflexion clinique. En effet, une épreuve positionnelle isolée n'a aucun sens hors de ce contexte. Les pincés artérielle et/ou veineuse sont très fréquentes dans la population. La visualisation de l'élément compressif par ED est plus difficile et moins performante. Elle dépend du matériel utilisé ; une sonde microconvexe est souhaitable permettant de se glisser sous la clavicule et de bien explorer le creux sus-claviculaire. Les complications vasculaires du DTB sont diagnostiquées par l'ED. L'examen est pratiqué patient en décubitus dorsal, haut du corps légèrement surélevé, bras le long du corps ou au-dessus de la tête pour dégager la région rétro claviculaire. Une phlébite récente axillo-sous-clavière est aisément diagnostiquée. Le plus souvent, le thrombus est occlusif, s'étend de l'axillaire à la sous-clavière jusqu'à l'abouchement de la jugulaire externe. La confusion entre le dernier segment de la jugulaire externe (horizontale à ce niveau et se dirigeant en bas et en avant) et la veine sous-clavière est source d'erreur diagnostique conduisant à ignorer la phlébite. En effet dans ce contexte d'oblitération de la sous-clavière, la jugulaire externe compensatrice est de calibre augmenté. La veine sous-clavière doit être recherchée en dessous, en avant et en dedans de l'artère sous-clavière. Au stade des séquelles post-phlébitiques, l'échodoppleriste réalise une cartographie des lésions résiduelles axillo-sous-clavières, évalue hémodynamiquement ces lésions et la collatéralité, recherche par les manœuvres positionnelles une pince de l'axe axillo-sous-clavier ou de la collatéralité. Les complications artérielles, plus rares, sont simples à explorer : anévrisme post-sténotique (plus ou moins thrombus mural), altération de la paroi sur le site de compression, embolies distales. Une sonde linéaire superficielle est utile pour une bonne visualisation des artères digitales occluses.

En conclusion, l'ED est un examen indispensable au diagnostic positif du défilé thoraco-brachial, pour la recherche de ses complications et l'évaluation de leur retentissement hémodynamique. Les autres techniques d'imagerie sont en revanche plus performantes pour identifier et localiser précisément l'élément compressif.

doi:10.1016/j.jmv.2010.12.177

Exploration tomodensitométrique des compressions vasculaires du défilé thoraco-brachial

V. Marteau

Service de radiologie, groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, 185, rue Raymond-Losserand, 75674 Paris cedex 14, France

Mots clés : Défilé thoraco-brachial ; Imagerie tridimensionnelle

Le défilé thoraco-brachial est une région anatomique complexe au mieux explorée par l'imagerie tridimensionnelle.

L'angioscanner spirale avec reconstructions multiplanaires, curvilignes et volumiques, est un outil de choix pour l'évaluation préopératoire des patients présentant une symptomatologie de compression artérielle ou veineuse sévère.

Il assure une description précise des anomalies osseuses éventuelles (côte cervicale, hypoplasie de l'arc antérieur de la première côte, anomalie de la clavicule...), des lésions vasculaires (séquelles de thrombophlébite, anévrisme artériel post-sténotique...) et des rapports des vaisseaux avec les structures ostéo-musculaires dans les trois sites de compression potentiels (défilé des scalènes, défilé costo-claviculaire, tunnel sous-pectoral).

L'exploration comporte en général deux acquisitions, bras le long du corps, puis bras en abduction à 160°, en adaptant le protocole d'injection au profil clinique du patient (injection homolatérale de contraste fortement dilué, pour les syndromes veineux ; injection controlatérale de contraste pur, pulsée par du sérum, pour les syndromes artériels).

Cette technique ne permet pas cependant l'identification des faisceaux fibreux issus de côtes cervicales ou des branches du plexus brachial. La mise en évidence de la compression vasculaire reste de plus aléatoire chez les patients en position couchée. Ainsi le scanner ne doit intervenir qu'après mise en évidence de la compression par l'examen Doppler.

doi:10.1016/j.jmv.2010.12.177

Compression vasculaire et défilé thoraco-brachial

C. Laurian

Service de chirurgie vasculaire, groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, 75674 Paris cedex 14, France

Mots clés : Défilé thoraco-brachial ; Compression veineuse ; Compression artérielle

Nous envisagerons la compression artérielle dans le compartiment rétroscalénique, puis la compression veineuse située dans le compartiment antérieur de la pince costo-claviculaire.

La compression artérielle.— Elle est souvent la conséquence d'une anomalie osseuse régionale (côte cervicale, anomalie de la première côte, voire conséquence d'une déviation rachidienne cervico-dorsale). Les anomalies ligamentaires isolées sont plus rares.

Les présentations cliniques sont diverses, accident thromboembolique à partir d'une lésion sous-clavière, ischémie positionnelle ou parfois asymptomatique.

L'examen clinique permet de suspecter une anomalie anatomique : ascension de l'artère sous-clavière dans le creux sus-claviculaire, comblement sus-claviculaire par une structure osseuse anormale. Un souffle sus-claviculaire est retrouvé en position indifférente ou en abduction limitée.

Les données anatomiques seront apportées par l'échographie doppler (ED) et le scanner avec reconstruction.

Il n'y a pas de place pour la physiothérapie dans cette forme.

La chirurgie est retenue dans les formes symptomatiques où coexistent une lésion de l'artère sous-clavière et une anomalie osseuse. Il n'existe pas de consensus en l'absence de retentissement clinique ; une ectasie artérielle post-scalénique oriente cependant vers la chirurgie. La simple surveillance peut être retenue en l'absence de gêne fonctionnelle et en l'absence d'anomalies artérielles significatives en ED.

La chirurgie est toujours la résection de la côte cervicale et de la première côte, un geste artériel associé est fonction des lésions observées.

La compression veineuse.— Elle est rarement associée à une anomalie osseuse. Elle est évoquée lors de la survenue d'une thrombose sous-clavière, ou devant une lourdeur d'un membre, un oedème distal intermittent positionnel.

L'examen clinique est souvent normal à distance d'un épisode aigu : discrets signes de stase veineuse, abaissement de la clavicule ; il convient de rechercher une notion de mouvements d'abduction répétitifs (cadre sportif ou professionnel).

L'ED et le scanner sont les explorations utiles afin de documenter la compression positionnelle ou les séquelles d'une TVP.

La physiothérapie est intéressante pour corriger un abaissement de la clavicule.

La résection de la première côte et la libération de la veine peut être discutée dans plusieurs circonstances :

– après recanalisation d'une TVP sous-clavière en raison de la demande de reprise d'une activité représentant un facteur favorisante ;

– si la gêne fonctionnelle intermittente est jugée invalidante après un essai de rééducation, voire si la sténose veineuse sous-clavière apparaît très significative.

Il y a peu d'indications de résection de première côte associée à une plastie de la veine sous-clavière, le fait d'une séquelle thrombotique entraînant une sténose serrée de la veine sous-clavière terminale.

doi:10.1016/j.jmv.2010.12.178

Accident vasculaire cérébral du sujet jeune (Vendredi 18 mars 2011 – 14h30-16h00)

Accident vasculaire ischémique du sujet jeune

S. Alamowitch^a, J.-F. Albucher^b, O. Ille^c, J. Moret^d, L. Spelle^d, M. Zuber^e

^a Service de neurologie, hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, 75970 Paris cedex 2, France

^b Service de neurologie, hôpital Purpan, 31059 Toulouse cedex 9, France

^c Service de neurologie, hôpital François-Quesnay, 78200 Mantes-la-Jolie, France

^d Service de neuroradiologie interventionnelle, hôpital Beaujon, 92110 Clichy, France

^e Service de neurologie, groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph, 75014 Paris, France

Mots clés : Accident vasculaire cérébral ; Endovasculaire ; Rééducation

Les accidents vasculaires (AVC) ischémiques du sujet jeune sont différents de ceux du sujet âgé par leurs étiologies et leur pronostic. Les dissections des artères cervicales sont la première cause. Cependant, jusqu'à 45% des ischémies cérébrales du sujet jeune ne s'accompagnent pas d'une cause clairement retrouvée. L'association foramen ovale perméable et anévrisme du septum inter-auriculaire est un marqueur de risque plus élevé de récurrence. Il est capital de classer les étiologies de manière à orienter le bilan de façon hiérarchique et efficace.

La prise en charge thérapeutique est primordiale et doit se faire au sein d'unités dédiées dans les délais les plus brefs possibles. Bien entendu, cette population bénéficie au plus haut point des techniques les plus modernes de désobstruction endovasculaire.

Cette population de patients jeunes nécessite un programme de rééducation fonctionnelle qui est différent de celui proposé aux personnes plus âgées. De nombreuses questions se posent quant à la parentalité, la reprise de travail, les relations sexuelles et la contraception, la reprise de la conduite automobile et des activités sportives.

doi:10.1016/j.jmv.2010.12.179