

# SUIVI APRES TRAITEMENT D'ANEVRYSMES INTRA-CRANIENS PAR STENT A DIVERSION DE FLUX : ETUDE PRELIMINAIRE EN IRM 3T

CAMILLERI Yann, BONCOEUR Marie-Paule, SALEME Suzana, ROUCHAUD Aymeric, GORY Benjamin, AYOUB David, PONOMARJOVA Sanita, MOUNAYER Charbel  
Neuroradiologie, Hôpital Universitaire Dupuytren, Limoges, France

## OBJECTIFS :

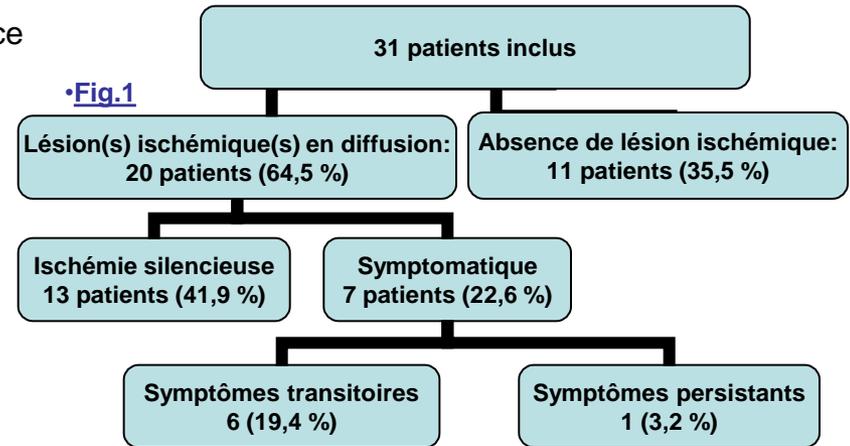
- Evaluer l'incidence et les modalités de survenue de lésions ischémiques par IRM 3T dans le cas spécifique des anévrysmes intra-crâniens traités par stent(s) à diversion de flux de type Pipeline® (PED).

## METHODES ET RESULTATS :

- 31 patients inclus, traités pour un total de 42 anévrysmes par 52 stents, évalués par IRM de diffusion en pré et post-thérapeutique.
- 22 patients présentent au moins une artère parenchymateuse couverte par le stent.
- 20 patients (64,5 %) présentent au moins une lésion ischémique en diffusion (cf. fig. 1), leur topographie étant déterminée par confrontation à un atlas anatomique de référence (territoire de l'artère porteuse du stent ou des collatérales couvertes).
- Parmi les 7 patients symptomatiques, 2 présentaient un déficit sensitivo-moteur objectif dont 1 avec troubles de la conscience associés, 2 un syndrome dysexécutif frontal, 1 des troubles phasiques, 2 des symptômes non spécifiques (confusion, céphalées).
- Parmi les 16 patients présentant exclusivement des lésions de petite taille (<20 mm) de type embolique, 8 présentaient moins de 3 lésions, 5 de 3 à 10 lésions, et 3 plus 10 lésions objectivables.
- 4 patients (12,9 %) présentaient au moins une plage ischémique > 20 mm en diffusion: dans le territoire de collatérales parenchymateuses couvertes dans 3 cas, des collatérales et de l'artère porteuse du stent dans 1 cas. 3 parmi les 4 étaient symptomatiques.

## CONCLUSION :

- Cette étude préliminaire suggère que l'IRM est un outil performant dans le monitoring des patients traités par PED, en permettant d'évaluer la survenue d'événements ischémiques fréquents malgré le traitement anti-agrégant systématique, et le plus souvent silencieux cliniquement. Elle permet l'analyse de l'étendue des lésions et de leur distribution en fonction des territoires vasculaires concernés, et ainsi d'évoquer le mécanisme physiopathologique en cause (embolique, thrombotique ou par diversion de flux), et donc d'orienter la prise en charge.



•Fig.2: Incidence de lésions ischémiques en fonction des artères collatérales couvertes

BRANCHES COUVERTES PAR LE STENT	Nombre de patients concernés	Nombre de territoires d'aval avec au moins 1 lésion en diffusion, dont (X) lésion(s) > 20 mm: A: asymptomatique T: symptomatologie transitoire P: symptomatologie persistante
Communicante postérieure	10	1 (1 / A)
Choroïdienne antérieure	7	1 (0)
Lenticulo-striées	11	2 (0)
Segment A1	4	0 (0)
Branches perforantes de A1	8	2 (2 / T)
Communicante antérieure	4	0 (0)
Segment A2	2	2 (1 / T)
Péricalleuse / callosomarginale	2	1 (0)
Segment M2	10	2 (1 / P)