

CAUSE RARE D'ÉPISTAXIS : FAUX ANÉVRYSME DE LA CAROTIDE INTERNE INTRA-CAVERNEUSE

N Hammami, M Attia, C Drissi, K Walha, R Sebai, S Nagi, M Ben Hamouda
Institut Neurologique Mongi Ben Hamida. Tunis - Tunisie

Objectifs

Le but de notre travail est de mettre en évidence le rôle de l'imagerie dans le diagnostic positif et le traitement endovasculaire des faux anévrismes du siphon carotidien post traumatique.

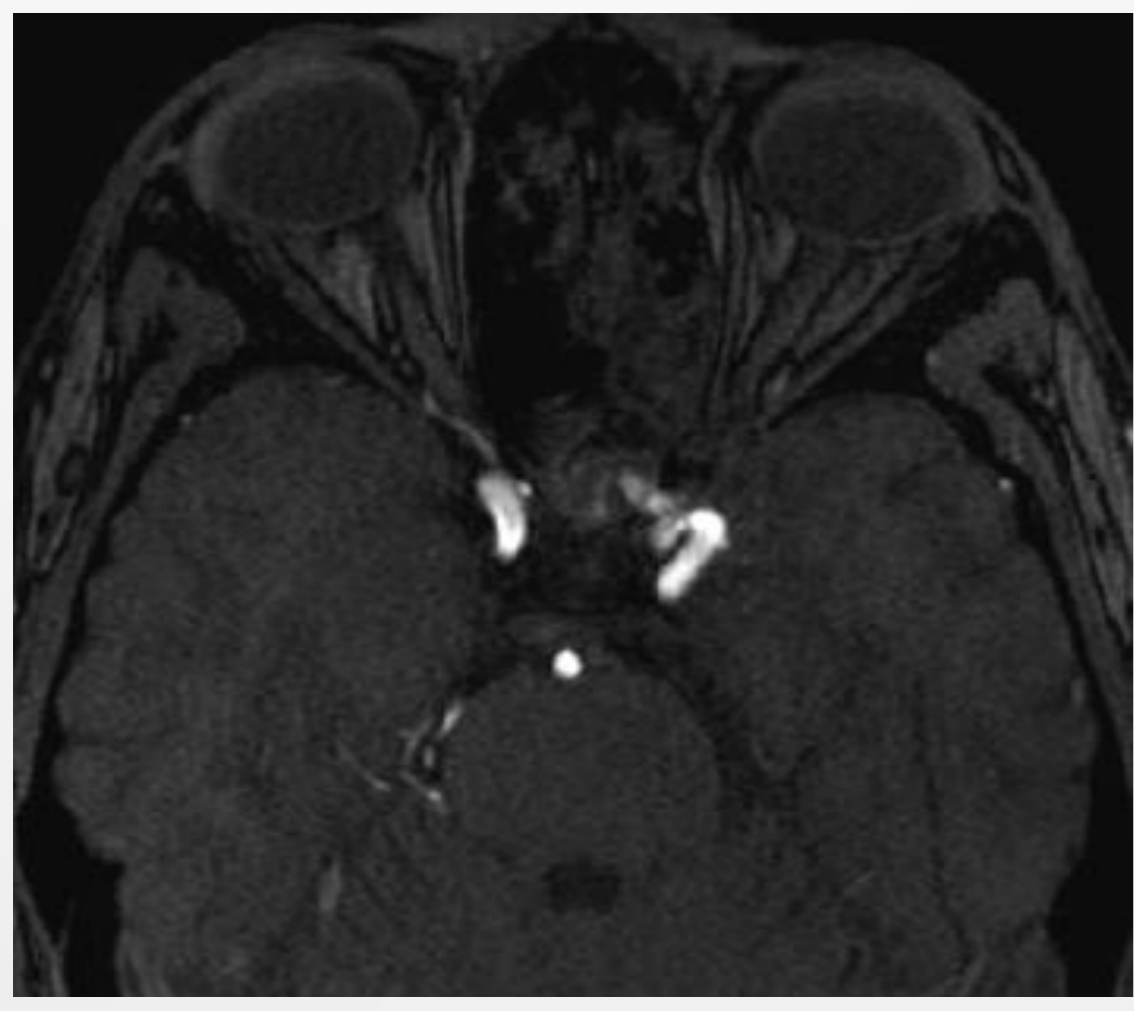
Matériel et méthode

Nous rapportons le cas d'un patient qui a été hospitalisé en urgence pour une épistaxis récidivante et de grande abondance.

Un examen TDM et une IRM cérébrale avec angio-IRM ont été réalisés.

Résultats

Patient âgé de 22 ans victime d'un accident de la voie publique lui occasionnant un traumatisme crânien. Il présente depuis, des céphalées hémi crânienne et une épistaxis bilatérale à répétition.



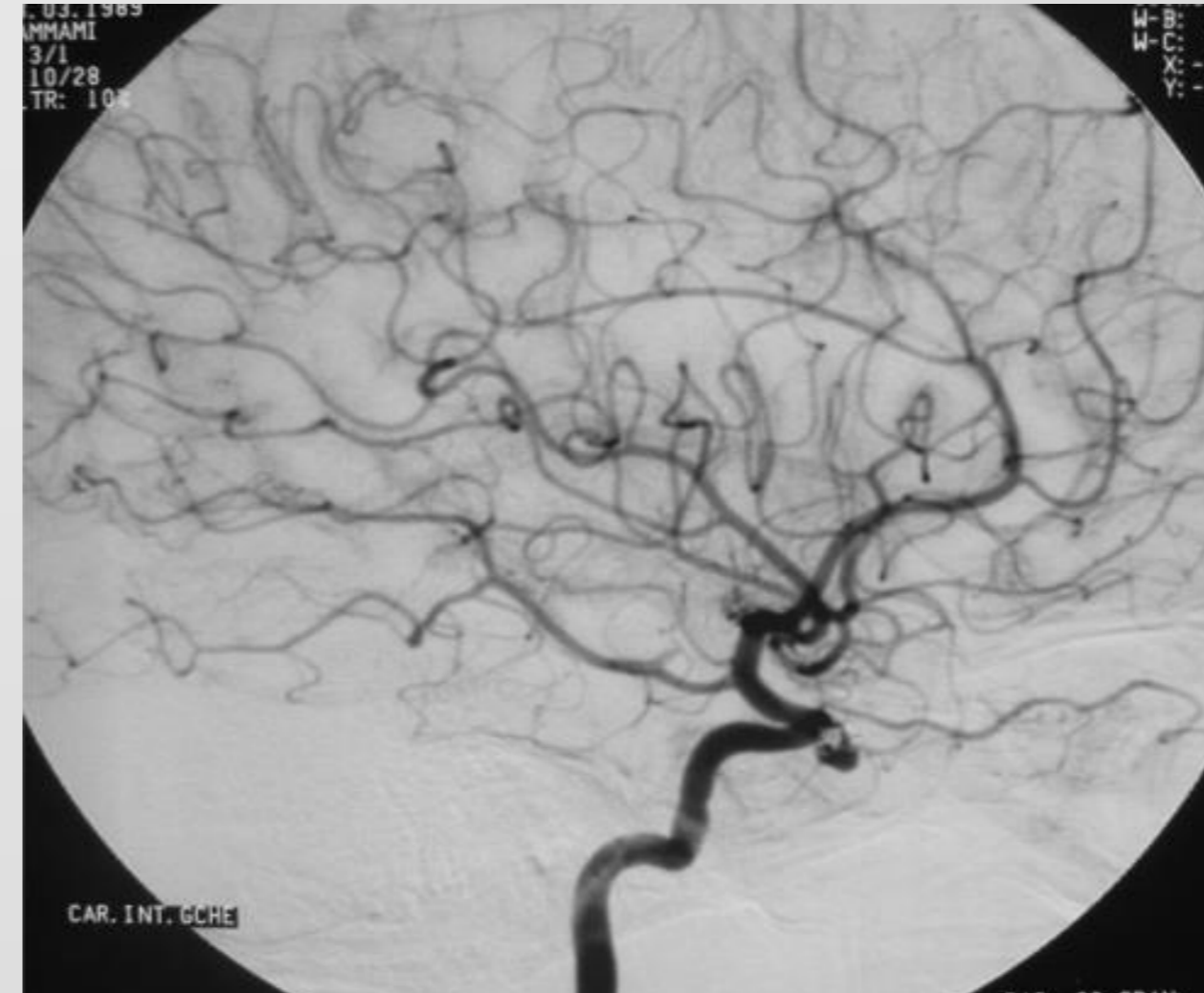
Angio-IRM 3D TOF : Pseudo anévrisme de l'ACI gauche intracaverneuse dont le sac est situé au niveau du sinus sphénoïdal



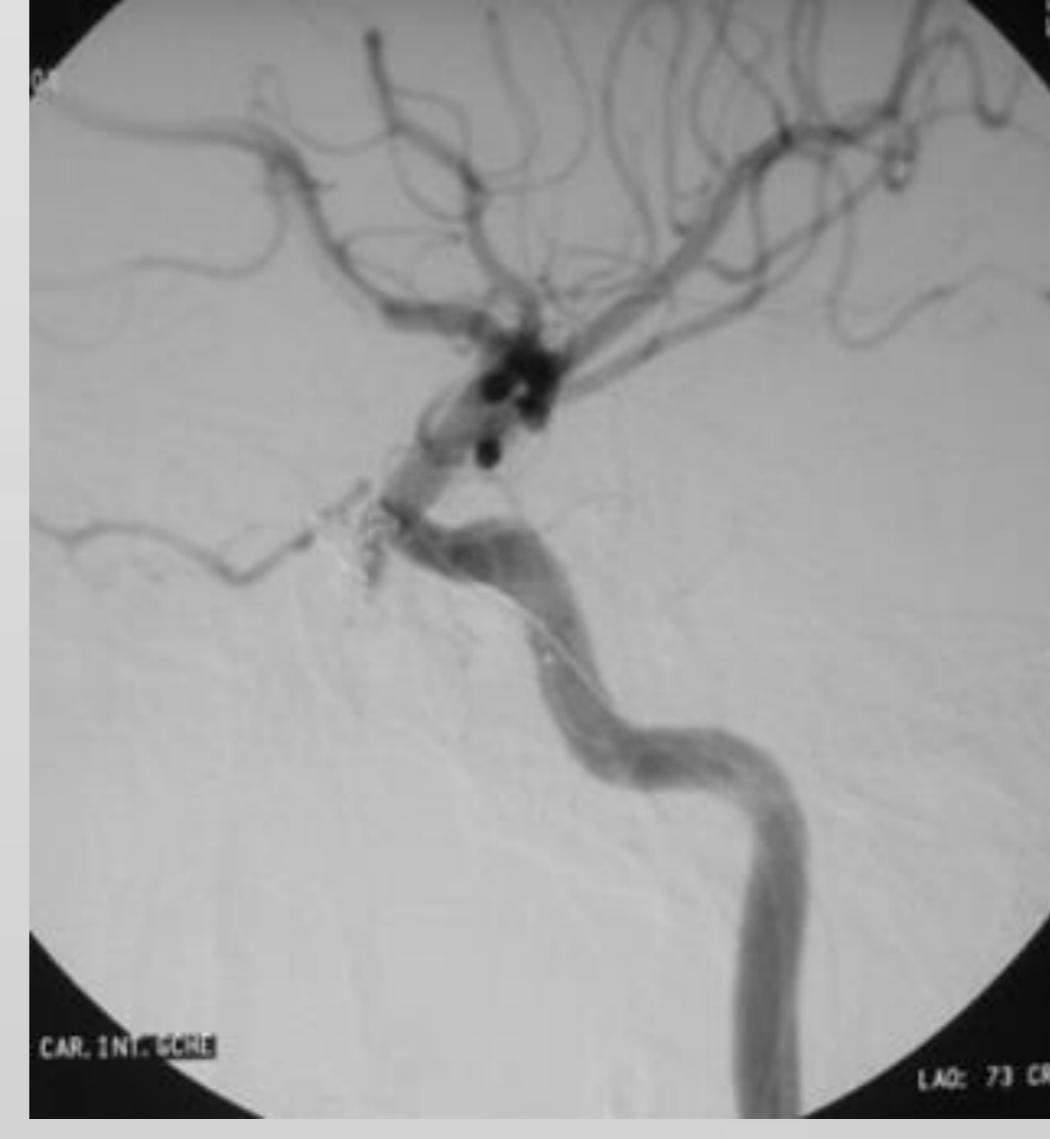
L'opacification sélective de la carotide interne gauche confirme le faux anévrisme du siphon carotidien



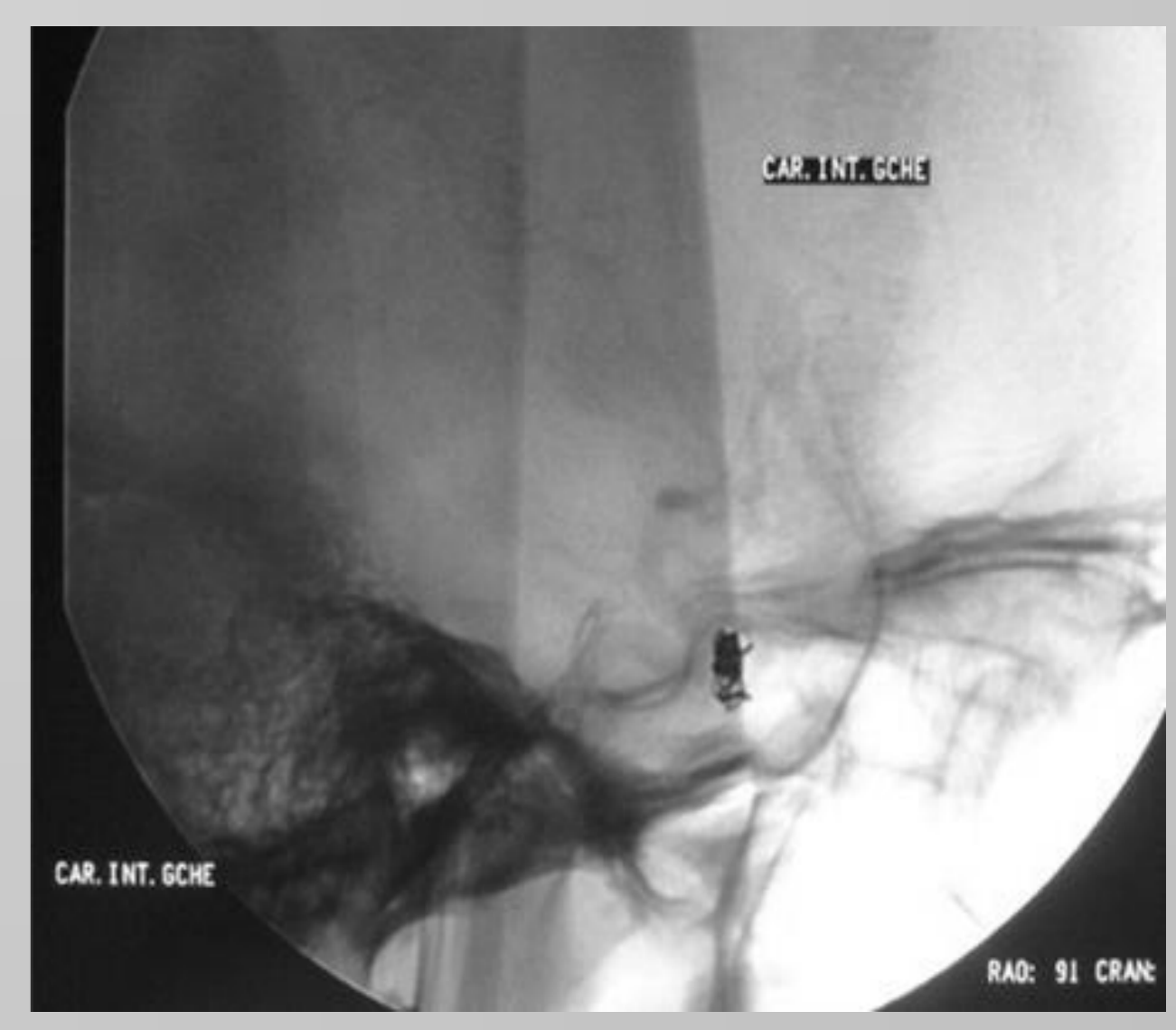
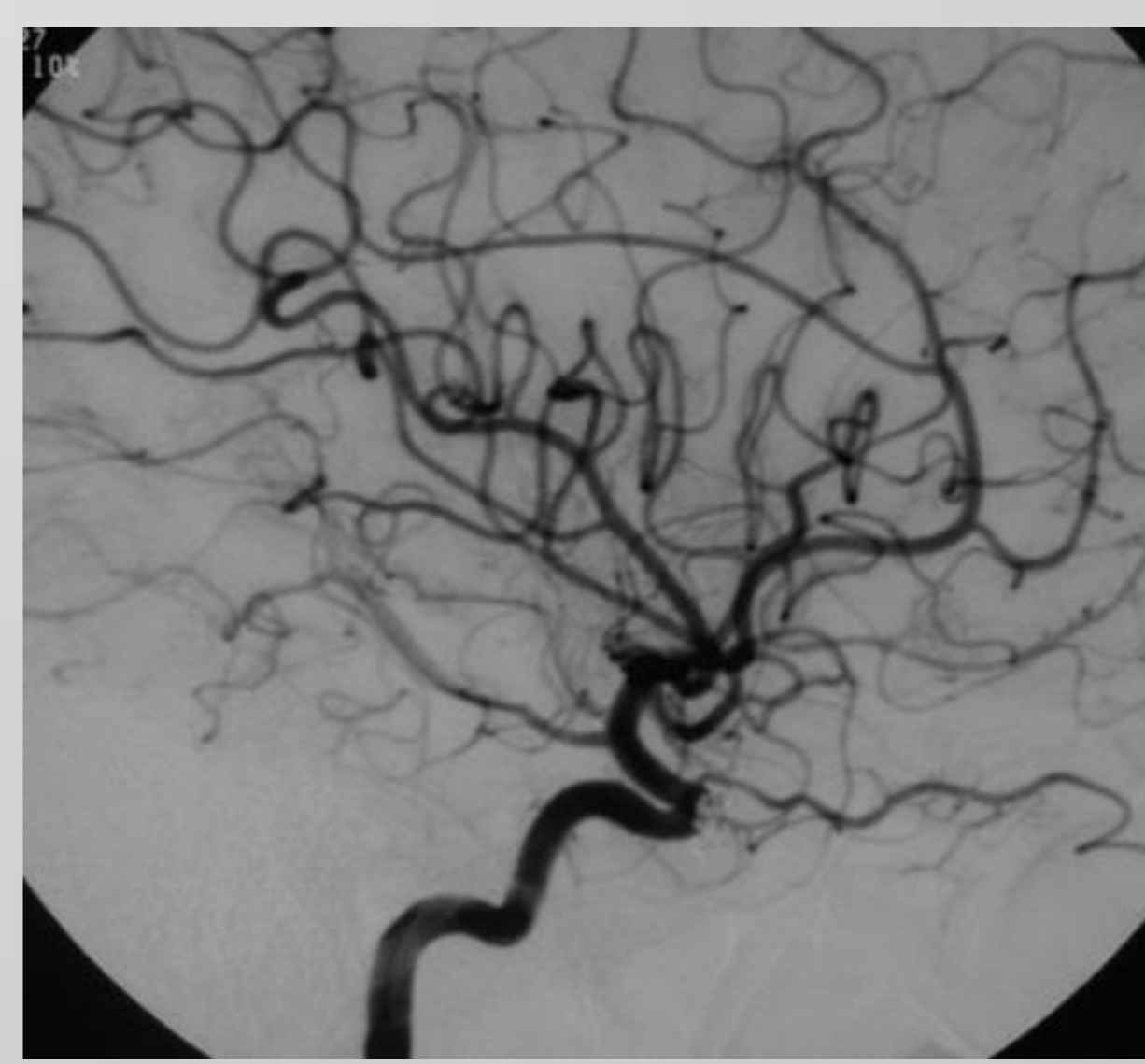
Tentative d'exclusion à l'aide de ballon largable et de coils type GDC



3 jours après, récurrence de l'épistaxis de grande abondance recanalisation du faux anévrisme avec absence de visualisation du ballon.



Reprise du patient : exclusion complète du faux anévrisme grâce à la méthode du coiling avec remodeling au ballon



contrôle angiographique à 6 mois :
Persistance de l'exclusion complète du faux anévrisme

Discussion

L'angio-IRM en particulier la séquence de temps de vol 3D visualise le faux anévrisme avec une sensibilité de 83 % et une spécificité voisine de 100 %.

Le traitement endovasculaire des pseudo-anévrismes traumatiques est le traitement de référence.

La technique endovasculaire choisie dépend de l'emplacement du pseudoanévrisme, de la présence ou non de branches artérielles collatérales et des résultats du test d'occlusion.

L'embolisation avec des coils détachables en platine ou selon la méthode du coiling assisté par stent ou encore le déploiement de ballons largables dans la lumière du faux anévrisme sont des techniques qui peuvent être utilisées pour l'exclusion du pseudoanévrisme tout en préservant l'artère porteuse.

Cependant, comme le pseudoanévrisme n'est constitué que par du tissu fibreux sans paroi propre pour contenir les coils ou les ballons, il existe un risque de migration des coils et de rupture.

Les stents nus ou couverts offrent par ailleurs d'autres options thérapeutiques.

Les stents nus sont flexibles et adaptables, ils offrent un écoulement laminaire du flux sanguin dans la lumière artérielle permettant une complète ré-endothélialisation au bout de quelques semaines.

Le traitement des faux-anévrismes traumatiques avec des stents couverts est considéré comme plus sûr et plus facile en comparaison avec le largage d'un produit d'embolisation dans le sac anévrisimal. Cependant, l'inconvénient majeur de ces stents couverts est le risque d'occlusion des petites artères perforantes voisines de la région du déploiement.

Mis à part le risque d'occlusion des artères adjacentes, la flexibilité limitée du « Jostent covered stent » est une autre limite.

Une nouvelle génération de stent semi couvert « flow diverter » a été récemment commercialisée avec des résultats encourageants

Conclusion

Le rôle de l'imagerie dans la prise en charge des faux anévrismes du siphon carotidien est à la fois diagnostique et thérapeutique. Ce type de pathologie difficile à traiter par voie chirurgicale et pouvant mettre en péril la vie du patient se prête bien au traitement endovasculaire avec le moindre risque.