

positive predictive value of 95 % and negative predictive value of 100 %.

Conclusion The use of modern MRI sequences such as diffusion perfusion allowed the radiologist to accurately characterize a parotid tumor and give crucial data about its local extension.

Disclosure of interest The authors declare that they have no competing interest.

<https://doi.org/10.1016/j.neurad.2019.01.038>

100-150-C2502

Tuberculome intramedullaire révélant une tuberculose disséminée



Nedra Chouchane*, Wafa El Ouair, Hounaida Zagouani, Hatem Hersi, Chamseddine Kerkni, Faten Bouzaïn, Dejlal Bakir
Imagerie médicale, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : chouchanenedra@yahoo.fr (N. Chouchane)

Objectifs L'atteinte du système nerveux central (SNC) est une des expressions les plus sévères de la tuberculose. Le tuberculome intramedullaire représente 2/100 000 cas de tuberculose et 2/1000 cas de tuberculose du SNC. Nous rapportons un cas de tuberculome intramedullaire révélant une tuberculose disséminée avec une revue de la littérature.

Matériel et méthodes Il s'agit d'une femme âgée de 52 ans, qui a présenté une monoparésie du membre inférieur gauche, une fièvre prolongée, des fuites urinaires, une altération de l'état générale et une toux sèche. Une IRM cérébro-médullaire a été réalisée puis une TDM thoraco-abdominale.

Résultat L'examen clinique a trouvé une monoparésie gauche avec une vessie neurologique, une fièvre, une altération de l'état générale. L'IRM a montré des lésions nodulaires supratentorielles en hyposignal T2 et flair et diffusion sans restriction de l'ADC avec prise de contraste annulaire. À niveau médullaire, l'IRM a montré un aspect tuméfié du cordon qui est le siège d'une lésion nodulaire centrale en regard du disque D8-D9 en hyposignal T2 entourée d'un œdème avec prise de contraste annulaire. La TDM a montré des adénopathies médiastinales et hilaires bilatérales à centre nécrosé sièges de calcifications, micronodules centrolobulaires d'aspect branché diffus aux deux champs pulmonaires, épanchement péricardique. À l'étage abdominal : un épaississement colique droit avec importante infiltration de la graisse autour. Une biopsie digestive a confirmé le diagnostic. Un traitement antituberculeux est installé.

Conclusion Le tuberculome intra médullaire est une localisation peu décrite dans la littérature et est souvent diagnostiqué secondairement. L'IRM est l'examen de choix pour localiser les lésions et approcher le diagnostic.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neurad.2019.01.039>

100-150-C2505

Rehaussement de la paroi des anévrismes intra-crâniens non rompus en IRM 3D-T1 Black Blood : impact de la taille anévrismale



T. Personnic^{1,*}, N. Bricout¹, M. Bretzner¹, G. Kuchcinski^{1,2}, X. Leclerc^{1,2}

¹ Service de neuroradiologie, CHU Lille, France

² Inserm U1171, Université de Lille, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : thomas.personnic@chu-lille.fr (T. Personnic)

Introduction La signification du rehaussement de la paroi des anévrismes intra-crâniens non rompus en IRM 3-Tesla demeure aujourd'hui incertaine. L'objectif de cette étude était d'évaluer la prévalence du rehaussement de la paroi anévrismale dans une

cohorte de patients présentant un anévrisme non rompu avant décision thérapeutique.

Méthodes Nous avons inclus rétrospectivement les patients consécutifs avec anévrisme intracrânien non rompu adressés dans notre service pour imagerie cérébrale complémentaire avant décision thérapeutique entre novembre 2015 et avril 2017. Les données cliniques et d'imagerie incluant des séquences d'IRM 3D-T1 Turbo Spin Echo après injection de gadolinium ont été collectées.

Résultats Parmi les 68 patients (81 anévrismes) inclus, un rehaussement de la paroi anévrismale était objectivé pour 31 (45,6 %) patients et 34 (42,0 %) anévrismes. La taille de l'anévrisme était fortement associée au rehaussement de la paroi (Odds Ratio 2,60 ; IC 95 % : 1,61–4,19, $p=0,001$). Une valeur seuil de 4,1 mm était prédictive d'un rehaussement de la paroi de l'anévrisme avec une sensibilité de 82,4 % et une spécificité de 85,1 %. Il n'était pas retrouvé d'association entre les caractéristiques cliniques et le rehaussement anévrisimal.

Conclusion Notre étude suggère que la taille de l'anévrisme est un déterminant majeur du rehaussement de la paroi pour les anévrismes intra-crâniens non rompus.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neurad.2019.01.040>

100-150-C2511

Les fistules carotido-caverneuses : du diagnostic au traitement endovasculaire



N. Hammami, H. Fendri*, M. Krichene, A. Arous, M. Mahmoud, S. Drissi, R. Sebai, S. Nagi, M. Ben Hammouda
Service d'imagerie médicale, Institut National de Neurologie, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : fendrihela@hotmail.fr (H. Fendri)

Objectifs Confirmer le diagnostic d'une fistule carotido-caverneuse (FCC) en se basant sur la clinique et les données de l'imagerie (angio-TDM et angio-IRM) :

- rappeler la classification de Barrow des FCC ;
- illustrer les différents aspects en imagerie et en angiographie des FCC ;
- préciser l'apport de la radiologie interventionnelle dans le traitement des FCC.

Matériels et Méthodes Étude rétrospective des patients ayant bénéficié d'un traitement endovasculaire d'une FCC entre 2012 et 2018. Tous nos patients ont eu une angio-TDM et une angio-IRM. Une angiographie cérébrale diagnostique a été réalisée chez tous nos patients. La technique d'embolisation de la FCC a été choisie en fonction des données angiographiques. Une angiographie de contrôle a été réalisée entre 3 et 6 mois post-embolisation.

Résultats Nous avons colligé 16 patients âgés entre 11 et 59 ans. Un contexte traumatique a été retrouvé chez 14 patients. La symptomatologie révélatrice a été une exophtalmie pulsatile avec chémosis chez tous les patients. En imagerie, une exophtalmie unilatérale, une dilatation de la veine ophtalmique et une opacification précoce du sinus caverneux dès le temps artériel ont été les éléments clés du diagnostic (Fig. 1). La FCC a été secondaire à une rupture d'un anévrisme artériel de la carotide intra-caverneuse dans 2 cas. La voie artérielle avec embolisation par des Coils selon la technique de remodelage au ballon a été utilisée dans l'ensemble des cas, la voie veineuse a été utilisée chez une patiente. Une exclusion complète et immédiate a été obtenue chez 12 patients (Fig. 2). L'exclusion était partielle dans 4 cas. Le contrôle angiographique réalisé 3 mois après l'embolisation a révélé l'exclusion spontanée chez 3 de ces patients. Un seul patient a nécessité une reprise. Un patient a eu une recanalisation de sa FCC après exclusion complète nécessitant une 2^e embolisation après 3 mois.