

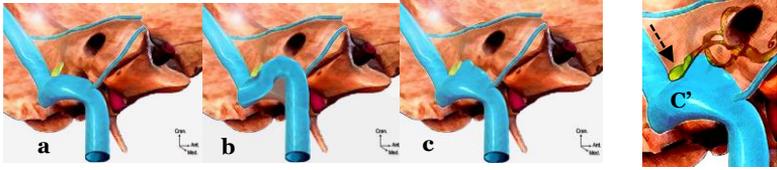
# Traitement endovasculaire des anomalies du golfe de la jugulaire symptomatiques : 3 cas.

C.Barbier (1), M.A.Thenint (2), M.Hitier (3), P.Courtheoux (3).

1. Service de neuroradiologie clinique et diagnostique, CHU Nancy, France.
2. Service de neuroradiologie clinique et diagnostique, CHU Caen, France.
3. Service de chirurgie Tête et Cou, CHU Caen, France.

**Nous rapportons 3 cas de déhiscence du golfe de la jugulaire au contact de l'aqueduc du vestibule, présentant un symptomatologie labyrinthique, que nous avons traités par voie endovasculaire.**

## Définition des anomalies du golfe jugulaire symptomatiques



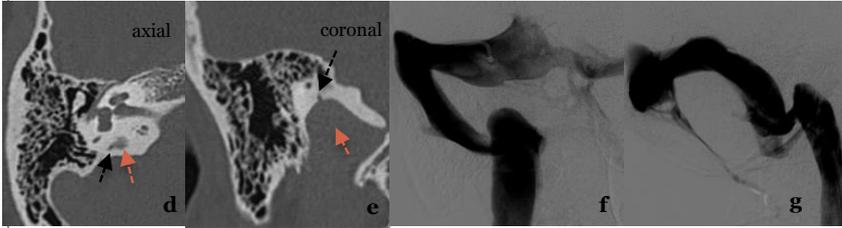
(a) : configuration normale du golfe de la jugulaire.

Jugular Bulb Abnormalities (JBA): (b) High Riding Jugular Bulb (HRJB) ou (c) Diverticulum of the Jugular Bulb (DJB).

Variante anatomique fréquente découverte au scanner chez 10 à 15% de la population ; dans 3 % des cas, il existe un contact (une déhiscence) entre le golfe et l'oreille interne (1). Parmi ces déhiscences, 93% sont avec l'aqueduc du vestibule (c' : flèche noire). Les symptômes sont d'origine veineuse comme l'atteste le caractère **pulsatile des acouphènes**; ils sont sensibles aux manœuvres d'hyperpression veineuse (**Valsalva**) déclenchant alors des signes (tel qu'un **nystagmus**) objectivables par les tests vestibulaires ou audiométriques. Il est décrit également un **syndrome Ménièreiforme** (surdité de transmission/perception, vertiges, et acouphènes pulsatiles) s'expliquant par :

- la perturbation de la résorption de l'endolymphe (compression du canal et/ou du sac endolymphatique) (2,3,4) ;
- Le concept de « troisième fenêtre », concept connu dans la déhiscence du canal semi circulaire supérieur (2).

## Matériels et méthodes



**PATIENT 1** (figures et schémas ci-contre) :

31 ans, vertiges à l'effort invalidants (rires intenses). Nystagmus objectif par la vidéo nystagmographie lors du Valsalva.

**IRMc injectée** : diagnostics différentiels éliminés. **CT- (d, e)** : déhiscence du golfe (flèche rose) en contact avec l'aqueduc du vestibule (flèche noire).

**Phlébographie du sinus transverse** (g,h) : angiographie pré thérapeutique.

**La procédure endovasculaire** (schémas: h,i ; images de l'angiographie thérapeutique par voie veineuse : j-l) consiste en un coiling de la poche veineuse déhiscente assisté d'un stent pour éviter la migration des coils. Un double abord veineux permet de placer un premier cathéter en amont du golfe (flèche bleue) pour délivrer le stent, delors le microcathéter destiné au largage des coils (flèche jaune) positionné dans la poche veineuse selon la technique du « jailing ».

Une angioplastie du stent peut être nécessaire, à réaliser en amont du foramen jugulaire (lésions des nerfs mixtes), flèche rouge, image k.

Le résultat angiographique (images m,n) montre l'exclusion de la déhiscence; le scanner post thérapeutique (images o,p), le contact entre les coils et l'aqueduc, le bon déploiement du stent.

**PATIENT 2**: homme de 28 ans, manutentier, vertiges à l'effort et acouphènes pulsatiles gauches, en arrêt de travail.

**PATIENT 3** : homme de 61 ans, syndrome ménièreiforme.

**CT de 2 patients** : déhiscence du golfe avec l'aqueduc du vestibule. Même procédure endovasculaire.

**Double anti agrégation pendant 3 mois.**

**Résultats**: guérison clinique complète pour les patients 1 et 2; patient 3 : disparition des vertiges, diminution des acouphènes. Stabilité de la surdité. Contrôle angiographique à 3mois montrant la stabilité de l'exclusion de la poche veineuse.

**Discussion**: une série chirurgicale de 12 cas de syndromes de Ménière associés à une déhiscence du golfe avec l'aqueduc a été décrite par Couloigner et al. en 1998, avec de bons résultats cliniques (5). Mais le risque chirurgical de l'abord du golfe, mis en balance avec le bénéfice clinique (fonctionnel), n'est pas en faveur de cette technique. Ainsi l'option endovasculaire a été préférée. La voie veineuse est peu risquée : une cohorte de 52 patients traitées par stenting veineux pour une hypertension intracrânienne bénigne n'a pas relevé de complications thrombo-emboliques (6). Le **traitement endovasculaire** des anomalies du golfe de la jugulaire symptomatiques nous semble être **efficace, conservateur du retour veineux normal, et peu risqué.**

- (1) Friedman et al., *Otolaryngol HNS*, 2012.
- (2) Friedman et al., *The laryngoscope* 2010.
- (3) Couloigner et al., book, 1994.
- (4) Friedman et al., *Archives of Otolaryngology*, 2012.
- (5) Couloigner et al., *European archives of oto-rhino-laryngology*, 1999.
- (6) Ahmed et al., *AJNR*, 2011.