

100-150-C2535

Ventriculomégalie fœtale : diagnostic et prise en charge anténatal

Ines Mazhoud*, Emna Bouhlel, Abir Khalfalli, Marwa Kraiem, Chiraz Hafsa, Amina Ben Salem
Service d'imagerie médicale B, centre de maternité et de néonatalogie de Monastir, Monastir 5000, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : docteur-ines@hotmail.com (I. Mazhoud)

Objectifs Préciser les critères diagnostics d'une hydrocéphalie sur une échographie obstétricale.

Illustrer les différentes causes de ventriculomégalie.

Matériels et méthodes Étude rétrospective avec revue de la littérature portant sur des cas de ventriculomégalie fœtale diagnostiquées à des termes différents. Nos patients ont été explorés par une échographie obstétricale et une IRM fœtale après l'âge de 32 SA.

Résultats Le seuil de normalité de la largeur de chacun des ventricules cérébraux (mesurée au niveau du carrefour) est fixé à 10 mm quel que soit le terme. Au-delà on parle de ventriculomégalie cérébrale. Dans la littérature, on définit les ventriculomégalies sévères comme supérieures à 20 mm.

Les ventricules latéraux peuvent être asymétriques, et si leur largeur est inférieure à 10 mm, il s'agit d'une simple variante anatomique.

La ventriculomégalie est en apparence isolée quand il n'existe pas d'autre anomalie cérébrale ou extra-cérébrale en imagerie et quand le bilan étiologique est négatif.

En échographie de dépistage, l'examen devra être complet incluant l'analyse tant biométrique que morphologique. Une IRM fœtale est demandée en second lieu pour éliminer un diagnostic différentiel, rechercher une cause ou anomalies associées.

Les pathologies responsables de ventriculomégalies cérébrales retrouvées dans notre étude sont corrélées à ceux retrouvées dans la littérature et sont les suivantes :

- les malformations du système nerveux central (défauts de fermeture du tube neural, anomalies de la ligne médiane, de la fosse cérébrale postérieure, des hémisphères cérébraux) ;
- l'hydrocéphalie est classique dans la malformation de Chiari 2 (Fig. 1) ;

- l'agénésie complète des commissures (Fig. 2) est aussi la malformation fréquemment responsable de ventriculomégalie ;

- les malformations kystiques de la fosse postérieure de type Dandy-Walker sont aussi une cause fréquente de ventriculomégalie ;

- les phénomènes destructifs (clastiques) qui peuvent être d'origine hypoxique, ischémique, hémorragique, infectieuse ou traumatique ; dans la majorité des cas de lésions destructives, le signe d'appel est une dilatation ventriculaire, souvent modérée.

L'IRM a une importance capitale dans la mise en évidence de critères de destruction qui sont représentés par la morphologie ventriculaire (aspect irrégulier de la zone germinative, du ventricule latéral), la perte de l'aspect en multicouche avant 30 semaines. La perte du signal normal du manteau cérébral, la perte des éléments de la maturation, la détection d'un signal anormal (hémorragie, calcification, oedème, nécrose). L'irrégularité du ventricule latéral peut être le seul signe de lésions anatomiques sévères.

À noter que les réponses du cerveau fœtal à une hypoxie ou une infection sont assez uniques : en effet les lésions de type « aiguë » telles hémorragie, oedème de la substance blanche, comme on les connaît en période néonatale, sont rares comparées aux lésions de type « chronique » telles ventriculomégalie, aspect irrégulier, nodulaire de la zone germinative ou du mur ventriculaire.

Conclusion La ventriculomégalie est un signe d'appel fréquent d'où l'importance d'une mesure fiable, afin de reconnaître la réalité de la ventriculomégalie et de servir comme base de suivi. Elle nécessite une prise en charge pluridisciplinaire, intégrant obstétriciens, neuro-pédiatres, radio-pédiatres, neurochirurgiens et généticiens.



Fig. 1 Ventriculomégalie associée une fosse postérieure réduite avec lemon sign en rapport avec Arnold Chiari 2.



Fig. 2 Ventriculomégalie associée à une agénésie septale.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neurad.2019.01.047>

100-150-C2539

Apport de l'IRM dans la prise en charge de la sclérose en plaques

S. EL Arabi^{1,*}, C. Kora¹, R. Ouajdi¹, H. Abdelouahhab¹, S. Nasri¹, H. Ramdani¹, S. Lokman¹, F. Aidid¹, M. Bendaoud¹, A. Oulad Amar¹, N. Aichouni¹, F. Azouaz², Y. Mebrouk², I. Kamaoui¹, I. Skiker¹

¹ Service de radiologie, CHU de Mohammed VI, Oujda, Maroc

² Service de neurologie, CHU de Mohammed VI, Oujda, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : elarabi.soum@gmail.com (S. EL Arabi)

Introduction La SEP est une affection inflammatoire démyélinisante chronique du SNC de l'adulte jeune dont l'étiologie demeure à nos jours inconnue. Le diagnostic repose sur l'existence d'une dissémination dans le temps et dans l'espace démontrée soit par l'évolution clinique soit par l'IRM qui est devenue la clé du diagnostic et du suivi thérapeutique.

Objectif L'objectif de notre étude est de montrer l'intérêt de l'IRM, rappeler les caractéristiques radiologiques de la SEP et citer les nouveaux critères diagnostiques.

Patients et méthodes Il s'agit d'une série rétrospective colligeant 31 cas sur une période de 3 ans aux services de radiologie et de neurologie du CHU de Mohammed VI, Maroc. Tous nos patients ont bénéficié d'une IRM encéphalique en coupes sagittales et axiales T2 et FLAIR et en coupes axiales T1 avant et après injection de Gadolinium, complétée pour 25 patients par une IRM médullaire.

Résultats L'IRM a révélé dans tous les cas des lésions en hypersignal T2 et FLAIR, en hyposignal T1 dans 26 cas, en isosignal T1 dans 3 cas et 2 cas en iso et hyposignal T1 avec une prise de contraste dans 3 cas. Ces anomalies ont été réparties comme suivant : péri et juxta-ventriculaire ($n=20$), sous-corticales ($n=15$), centre semi-ovale ($n=13$), étage sous tentoriel ($n=16$), médullaire ($n=11$), noyaux gris centraux ($n=2$). Une atrophie du corps calleux a été retrouvée chez 5 patients et une atrophie cortico-sous corticale chez un seul patient.

Conclusion L'IRM est devenue la clé du diagnostic et du suivi thérapeutique de la SEP et les critères de McDonald confèrent actuellement une place fondamentale.

SEP, IRM

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

<https://doi.org/10.1016/j.neurad.2019.01.048>

100-150-C2544

Hypoplasie du segment A1 de l'artère cérébrale antérieure-À propos de deux observations

Onss Chaibi*, Mabrouka Boukoucha, Imen Bibi, Rania Ben Salem, Raoudha Ben Khelifa, Meriem Maarouf, Alifa Daghfous

Service de radiologie, centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : onsschaibi24@gmail.com (O. Chaibi)

Introduction Les variantes anatomiques des artères cérébrales sont fréquentes. L'hypoplasie du segment A1 de l'artère cérébrale antérieure est une variante peu commune. Une connaissance approfondie de cette variante est particulièrement importante dans la chirurgie neurovasculaire.

Observation Deux patients, sans antécédents pathologiques notables, explorés par une IRM cérébrale pour une hémorragie sous arachnoïdienne spontanée grade 3 de Fisher. Sur les séquences d'ARM par temps de vol (3D TOF), détection chez les deux patients, d'une hypoplasie du segment A1 de l'artère cérébrale antérieure droite (Fig. 1).

Discussion Selon plusieurs études anatomiques et angiographiques, il existe plusieurs variantes de l'artère cérébrale antérieure. L'hypoplasie du segment A1 est la variante la plus courante. L'imagerie non invasive est un outil essentiel pour l'évaluation de cette entité. Elle permet d'identifier la plupart des anomalies et des variantes des vaisseaux du polygone de Willis. Bien que la signification clinique de cette variante soit généralement mineure, un anévrisme associé est relativement fréquent. Il est donc important que les radiologues soient familiarisés avec ces variantes lors de l'interprétation des angiogrammes crâniens pour une éventuelle planification chirurgicale.

Conclusion L'imagerie artérielle cérébrale est un examen clé dans la chirurgie neuro-vasculaire. La connaissance des variantes ana-

tomiques est primordiale dans l'interprétation radiologique et la planification des procédures interventionnelles.

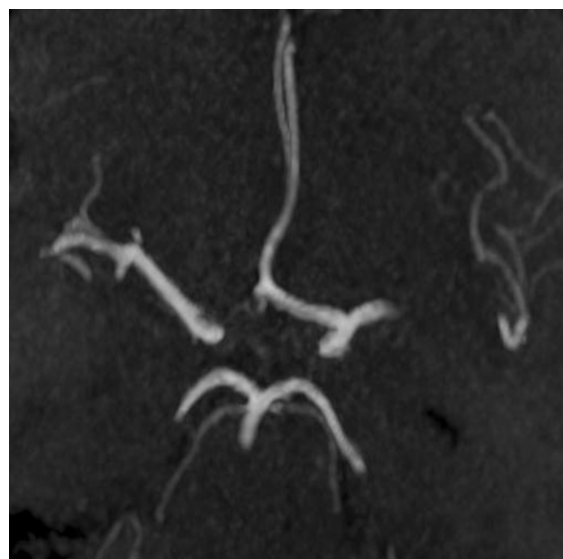


Fig. 1 IRM cérébrale en séquence 3D TOF montrant une hypoplasie du segment A1 de l'artère cérébrale antérieure droite.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neurad.2019.01.049>

100-150-C2545

Malformations artério-veineuses du cuir chevelu : à propos de deux observations

Onss Chaibi*, Mabrouka Boukoucha, Haifa Remili, Imen Bibi, Raoudha Ben Khelifa, Meriem Maarouf, Alifa Daghfous

Service de radiologie, centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben-Arous Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : onsschaibi24@gmail.com (O. Chaibi)

Introduction Les malformations artério-veineuses (MAV) du cuir chevelu sont des lésions relativement rares. Il s'agit de lésions hémodynamiquement actives en rapport avec une communication anormale entre des artères nourricières et des veines drainantes, sans lit capillaire intermédiaire.

Observation Deux patients de sexe masculin, consultaient pour tuméfaction pulsatile du cuir chevelu. Le premier patient était exploré par un angio-IRM qui a montré une MAV alimentée par des branches de l'artère temporale superficielle droite avec un drainage veineux assuré par le sinus longitudinal supérieur (Fig. 1). Le deuxième patient était exploré par un angioscanner qui a montré une MAV alimentée par des branches de l'artère temporale superficielle gauche avec un drainage veineux assuré par la veine jugulaire interne.

Discussion Les MAV du cuir chevelu sont une entité rare. Le développement récent de l'imagerie en coupes a permis une évaluation vasculaire précise non invasive avec des temps d'acquisition plus courts. Elle permet de déceler le nidus et d'approcher ses afférences artérielles et efférences veineuses. Elle est utile pour préciser une extension ou implication intracrânienne et pour distinguer les anomalies vasculaires à bas débit afin de planifier la prise en charge.

Conclusion Les techniques d'imagerie actuelle permettent de fournir un diagnostic précis des MAV superficielles ainsi que leurs angio-architectures et leurs extensions. L'artériographie reste l'examen primordial réalisant une véritable cartographie des vaisseaux.