

**L'occlusion carotidienne :  
est-elle encore le traitement de  
référence des anévrysmes larges ou  
géants du siphon carotidien ?**

**A propos de 52 cas**

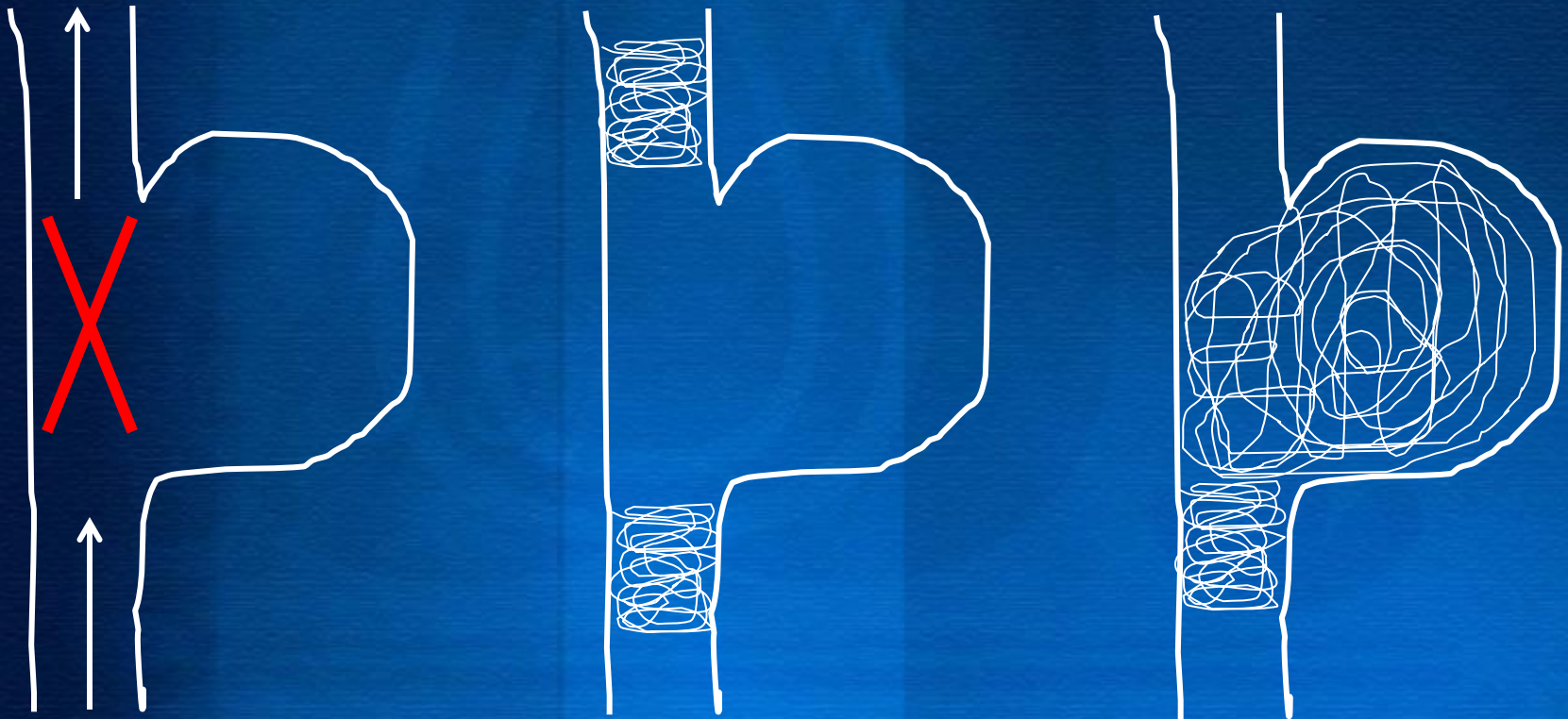
**SFNR 2013**



MA Labeyrie, S. Lenck, JP. Saint-Maurice, E. Houdart  
Neuroradiologie Interventionnelle de l'Hôpital Lariboisière, Paris

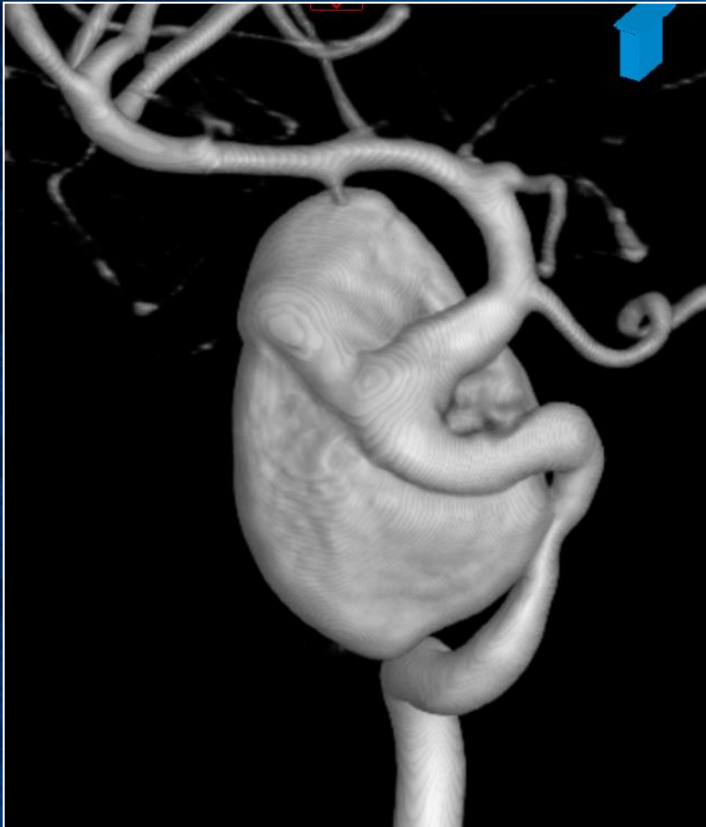
# Technique

1. Test au ballon avec étude du phlébogramme
2. Sacrifice de l'artère si phlébogramme  $< 4s$
3. Occlusion par coils



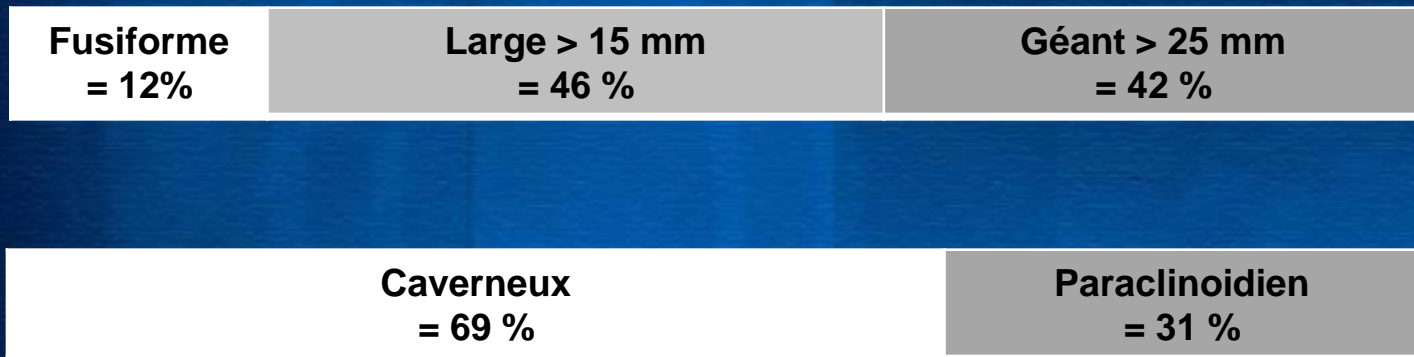
# Technique

1. Test au ballon avec étude du phlébogramme
2. Sacrifice de l'artère si phlébogramme  $< 4s$
3. Occlusion par coils



# Population

- 52 patients consécutifs entre 2004 et 2011
  - Age médian (min - max) = 53 ans (25 - 85)
  - 90% de femme

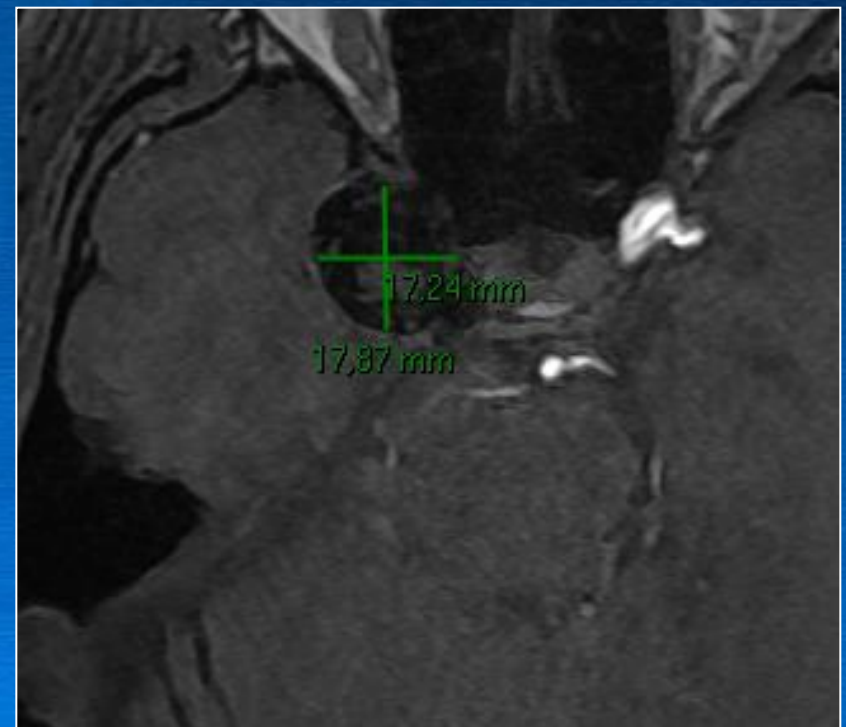
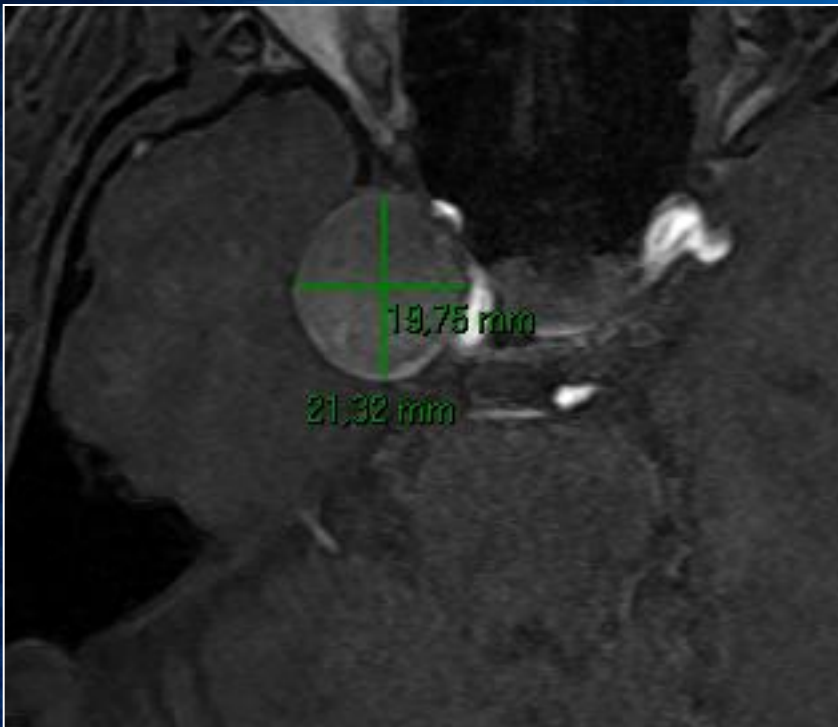


# Suivi

- Péri procédural (avant la sortie) :  $n = 52$
- 25 % de perdu de vu
- Suivi clinique médian (Q1-Q3) = 40 mois (24 – 82)
- Suivi IRM médian (Q1 – Q3) = 26 mois ( 15 – 20)

# Critères étudiés

- Survenue d'un AVC péri procédural ou retardé
- Evolution des symptômes compressifs
- Evolution du volume anévrysmal et néo-anévrysmes (n=39)



# Efficacité

- Atteinte des paires crâniennes (n=27)

<b>Amélioration</b> = 78%	<b>Réc.</b> = 7%	<b>Stable</b> = 15 %
------------------------------	---------------------	-------------------------

- Volume anévrysmal (n=39)

<b>Rétraction</b> = 86%	<b>Stable</b> = 14 %
----------------------------	-------------------------

# Tolérance

- AVC péri procédural : ischémique uniquement

<b>Pas d'AVC</b> = 67%	<b>AIT</b> = 23 %	<b>AIC</b> = 10%
---------------------------	----------------------	---------------------

- AVC retardé = 13 % (uniquement des AIT)
- Croissance d'un autre anévrisme = 2,5%
- Score de Rankin modifié

<b>mRS = 0 ou 1</b> = 93%	<b>mRS = 2</b> = 5 %	<b>mRS = 3</b> = 2%
------------------------------	-------------------------	------------------------

Mortalité = 0  
Rupture anévrysmale = 0



# Discussion

L'occlusion carotidienne par coils dans notre série:

1. Comparable aux séries avec ballon
2. Comparativement aux techniques reconstructrices (FD, et stent non-FD)
  1. Efficacité ?
  2. Pas de mortalité avec les occlusions carotidiennes

Briganti et al. 2012 / 76 intra caverneux = 4% de mort (suivi à court terme)

# Conclusion

- L'occlusion carotidienne par coils reste dans notre centre le traitement de référence des anévrysmes fusiformes, larges, ou géants du siphon carotidien.
- La validation des techniques « reconstructrices » pour ce type d'anévrysme devrait se faire par une étude contrôlée.