

Pseudo-anévrisme sous-clavier après ingestion d'une arête de poisson : présentation neurologique

Subclavian artery pseudoaneurism due to swallowed fishbone: a neurological presentation

Maëlle Dade¹, Olivia Fouque², Anne-Sophie Voarick³, Peggy Reiner¹

¹ Hôpital Lariboisière, Service de neurologie, 2, rue Ambroise Paré, 75010 Paris, France
<peggy.reiner@aphp.fr>

² Hôpital Lariboisière, Service de neuroradiologie, 2, rue Ambroise Paré, 75010 Paris, France

³ Hôpital Lariboisière, Service d'accueil des urgences, 2, rue Ambroise Paré, 75010 Paris, France

Observation

Nous rapportons le cas d'un patient de 46 ans adressé aux urgences pour déficit moteur du membre supérieur droit et troubles de la vigilance. Ce patient diabétique de type 2 avait consulté 15 jours avant pour douleur pharyngée et impression de corps étranger après avoir mangé du poisson. L'examen ORL et la naso-fibroskopie laryngée étaient normaux.

À l'examen, il présentait un déficit sensitivo-moteur du membre supérieur droit à prédominance proximale associé à une abolition des réflexes ostéotendineux, un myosis et un ptosis droits. Le pouls était plus faible à droite et il était noté une franche asymétrie tensionnelle, ainsi qu'une masse battante sus-claviculaire droite.

Un angioscanner des troncs supra-aortiques a été réalisé en urgence et a mis en évidence un pseudo-anévrisme de la sous-clavière droite mesurant 5 cm (*figure 1*). Ce pseudo-anévrisme était transfixié par un corps étranger oblong de densité calcique, mesurant 34 mm, compatible avec une arête de poisson (*figure 2*). Des bulles de gaz en périphérie témoignaient d'un trajet fistuleux à partir de l'œsophage. L'artère vertébrale droite semblait prendre naissance du pseudo-anévrisme, mais restait perméable. La veine jugulaire interne droite était refoulée en avant et laminée par la masse (*figure 3*).

Commentaires

L'ingestion d'un corps étranger est le plus souvent responsable de lésions œsophagiennes ou digestives, mais

rarement associée à des lésions vasculaires. Plusieurs cas ont cependant été décrits dans la littérature notamment de fistules aorto-œsophagiennes avec pseudo-anévrismes aortiques, un cas de perforation de carotide commune et quelques cas de fistules de l'artère sous-clavière gauche avec l'œsophage, dont un entraînant une hématomérose sévère avec décès lié à un choc hypovolémique [1, 2].

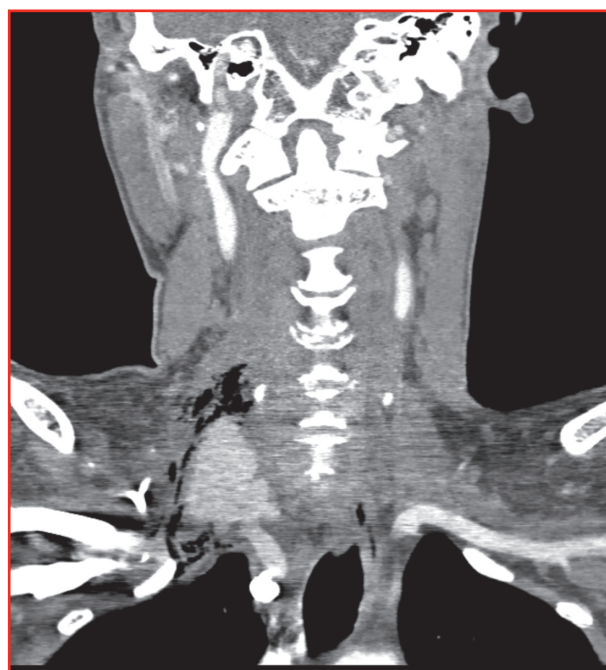


Figure 1. Angioscanner cervical, reconstruction coronale. Pseudo-anévrisme de la sous-clavière droite, à 2 cm de son origine, mesurant 42 x 25 mm dans le plan axial et 48 mm de hauteur dans le plan coronal, dans le creux sus-claviculaire à hauteur de C7. Trajet fistuleux aérique communiquant avec l'œsophage.

Tirés à part :
P. Reiner



Figure 2. Angioscanner cervical, reconstruction coronale. Corps étranger de densité calcique transfixiant l'anévrisme correspondant à l'arête de poisson de 34 mm.

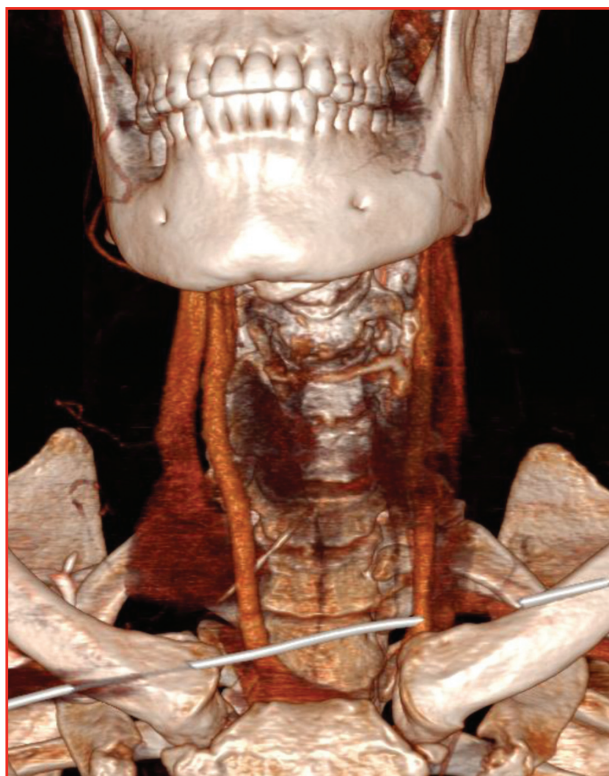


Figure 3. Représentation 3D du pseudo-anévrisme et de l'arête par la technique de rendu de volume. La jugulaire est refoulée par la masse.

Les complications infectieuses, comme dans le cas présent (médiastinite), sont relativement fréquentes [3]. Ces complications sont le plus souvent associées au retard du diagnostic. Cela peut résulter d'une consultation tardive (tentatives de traitement par des techniques de médecine traditionnelle fréquemment rapportées en Asie) ou d'un retard diagnostique comme dans le cas présent. En effet, les explorations endoscopiques peuvent ne pas détecter la perforation œsophagienne si l'élément a totalement traversé la paroi. La persistance de symptômes plus de 24 heures après l'ingestion fait partie des critères cliniques justifiant la réalisation d'un scanner pour rechercher un corps étranger [4].

La présentation « neurologique » du patient est très inhabituelle. L'atteinte du membre supérieur droit, associée à des troubles de la vigilance, pouvait largement faire suspecter une origine encéphalique. Toutefois, la topographie du déficit moteur à prédominance proximale et le signe de Claude Bernard-Horner homolatéral à la paralysie étaient atypiques pour une lésion cérébrale. Ces atteintes étaient respectivement secondaires à une compression du plexus brachial et du nerf sympathique. La somnolence a été attribuée à la décompensation du diabète dans le contexte de sepsis. Cette observation souligne l'importance de l'examen clinique extra-neurologique, notamment vasculaire, qui a permis ici de réorienter le diagnostic vers une cause locale. ■

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Lee YJ, Park CR, Kim JW, *et al.* The hemoptysis and the subclavian artery pseudoaneurysm due to a fishbone injury. A case report. *Medicine (Baltimore)* 2015; 94(42): e1821.
2. Peonim V, Udnoon J. Left subclavian arterioesophageal fistula induced by chicken bone with upper gastrointestinal hemorrhage and unexpected death: report of a case. *J Med Assoc Thai* 2010; 93(11): 1332-5.
3. Johari HH, Khaw BL, Yusof Z, Mohamad I. Migrating fish bone piercing the common carotid artery, thyroid gland and causing deep neck abscess. *World J Clin Cases* 2016; 4(11): 375-9.
4. Jahshan F, Sela E, Layouts E. Clinical criteria for CT scan evaluation of upper digestive tract fishbone. *Laryngoscope* 2018; 128(11): 2467-72.