

Acouphènes pulsatiles chroniques révélant un anévrisme du sinus sigmoïde: À propos d'un cas

Chronic pulsatile tinnitus revealing sinus sigmoid aneurysm: Case report

AAWC. do Santos Zounon*, JB. K Agaï, MC. Flatin, W. Adjibabi, B. Vignikin-Yehouessi

*Service ORL et Chirurgie CervicoFaciale, Hôpital d'Instruction des Armées Cotonou. Bénin

Reçu: 12 Mai 2019; accepté: 07 Janvier 2020; Publié en ligne: 20 juin 2020

RÉSUMÉ

Objectif: Les acouphènes sont un motif fréquent de consultation ORL. Leur caractère pulsatile et synchrone au pouls doit faire rechercher en premier une étiologie vasculaire. Le présent cas clinique a pour but de présenter une étiologie rare d'acouphène pulsatile.

Observation: Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 56 ans, présentant des acouphènes pulsatiles isolées. Il s'agissait des acouphènes unilatéraux droits à type de sifflements pulsatiles, synchrones aux pouls, augmentant d'intensité à la rotation de la tête vers la gauche, associés à un souffle retro-auriculaire homolatérale à l'auscultation. L'otoscopie et l'audiométrie ont été normales. Une IRM cérébrale a objectivé une dilatation anévrysmale du sinus sigmoïde homolatéral. Un complément angiographique a permis de confirmer le diagnostic au temps veineux. La patiente a opté pour une abstention thérapeutique.

Conclusion: Une analyse sémiologique suivi de bilan d'imagerie ont permis de confirmer le diagnostic d'anévrisme sinus sigmoïde droit dans ce cas d'acouphène pulsatile chronique unilatérale synchrone au pouls. L'abstention a été l'option thérapeutique pour ce cas d'acouphène non handicapant malgré l'existence de traitement endovasculaire efficace.

Mots-clés: Acouphène, Anévrisme, IRM.

ABSTRACT

Objective: Tinnitus is a common reason for Ear Nose and Throat (ENT) consultation. Its pulsatile and synchronous pulse character should make practitioners search for a vascular etiology first. The aim of this case report was to show a rare etiology of pulsatile tinnitus.

Observation: We reported the case of a 56-year-old patient with isolated right pulsatile tinnitus perceived as a pulsatile whistling, synchronous with the pulse. It was increasing in intensity when the patient's head was turned towards the left side and was associated with an ipsilateral retro-auricular blow at auscultation. The otoscopy and the audiometry realized were normal. A cerebral MRI was performed to seek a dural fistula which is the most common vascular etiology. The MRI concluded to aneurysmal dilatation of the ipsilateral sigmoid sinus. An angiography confirmed the diagnosis. The patient opted for the therapeutic abstention.

Conclusion: A semiological analysis followed by an imaging assessment confirmed the diagnosis of sigmoid sinus aneurysm in this case of unilateral pulsatile tinnitus. Abstention was the therapeutic option for this case of non-disabling tinnitus despite the existence of effective endovascular surgical treatment.

Keywords: Tinnitus, Aneurysm, MRI.

INTRODUCTION

Les acouphènes constituent un motif fréquent de consultation et un symptôme potentiellement invalidant [1]. Leur caractère pulsatile et synchrone au pouls doit faire rechercher en premier une étiologie vasculaire. La recherche étiologique passe par un examen clinique minutieux ainsi que des techniques d'imagerie appropriées. Le traitement est plus spécifique et efficace lorsque la pathologie vasculaire est identifiée

[2]. Il peut s'agir d'une malformation artério-veineuse, un anévrisme veineux ou artériel, une dissection, une thrombose, un trajet anormal d'une artère, une tumeur vasculaire se développant à proximité d'une oreille [3]. La présente étude expose un cas d'acouphènes pulsatiles révélant un anévrisme veineux du sinus sigmoïde à travers lequel on discutera l'approche diagnostique et thérapeutique de cette rare entité clinique.



OBSERVATION:

Il s'agissait d'une patiente de 56 ans, admise pour des acouphènes droits d'installation brutale et d'aggravation progressive depuis 5 ans avant l'admission. Les seuls antécédents pathologiques ont été une hypertension artérielle découverte 20 ans plus tôt et stabilisée sous traitement. L'interrogatoire n'a retrouvé aucune notion de traumatisme sonore ni de stress, ni trouble de sommeil. Il s'agissait d'acouphènes isolés, unilatéraux droits à type de sifflements pulsatiles, synchrones aux pouls. Son intensité augmentait à la rotation de la tête vers la gauche et diminuait dans le sens contraire ainsi qu'au repos. L'auscultation de la région retro-auriculaire homolatérale a retrouvé un souffle à 2/6. L'otoscopie a objectivé un méat acoustique externe perméable et des tympans translucides sans aucune masse retro-tympanique identifiable. La manœuvre de Valsalva retrouve une mobilité normale et bilatérale des tympans. Le reste de l'examen somatique était normal, en particulier un test de Rinne positif aux deux oreilles et un test de Weber indifférent. Le bilan audiométrique était normal.

Devant ce tableau clinique très évocateur d'une étiologie vasculaire, une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale a été réalisée en première intention pour une meilleure étude de l'étage cérébral. Son analyse s'est basée sur les séquences conventionnelles ainsi que certaines séquences telles que la T2 EG, T2 FIESTA, 3D TOF et la 3D T1 après injection de chélates de gadolinium. Elle a permis de mettre en évidence une dilatation anévrysmale de type sacciforme, à collet large du sinus sigmoïde droit (figure 1).

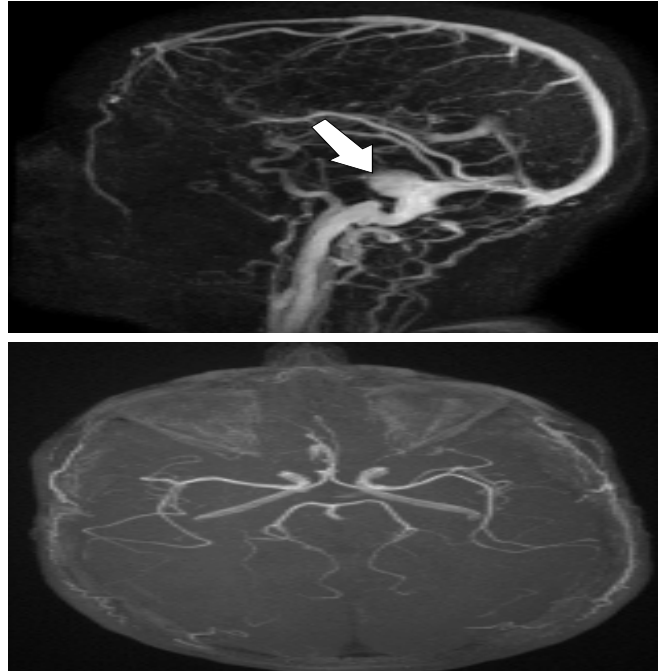


Figure 1: IRM cérébrale en coupes axiales en séquences T2 EG(A), T1 injectée (B), coupe sagittale 3DT1 C+ (C) et TOF (D) montrant une dilatation sacciforme du sinus sigmoïde droit rehaussée après injection de gadolinium (flèche). La séquence axiale TOF n'a pas objectivé de fistule durale.

Un complément angiographique a mis en évidence au temps veineux un anévrysme sacciforme du sinus sigmoïde droit sans autre malformation vasculaire (figure 2).

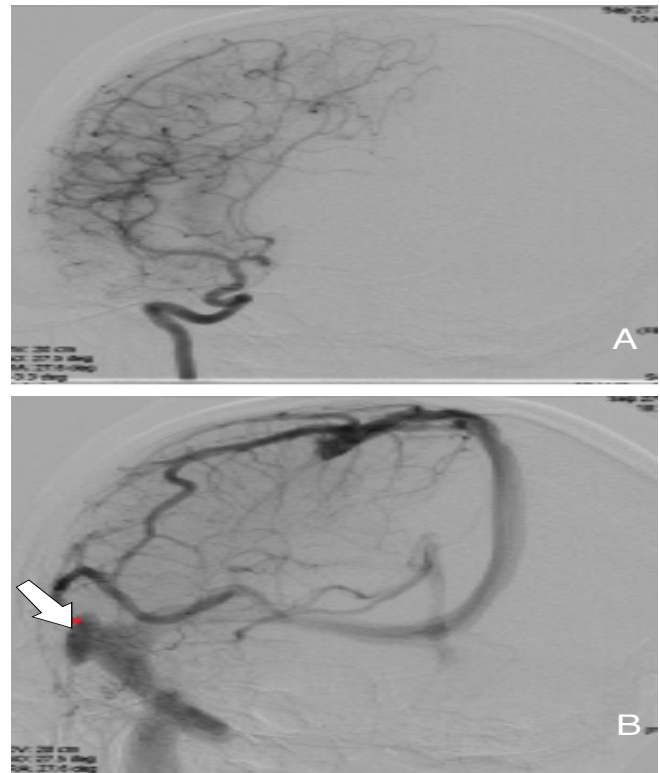
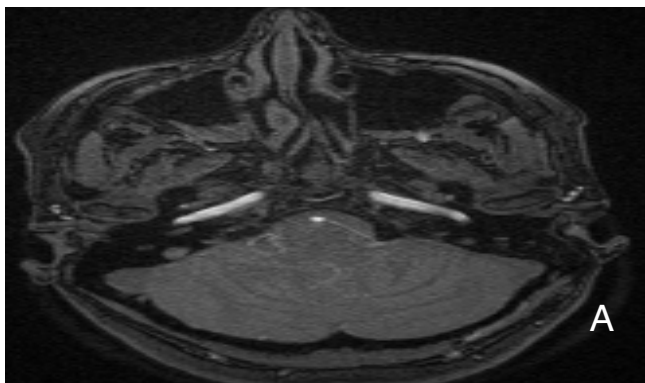


Figure 2: Séquences angiographies aux temps artériel (A) et veineux (B) mettant en évidence au temps veineux une dilatation anévrysmale sacciforme du sinus sigmoïde droit (flèche).





Une embolisation endovasculaire sous anesthésie générale lui a été proposée dans le but placer des spires (coils) détachables au sein de l'anévrisme entraînant ainsi son exclusion angiographique. La patiente a, cependant, opté pour une abstention thérapeutique. Elle est suivie depuis trois ans et est demeurée stable sur le plan clinique et radiologique.

DISCUSSION:

Les acouphènes sont un symptôme fréquent estimé à plus de 10% de la population générale [4]. Leur physiologie est complexe et ils peuvent survenir spontanément ou même en post-opératoire [5]. Ils peuvent être pulsatiles ou non. Dans ce cas clinique ils sont pulsatiles et synchrones au pouls, évoquant ainsi une origine vasculaire. En effet toute modification du diamètre vasculaire peut générer un flux transmis aux liquides de la cochlée et générant les acouphènes. L'origine vasculaire qui représente moins de 5% des étiologies des acouphènes, est l'une des causes ayant un traitement bien élaboré [2, 6]. Elles peuvent être artérielles et veineuses. La diminution des acouphènes à la rotation contralatérale de la tête évoque l'origine veineuse tout comme la disparition à la compression de l'artère carotide au niveau cervical oriente vers une origine artérielle. On peut également retrouver des étiologies vasculaires tumorales telles que les paragangliomes, les hémangiomes, les hémangiopéricytomes, les métastases vasculaires ou même des métastases temporales de cancer de prostate [7] ou des cancers de la base du crâne [8]. Le diagnostic repose sur l'examen clinique et l'imagerie. L'examen clinique a nécessité un bon interrogatoire. Notre patient décrivait ses symptômes comme ses propres battements cardiaques ou comme des bruits rythmés ressentis dans l'oreille droite. L'absence de signe de dysfonction des articulations temporo-mandibulaires (ATM) ainsi que la stabilité acoustique des acouphènes lors de la manœuvre ouverture-fermeture de la cavité buccale ont éliminé une atteinte des ATM [9]. Les patients présentant une apparition brutale d'acouphènes pulsatiles associés à des cervicalgies, des céphalées et une ischémie doivent faire suspecter une dissection carotidienne. Dans le cas clinique présenté, le premier vaisseau en cause du fait de sa proximité avec la cochlée était le sinus latéral. La fistule artério-veineuse du sinus latéral a été la première étiologie mis en cause en 1970. Ensuite vient par ordre de fréquence la sténose du sinus latéral [10]. Dans l'actuel cas clinique, il s'agissait par contre d'un anévrisme du sinus sigmoïde qui est une composante du sinus latéral en association avec le sinus transverse. L'imagerie joue un rôle important dans le diagnostic étiologique des acouphènes pulsatiles. Un scanner cérébral avec injection de produit de contraste a permis d'orienter le diagnostic. Cependant l'imagerie par résonance magnétique est l'examen le plus sensible pour l'exploration de l'étage cérébral. Il comprend, en plus des séquences conventionnelles, des séquences

complémentaires telles que la 3DTOF et l'angio-IRM. Ces techniques d'imagerie ont permis l'étude des axes vasculaires de l'étage cérébral. En cas de besoin, une angiographie diagnostique et même thérapeutique pourra être proposée [11]. Dans l'actuel cas, le diagnostic a été posé à l'aide d'une angio-IRM puis une angiographie a permis une certitude diagnostique et une meilleure cartographie.

Le traitement des anévrysmes du sinus sigmoïde sont variables allant de l'abstention thérapeutique au traitement chirurgical ou l'embolisation.

Otto et al [12] ont décrit trois patients ayant choisi dans leur série de bénéficier d'une reconstruction transmastoiïdienne de la paroi du sinus. Tous ces patients ont présenté un amendement des symptômes et aucune complication n'a été enregistrée au-delà de l'hypotympan. Houdart et al [13] ont décrit un traitement endovasculaire d'un anévrisme du sinus sigmoïdien consistant en une embolisation sélective en spirale de l'anévrisme par voie transjugulaire. En 2002, une embolisation réalisée à l'aide de la colle couplée à la mise en place d'un stent a été décrite avec succès [14]. Par contre, un stent placé en 2004 par Zenteno et al [15] sur le collet d'un anévrisme a connu la récurrence des symptômes et a amené les auteurs à réaliser ultérieurement une embolisation par coils. Dans le cas exposé, la patiente n'était pas très gênée et a opté pour une abstention thérapeutique avec des contrôles annuels cliniques et paracliniques.

CONCLUSION:

L'anévrisme du sinus sigmoïde constitue une étiologie vasculaire rare des acouphènes pulsatiles. Cependant son diagnostic est orienté par la clinique et facilement confirmé par l'imagerie en l'occurrence l'IRM. Le traitement est soit chirurgical ou endovasculaire et consiste malgré ses rares complications à améliorer le confort du patient. L'abstention thérapeutique a été une option pour ce cas d'acouphène non handicapant.

Considérations éthiques:

Déclaration d'intérêts: Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Déclaration de financement: Les auteurs déclarent ne pas avoir reçu de financement particulier pour ce travail.



REFERENCES:

1. Da Costa L.F., Alzate Amaya F., Menéndez Riera M., Álvarez-Buylla Blanco M., Padin Seara A. A Rare Case of Unilateral Pulsatile Tinnitus. *International Tinnitus Journal*. 2018; 22(2): 156-159. DOI: 10.5935/0946-5448.20180026.
2. Song J.J., Kim Y.J., Kim S.Y., An Y.S., Kim K., Lee S.Y., et al. Sinus Wall Resurfacing for patients with temporal bone venous sinus diverticulum and ipsilateral pulsatile tinnitus. *Journal of Neurosurgery*. 2015; 77(5): 709-717;
3. Waldvogel D., Mattle H.P., Sturzenegger M., Schroth G. Pulsatile tinnitus a review of 84 patients. *Journal of Neurology* 1998; 245(3): 137-142.
4. Londero A., Chays A.. Traitement des acouphènes: aspects neurochirurgicaux. *Journal of Neurochirurgie* 2009; 55(2): 248-258.
5. Marrakchi J., Sakli M., Ksantini A., Chahed H., Abdeljaoued K., Mediouni A., Bechraoui R., Ben Amor M., Beltaief N., Besbes G., Charfi A. Evolution des acouphènes après myringoplastie. *J. Tun ORL* 2019; 41: 14-17.
6. Wu V, Cooke B, Eitutis S, Matthew TWS, Jason A Bevea. Prise en charge de l'acouphène. *Can Fam Physician* 2018; 64(7): e293-e298.
7. Ginat D.T., Gluth M.B. Pulsatile tinnitus and temporal bone mass. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2016 ; 133(6): 441-442. doi: 10.1016/j.anorl.2015.06.010.
8. Moore A., Cunnane M., Fleming J.C. Metastatic breast carcinoma presenting as unilateral pulsatile tinnitus: a case report. *Ear Nose Throat J* 2015; 94: E6-8.
9. Lina-Granade G., Truy E., Lonescu E., Garnier P., Thai Van H. A couphènes et articulation temporo-mandibulaire: état des connaissances. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale* 2016 ; 117(6): 458-462.
10. Houdart E. Acouphènes pulsatiles chroniques: Diagnostic étiologique et traitement endovasculaire. *JMV-Journal de Médecine Vasculaire* 2017; 42 (2): 94.
11. Ginat D.T., Gluth M.B. Pulsatile tinnitus and an unusual ossicular anomaly. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2015; 132(4): 239-41.
12. 13-Otto K.J., Hudgins P.A., Abdelkafy W, Mattox D.E. Sigmoid sinus diverticulum: a new surgical approach to the correction of pulsatile tinnitus. *Otol Neurotol*. 2007;28(1):48-53.
13. Houdart E., Chapot R., Merland J.J. Aneurysm of a dural sigmoid sinus: a novel vascular cause of pulsatile tinnitus. *Ann Neurol*. 2000;48:669-671.
14. Sanchez T.G., Murao M, de Medeiros I.R., Kii M., Bento R.F., Caldas J.G., Alvarez C.A., Raggiotto C.H. A new therapeutic procedure for the treatment of objective pulsatile tinnitus. *Int Tinnitus J*. 2002;8:54-57.
15. Zenteno M., Murillo-Bonilla L.M., Martinez S., Arauz A. Endovascular treatment of a transverse-sigmoid sinus aneurysm presenting as pulsatile tinnitus. *J Neurosurg*. 2004;100:120-122.