

## 100-150-C2427

**Apport de l'IRM dans le syndrome huit et demi de Fisher**S. Jerbi<sup>a,\*</sup>, M. Maaref<sup>a</sup>, S. Gaeid<sup>a</sup>, I. Melki<sup>a</sup>, F. Zemni<sup>a</sup>, S. Younes<sup>b</sup><sup>a</sup> Service d'Imagerie médicale CHU Taher Sfar Mahdia, Tunisie<sup>b</sup> Service de Neurologie CHU Taher Sfar Mahdia, Tunisie

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [saidajerbi@gmail.com](mailto:saidajerbi@gmail.com) (S. Jerbi)

**Introduction** Le syndrome huit et demi de Fisher est une pathologie rare caractérisée par l'association d'une ophtalmoplégie internucléaire d'un côté et d'une paralysie de la latéralité de l'autre côté avec une paralysie faciale périphérique. Nous illustrons l'aspect en IRM d'un cas de syndrome de huit et demi de Fisher.

**Matériels et méthodes** Patient âgée de 40 ans, hypertendue, a été hospitalisée pour instabilité locomotrice avec vertige et une diplopie horizontale d'installation brutale. L'examen clinique à l'admission a trouvé un syndrome vestibulaire d'allure périphérique, une paralysie de l'abduction de l'œil gauche et une ophtalmoplégie internucléaire bilatérale avec un nystagmus qui augmente à la fixation, une paralysie faciale périphérique gauche avec un signe de Charles Bell. Le bilan biologique notamment du LCR était sans anomalie. Une TDM et une IRM cérébrale étaient réalisées.

**Résultats** La tomodensitométrie cérébrale était sans anomalie. L'IRM cérébrale avec séquences pondérées en T1, T2, Flair et diffusion a mis en évidence une lacune ischémique pontique paramédiane postérieure gauche en hyposignal T1, hypersignal T2 et diffusion.

L'aspect bien localisé de la lésion sur l'IRM au niveau de la région paramédiane du pont cérébral, qui explique cette symptomatologie clinique très spécifique avec la paralysie faciale nous a permis de retenir chez notre patiente le diagnostic de huit et demi de Fisher.

**Conclusion** Notre patiente avait un "syndrome huit et demi" qui est une pathologie rare et qui correspond à un syndrome d'un et demi de Fisher plus une paralysie du septième nerf crânien. Le diagnostic est posé grâce aux données de l'examen clinique et confirmé par l'IRM cérébrale.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.neurad.2019.01.019>

## 100-150-C2432

**Masse latéro-cervicale : quel est votre diagnostic**Soumaya Nasri<sup>\*</sup>, Soumia Elarabi, Hanae Ramdani, Hajar Abdelouahab, Christine Kora Gannigui, Narjisse Aichouni, Imane Skiker, Imane Kamaoui

Service de Radiologie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [soumayanasri10@gmail.com](mailto:soumayanasri10@gmail.com) (S. Nasri)

**Objectifs** 1) Rapporter une observation inhabituelle d'une masse latéro-cervicale. 2) Connaître les éléments sémiologiques du chordome en imagerie (TDM, IRM). 3) Connaître les principaux diagnostics différentiels et savoir orienter le diagnostic.

**Patients et méthode** Nous rapportons un cas d'un patient âgé de 64 ans, colligé au sein du CHU Mohammed VI Oujda, sans antécédents particuliers, présentant des paresthésies avec fourmillements du membre supérieur gauche.

L'examen neurologique était strictement normal.

Le patient a bénéficié d'une IRM cervicale suivi d'un scanner cervical en complément.

L'IRM réalisée était sur une machine 1,5 Tesla.

**Résultat** L'imagerie TDM et IRM cervicale a objectivé la présence d'une volumineuse masse latéro-cervicale à la hauteur de C1, C2, C3 à contours poly lobulés en hyposignal T1, hypersignal T2 homogène avec une pseudo-capsule, hyper intense à la séquence de

diffusion avec ADC élevé, se rehaussant de façon hétérogène et faible après injection de PDC, ayant une extension endo-foraminale et aux parties molles antérieures.

Absence de lyse osseuse.

**Conclusion** Les chordomes sont des tumeurs osseuses malignes rares, développés à partir des reliquats embryonnaires de la notochorde du squelette axial qui est normalement située dans les corps vertébraux et les disques intervertébraux et plus rarement dans les tissus mous pré sacrés.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.neurad.2019.01.020>

## 100-150-C2434

**Apport de l'imagerie dans les paragangliomes : À propos de 20 patients et revue de la littérature**Soumaya Nasri<sup>\*</sup>, Youssef Benmoussa, Soumia Elarabi, Christine Kora Gannigui, Narjisse Aichouni, Imane Skiker, Imane Kamaoui

Service de Radiologie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [soumayanasri10@gmail.com](mailto:soumayanasri10@gmail.com) (S. Nasri)

**Objectifs** Préciser l'intérêt de l'imagerie dans l'exploration des paragangliomes en allant du diagnostic, bilan d'extension jusqu'au suivi post thérapeutique.

Savoir évoquer le diagnostic sur la base des données cliniques et de l'imagerie.

**Matériel et méthodes** Il s'agit d'une étude rétrospective de 20 dossiers de paragangliomes colligés au sein du service de radiologie du CHU Med VI de Oujda sur une période de 03 ans de janvier 2015 à décembre 2017.

L'IRM sur un appareil 1,5 TESLA, séquences T1, T2, avec injection de gadolinium, 3D TOF a été réalisée chez 16 patients.

La TDM en coupes fines avant et après injection de PDC a été réalisée chez 04 patients.

**Résultats** (1) Moyenne d'âge : 40 ans. Prédominance féminine. (2) Les motifs de consultation : masse latéro cervicale (12 cas), acouphènes pulsatiles (06 cas) douleur abdominale vagues avec crises hypertensives (02 cas). (3) Localisation tumorale :

- Paragangliomes tympano-jugulaires :  $n = 08$  ;
- Paragangliomes carotidiens :  $n = 09$  ;
- Localisation rétro péritonéale :  $n = 02$  ;
- Paragangliome avec extension ponto cérébelleuse :  $n = 01$ .

**Discussion** Les paragangliomes sont des tumeurs rares dérivées de la crête neurale. Il s'agit de tumeurs neuroendocrines qui peuvent apparaître en plusieurs sites avec une prédilection pour la région cervico-céphalique essentiellement à partir du corpuscule carotidien et du nerf vague.

L'imagerie permet :

- d'établir le diagnostic positif (caractérisation tissulaire) ;
- de faire le bilan d'extension locorégional ;
- à distance, de dépister d'autres localisations ;
- d'assurer le suivi post thérapeutique.

L'examen anatomopathologique des pièces d'exérèse opératoire permet de confirmer le diagnostic. Le traitement radical est chirurgical malgré les risques et les séquelles parfois inévitables. La radiothérapie est une alternative.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.neurad.2019.01.021>