

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 Bouzaein, 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 anévrismal.

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.

Conclusion Les FCC sont rares avec prédilection du contexte post traumatique. L'angiographie constitue une pierre angulaire dans le diagnostic, l'établissement de la stratégie thérapeutique endovasculaire et le suivi post embolisation.

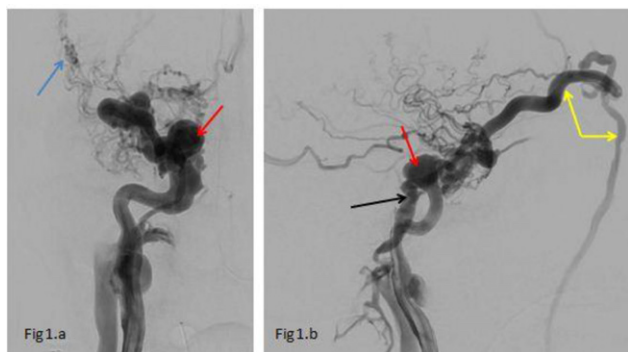


Fig. 1 Opacification de l'artère carotide interne droite incidence de face (1.a) et de profil (1.b) : Fistule carotidocaverneuse droite directe avec visualisation d'un large anévrysme au niveau de la portion initiale de la carotide interne intracaverneuse (flèche rouge) ; Le drainage veineux de cette fistule est antérieur via la veine ophthalmique supérieure et la veine faciale (flèche jaune) et également postérieur via le sinus pétreux supérieur (flèche noire) ; Présence d'un réseau pial de suppléance assurant la vascularisation du territoire sylvien droit (flèche bleue).

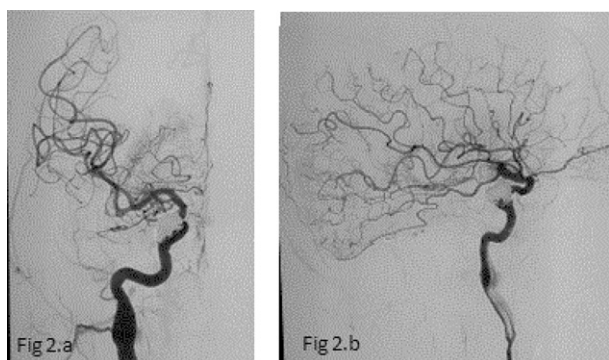


Fig. 2 Injection de la carotide interne droite incidence de face (2.a) et de profil (2.b) : exclusion totale de la FCC après coiling de la poche anévrysmale avec préservation de la perméabilité de l'ACI droite.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neurad.2019.01.041>

100-150-C2513

Thrombose veineuse cérébrale profonde (à propos de 4 cas)

S. Gaied^{a,*}, F. Zemni^a, O. Jaoued^b, I. Melki^a, M. Fekih Hassen^b, S. Jerbi^a

^a Imagerie médicale, CHU de Taher Sfar-Mahdia, Tunisie

^b Réanimation médicale, CHU de Taher Sfar-Mahdia, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gaiedchortanesofiane@gmail.com (S. Gaied)

Objectif Illustrer l'intérêt de la TDM cérébrale avec injection et l'IRM cérébrale dans le diagnostic précoce des thromboses veineuses cérébrales profondes (TVCP).

Matériels et méthodes Étude rétrospective concernant 4 patients âgés de 20 à 70 ans, 3 hommes et une femme, se plaignant de fièvre

(n = 4), céphalées (n = 4), troubles de la conscience (n = 4), troubles du comportement (n = 1). Tous les patients ont bénéficié d'une TDM cérébrale injectée. Une IRM cérébrale avec des séquences conventionnelles (T1, T2, FLAIR, T2 ou SWI) et d'angio-IRM avec ou sans injection de gadolinium (temps de vol ou contraste de phase) a été pratiquée chez deux patients.

Résultats Dans cette étude, la TDM cérébrale injectée initiale a montré des signes directs tels que la visualisation de thrombus spontanément hyperdense au niveau du réseau veineux profond (n = 3). Des signes indirects à type d'ischémie cérébrale : hypodensité cortico-sous corticale (n = 3), des noyaux gris centraux (n = 2) et de la substance blanche péri ventriculaire (n = 3). Des foyers hémorragiques (n = 1). Une IRM cérébrale avec séquence angio-MR veineuse a montré un thrombus massif des sinus veineux : longitudinal (n = 1), latéraux (n = 2), sinus droit (n = 1) et une anomalie des noyaux gris centraux (n = 1) et de la substance blanche péri ventriculaire (n = 2). L'évolution était défavorable avec décès (n = 3).

Conclusion Les TVC profondes sont des causes rares d'ischémie cérébrale. Leur diagnostic est rendu difficile par le manque de spécificité des signes cliniques retrouvés à l'examen clinique. L'IRM cérébrale couplée à l'angio-MR veineuse permet d'asseoir le diagnostic et d'éliminer les principaux diagnostics différentiels.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neurad.2019.01.042>

100-150-C2522

Imagerie des tumeurs cérébrales intra ventriculaires

H. Sakly^{1,2,*}, H.S. Hamrouni^{1,2}, H.F. Sakly^{1,2}, M. Golli^{1,2}

¹ Service d'imagerie médicale générale CHU de Fattouma Bourguiba Monastir

² Service de neurochirurgie CHU de Fattouma Bourguiba Monastir

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : hajersakly@gmail.com (H. Sakly)

Objectif L'objectif de notre étude est de préciser l'intérêt de l'imagerie dans le diagnostic positif, le bilan initial et de suivi des tumeurs intra ventriculaires et de proposer une démarche étiologique basée sur les critères d'imagerie ainsi que sur l'âge et le siège de la tumeur.

Matériel et méthodes Étude rétrospective portant sur une série de 30 cas de tumeurs cérébrales intra ventriculaires explorés au service d'imagerie médicale de l'hôpital Fattouma Bourguiba sur une période de 10 années allant de 2008 à 2018.

Résultat L'étude statistique des données cliniques et paracliniques de 25 dossiers a permis d'établir les résultats suivants :

- l'âge moyen de la population est de 30 ans pour des extrêmes de 3 et 77 ans, dont 11 enfants ;
- les céphalées sont la manifestation révélatrice la plus fréquente à peu près dans 30 % des cas de notre série, elles sont le plus souvent holocranienne, d'aggravation matinale associées les plus souvent à des vomissements en rapport avec une hypertension intra crânienne ;
- les troubles de la marche représentent une circonstance révélatrice dans 30 % des cas en particulier chez l'enfant pour les tumeurs de la fosse postérieure et du V4 ;
- tous nos patients ont été explorés par une TDM et une IRM cérébrale.

Le diagnostic étiologique était comme suit : 10 tumeurs des ventricules latéraux dont 1 neurocytome central, 2 astrocytomes sous épendymaires à cellules géantes, 1 méningiome intra ventriculaire, 1 astrocytome anaplasique, 4 glioblastomes intraventriculaires, un carcinome à cellules embryonnaire du ventricule latéral gauche et un kyste du plexus choroïde. Onze tumeurs du troisième ventricule : 6 kystes colloïdes, deux kystes de la poche de Rathke, un astrocytome anaplasique, un astrocytome pilocytique et un carcinome embryonnaire. Les extrémités d'âge sont 5 ans et 64 ans.

