

Cas cliniques

Journées Françaises de Neuroradiologie

08-09-10/04/2015

Présentés par Frédéric SEITA Interne DES Radiodiagnostic et
interventionnel au CHU de Caen

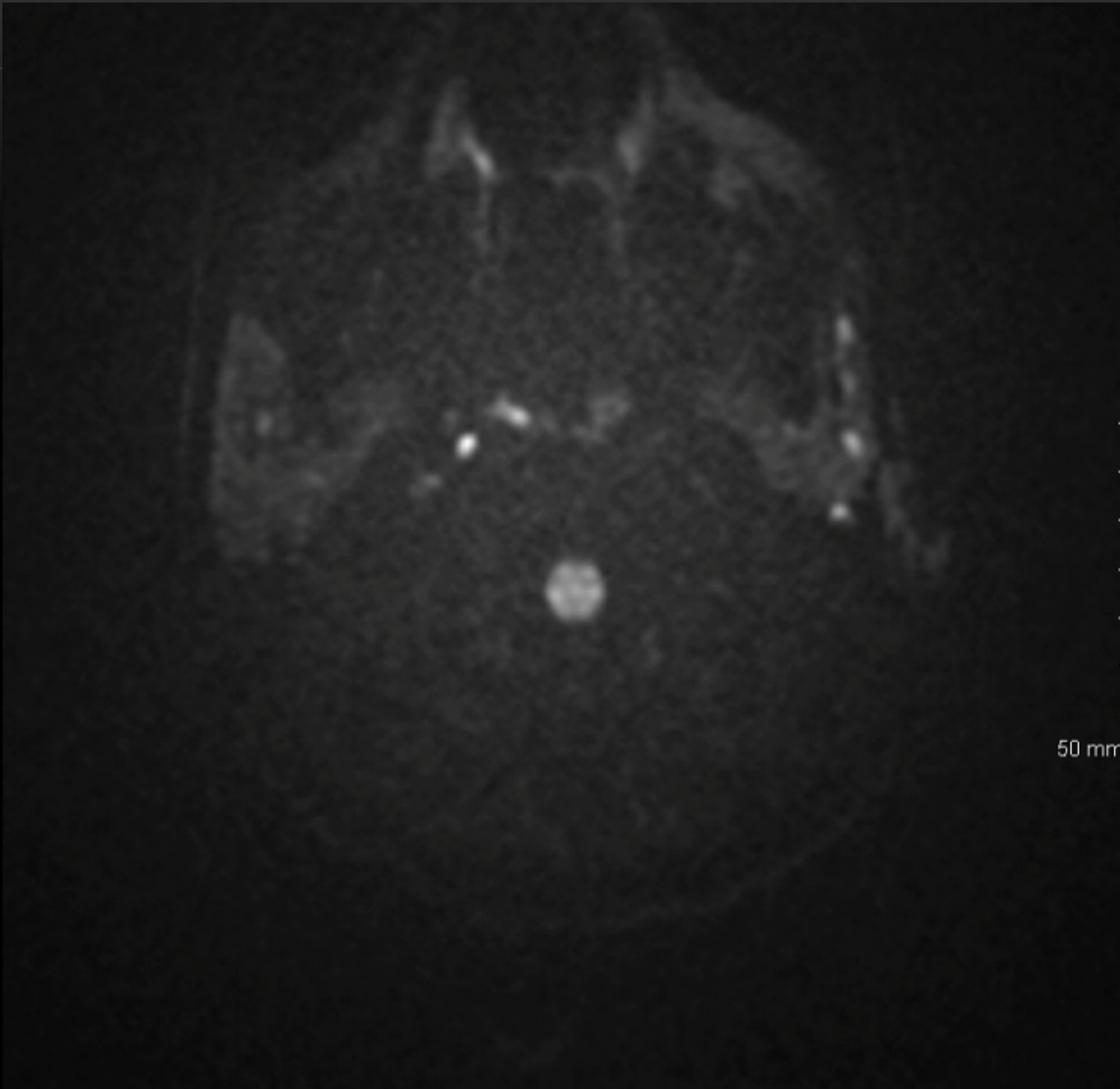
Sous la responsabilité du Docteur Apolline KAZEMI Neuroradiologue
interventionnel au CHU de Caen

Du Professeur Patrick COURTHEOUX Neuroradiologue interventionnel
au CHU de Caen

Et du Professeur Jean-Pierre PELAGE Radiologue interventionnel
vasculaire et digestif - Chef de service

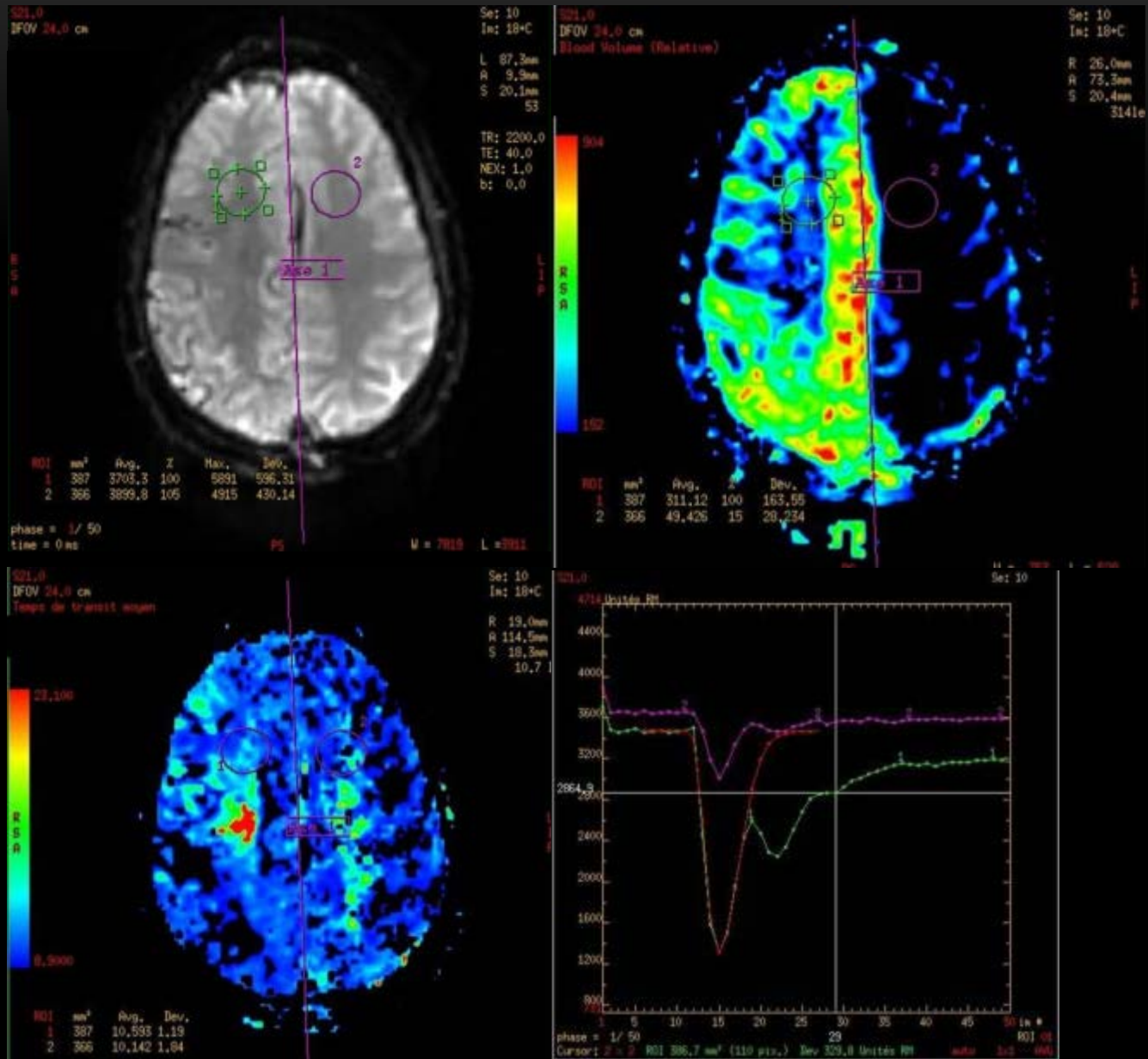
Cas clinique N°1

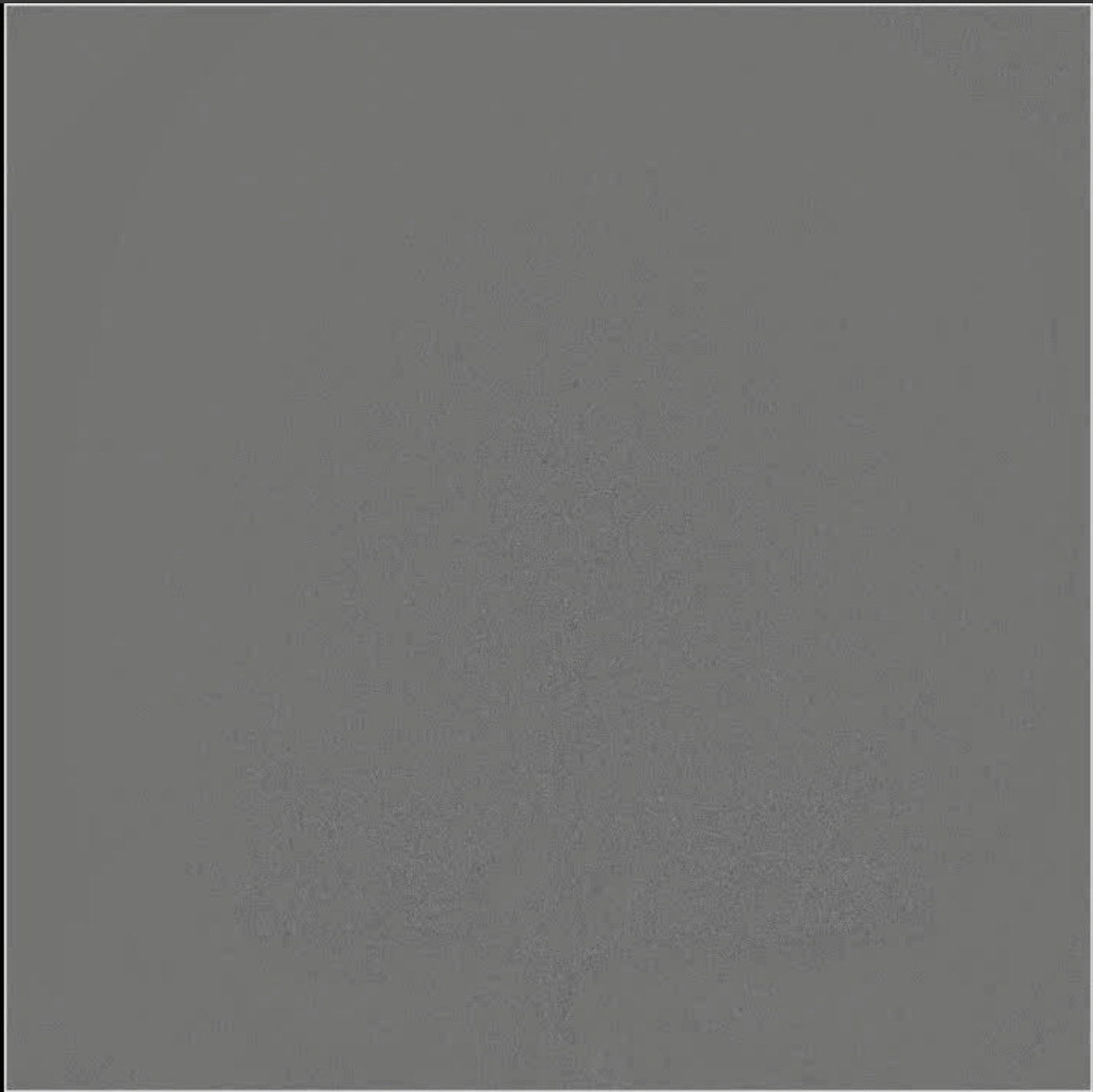
- **Mr Crise 27 ans :**
- **Consulte pour 2 épisodes d'hypotonies de l'hémicorps gauche durant 30 minutes.**
- **Le patient reste conscient et immobile durant ses crises.**
 - Antécédents cérébraux : 0
 - Antécédents familiaux : 0

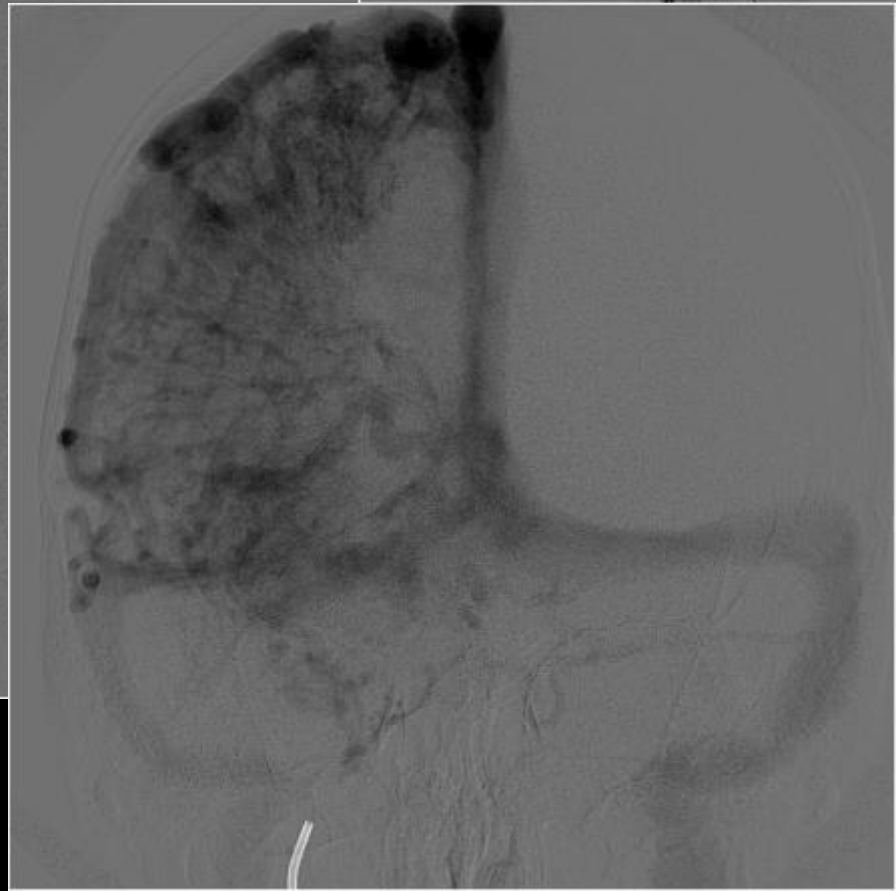
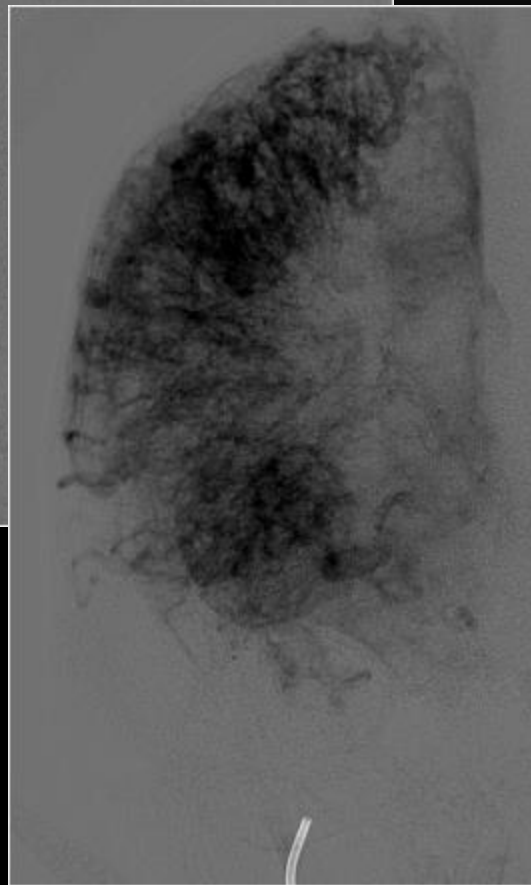
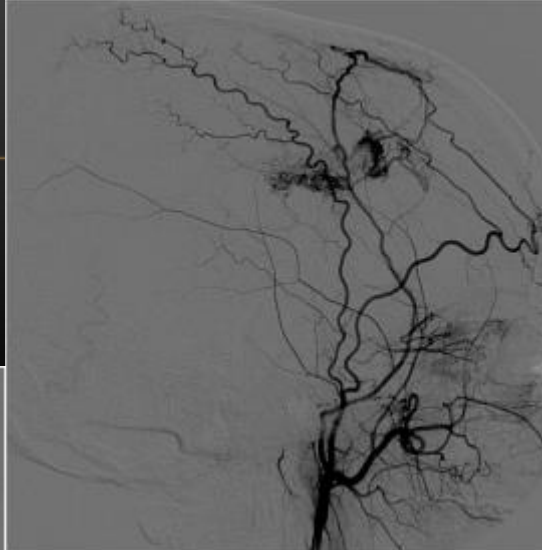
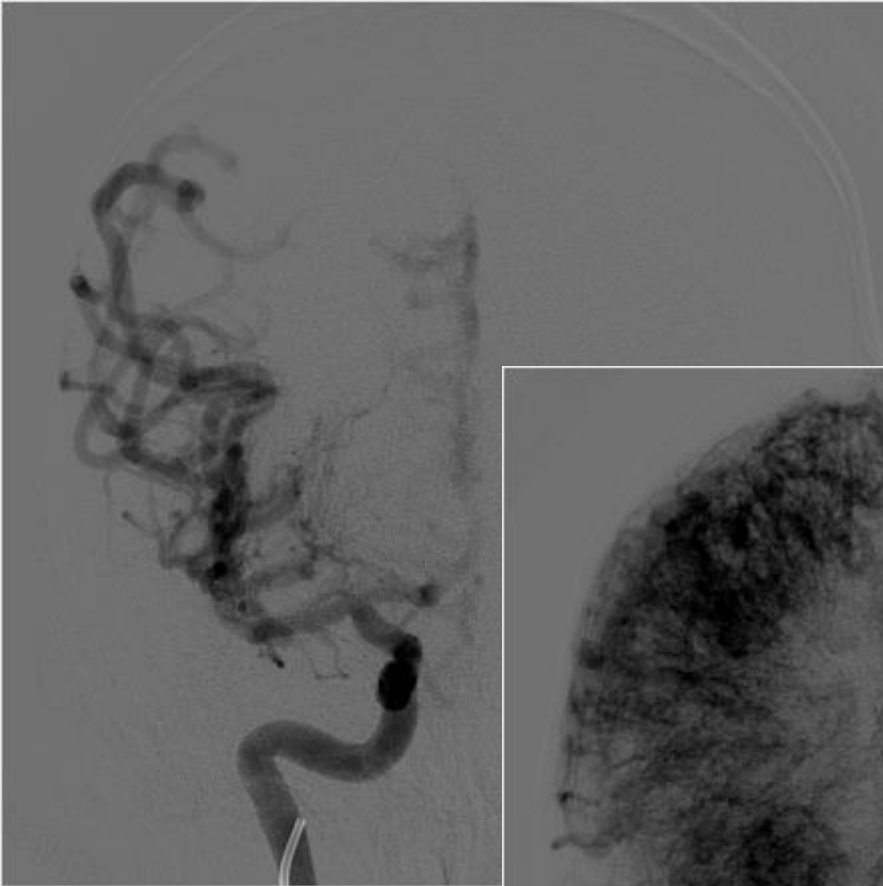


50 mm

IRM de Perfusion :









QCM 1





QCM 2



Angiopathie proliférative cérébrale:

Généralités

Maladie ischémique et angiogénétique

3,4% des MAV, mais entité distincte. 70% femmes âge moyen 21 ans.

Céphalées, déficit progressif

Imagerie

Localisation : fréquemment plusieurs lobes d'un hémisphère.

-Discordance entre la taille apparente du nidus et la faible importance du shunt.

-Présence d'une **angiogenèse diffuse** (vascularisation transdurale, angio-ectasie et occlusion artérielle proximale progressive)

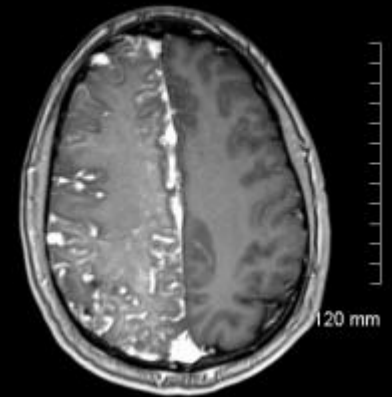
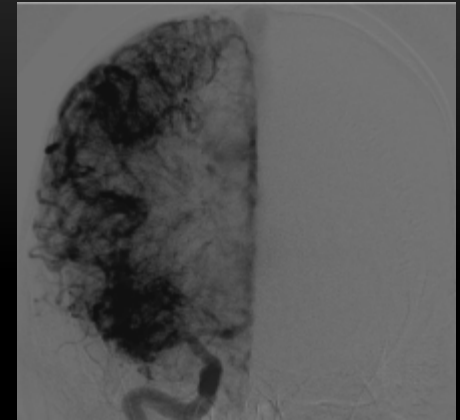
-Faible calibre des pédicules afférents et des veines de drainage

-Présence de **cerveau sain** fonctionnel au sein du "nidus".

DWI : Normale

T2* : hémorragie rare

Perfusion: \nearrow CBV et CBF, parfois \searrow TTP et MTT



Stroke

Journal of the American Heart Association



Cerebral Proliferative Angiopathy: Clinical and Angiographic Description of an Entity Different From Cerebral AVMs
Pierre L. Lasjaunias, Pierre Landrieu, Georges Rodesch, Hortensia Alvarez, Augustin Ozanne, Staffan Holmin, Wen-Yuan Zhao, Sasikhan Geibprasert, Dennis Ducreux and Timo Krings

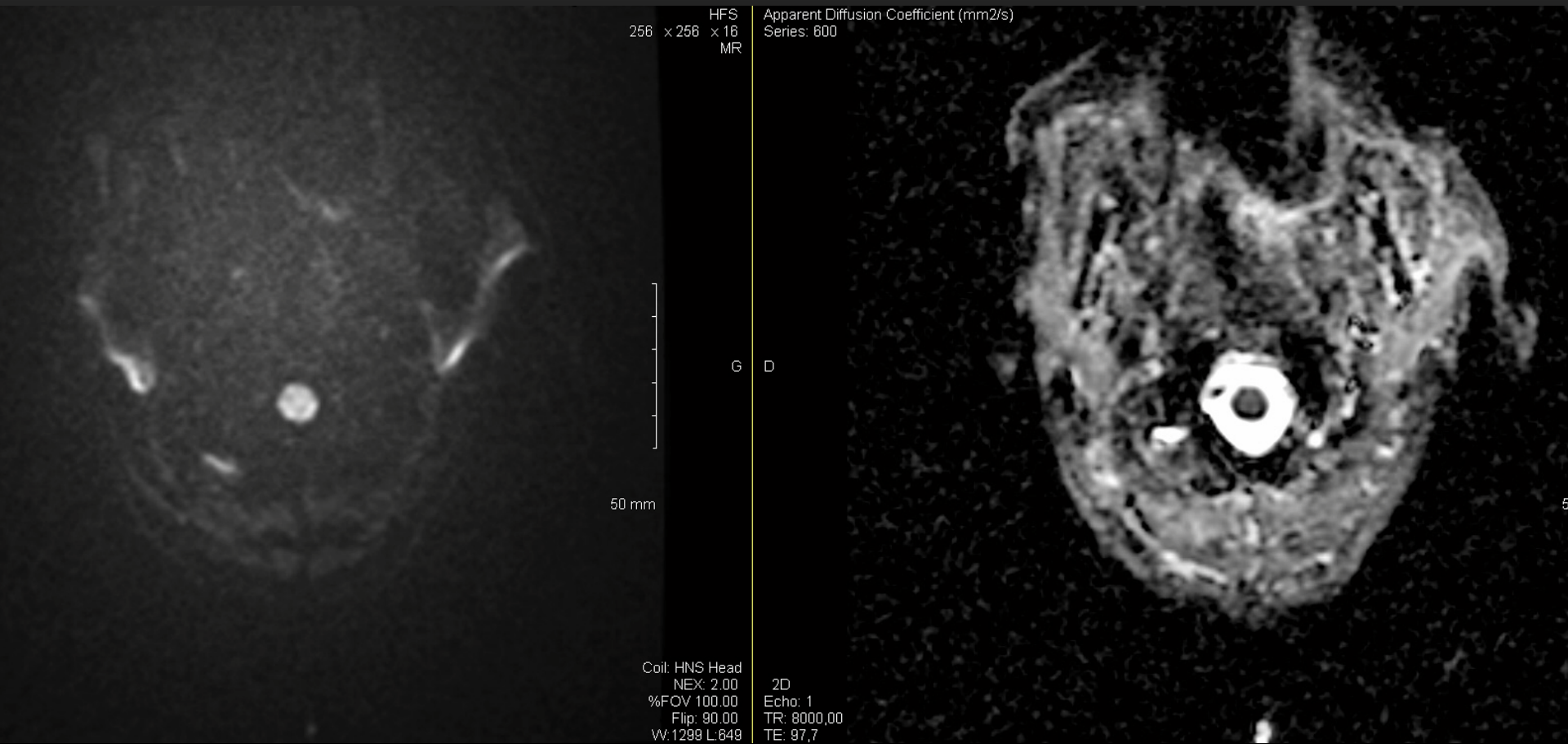
Stroke. 2008;39:878-885; originally published online January 31, 2008;

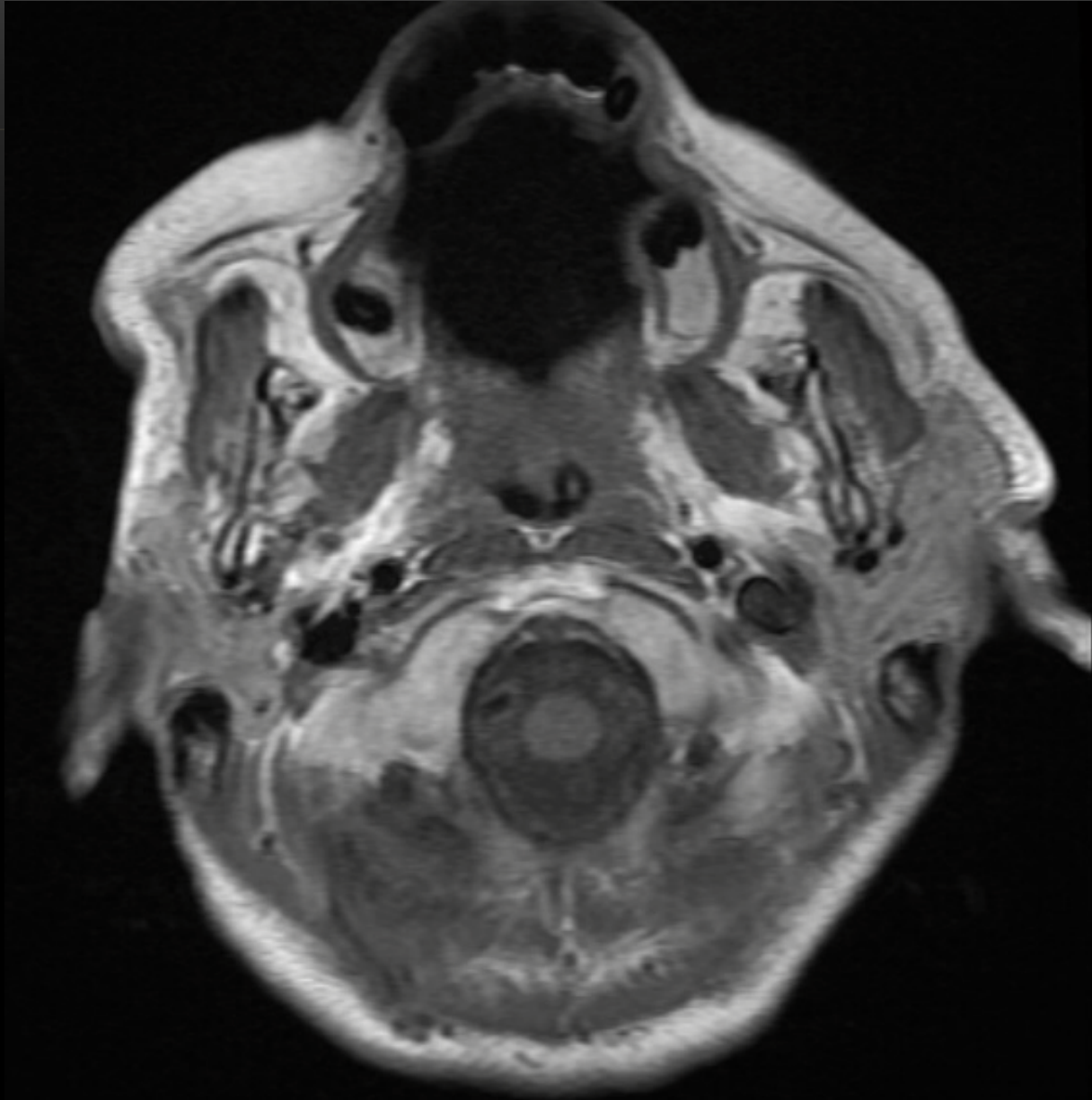
Cas clinique N°2

- **Mme Fébrile, 54 ans :**
- Syndrome confusionnel fébrile 38,2°C depuis 48h chez une patiente greffée rénale en 2009.
- EC : céphalée, confusion fluctuante avec aphasie. Pas de point d'appel infectieux, pas de syndrome méningé.
- Traitement : Immunosuppresseur Tacrolimus (Prograf®).

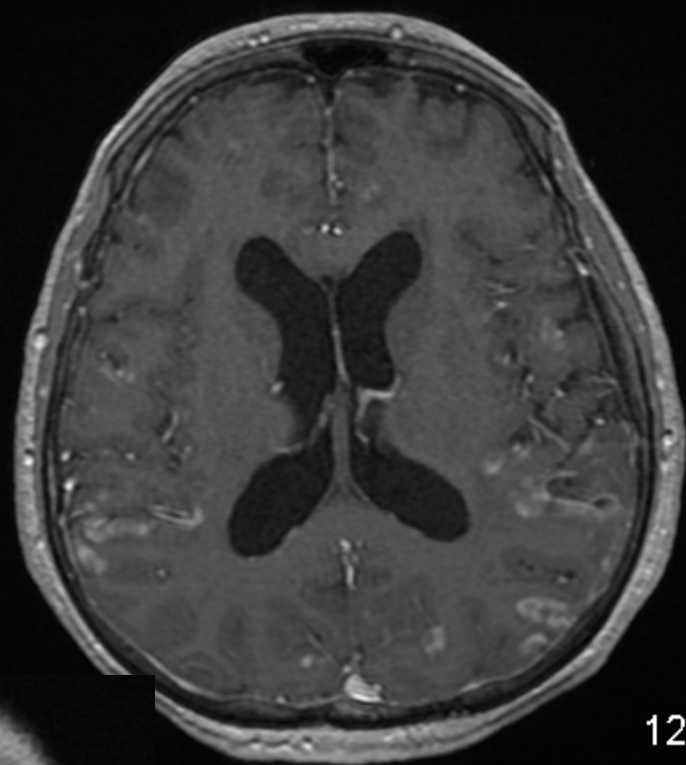
IRM diffusion

- ADC puis FLAIR

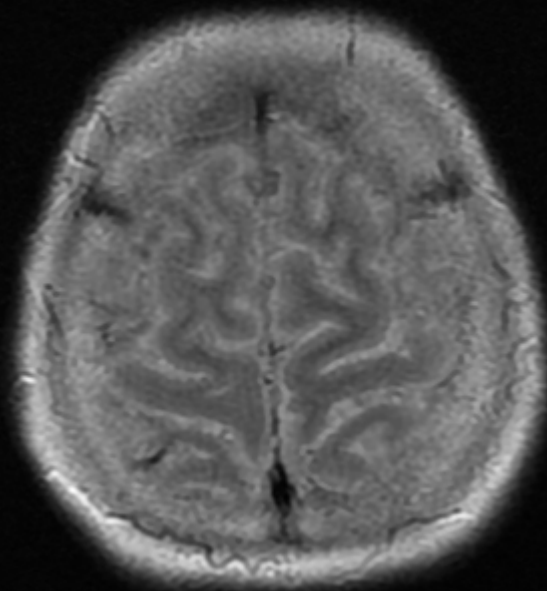




50 mm



120 mm





QCM 3



Cryptococcose cérébrale:

Généralités

Cryptococcus neoformans est le 3^{ème} agent fongique opportuniste en transplantation d'organe solide.

Cause de mortalité importante chez les patients infectés par le VIH (CD4<100/mm³).

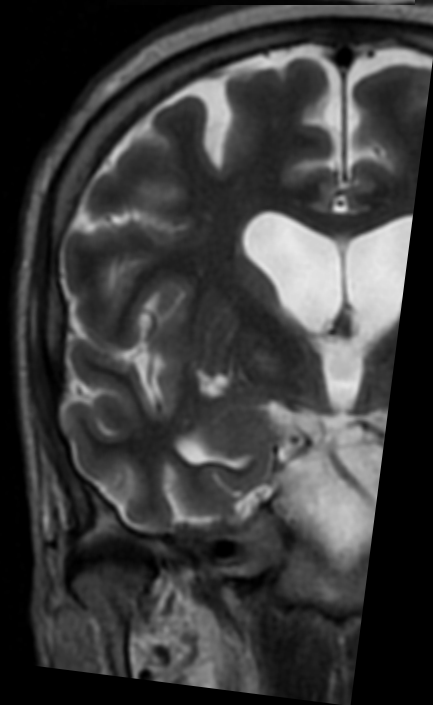
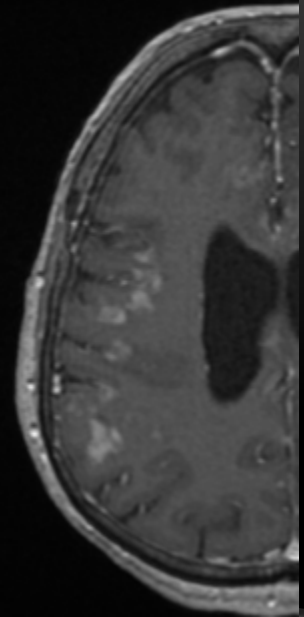
Début insidieux, céphalées fébriles, absence de sd méningé dans la moitié des cas.

Imagerie

- Atteinte avec dilatation des espaces péri-vasculaires de Virchow Robin (EVR) avec signal identique à celui du LCR.
- Rehaussement méningé associé (inconstant) : leptoméningite.
- Aspect classique mais rare de pseudo kyste gélatineux des EVR.
- Parfois Cryptococcomes autour des EVR .
- Parfois augmentation de volume rapide des plexus choroïdes (plexite).

Complications : hydrocéphalie

Diagnostic: microbiologique dans le LCR



Suite cas clinique N°2 :

- Résultats de l'analyse microbiologique :
 - On retrouve des **cryptocoques** à la ponction lombaire mais également au niveau pulmonaire et urinaire.
- Traitement : Mise en place d'un traitement antifongique et arrêt du tacrolimus.
 - Malgré le traitement antifongique, la patiente se détériore sur le plan cognitif.
- Une nouvelle IRM est réalisée et votre collègue évoque une Leuco-encéphalomyélite multifocale Progressive (LEMP).

DWI - ADC - FLAIR - 3D T1 Gd+

DIFFUSION 5mm
Series: 4

HFS DIFFUSION 5mm_ADC
Series: 5
192 x 192 x 16
MR

HFS FLAIR AXIAL
Series: 3
192 x 192 x 16
MR

HFS T1 3D MPRAGE TRA GADO
Series: 9
640 x 560 x 16
MR

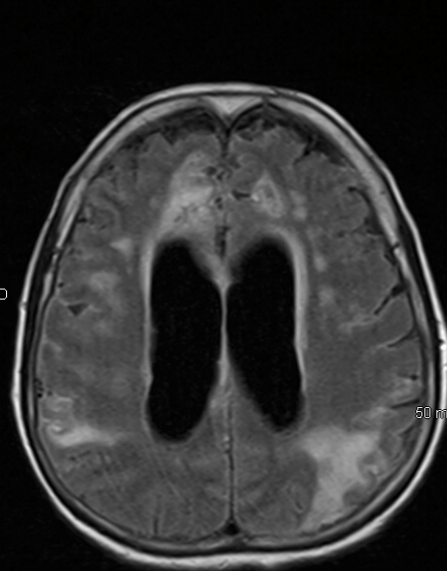
HF:
Series: 1
512 x 384 x 1
M



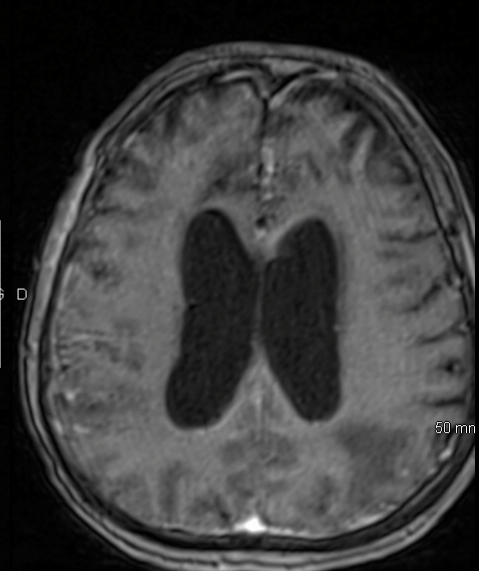
*ep b1000t 2D



NEX: 3.00 *ep b0 1000 2D



NEX: 3.00 *tir2d1r21 2D



NEX: 1.00 *fl3d1 3D

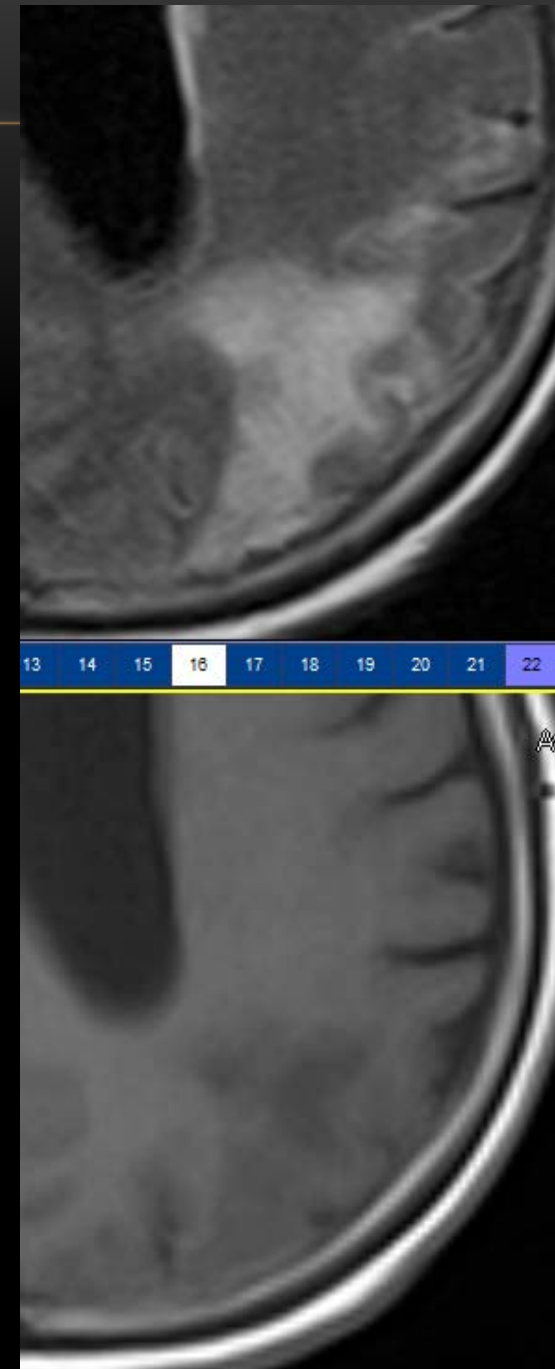
Contrast: GADOLINIUM
NEX: 1.0



QCM 4



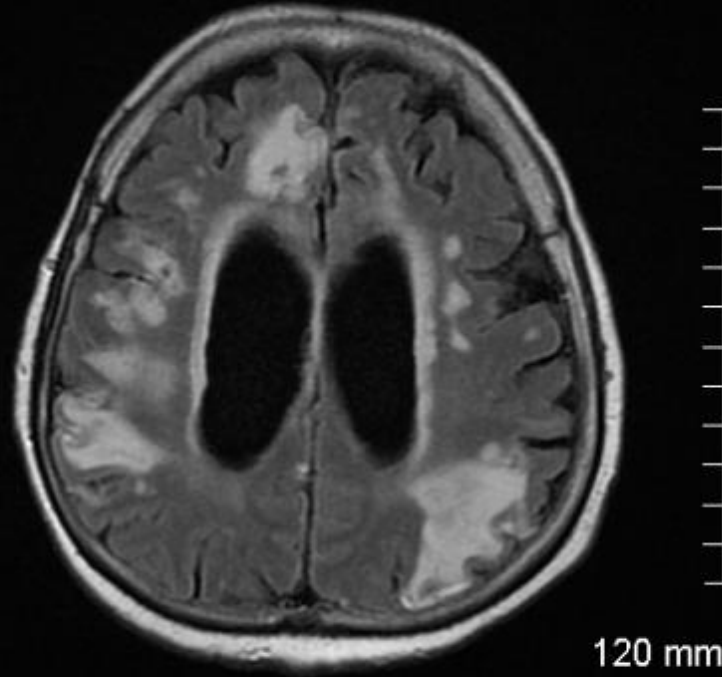
- IRM et LEMP
 - atteinte de la SB* sous corticale, bilatérale asymétrique (fibre en U) limites floues.
 - pariéto-occipitale, frontale, infra tentorielle
 - hypo T1, hyper T2/FLAIR, sans rehaussement* au PDC
 - sans effet de masse*
 - Parfois atteinte SG



Suite cas clinique N°2 :

- Malgré des séquelles neurologiques, l'état de la patiente finira par s'améliorer dès l'introduction de corticoïde et **fera évoquer un syndrome inflammatoire de restitution immunitaire (IRIS) rétrospectivement.**
- On ne retrouve pas de Virus JC dans le liquide céphalorachidien.
- Une IRM à 3 mois de traitement est réalisée :

Séquence FLAIR



Syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire (IRIS):

Généralités

Réponse pro inflammatoire tissulaire liée à une restauration rapide de l'immunité cellulaire (baisse ou arrêt immunosuppresseurs), chez un patient infecté.

Décrit mais rare chez le transplanté post cryptococcose.

Aggravation clinique et radiologique paradoxale après instauration d'un traitement.

Imagerie

- Majoration de l'hypersignal FLAIR
- Effet de masse
- Prise de contraste (rupture BHE inflammatoire)

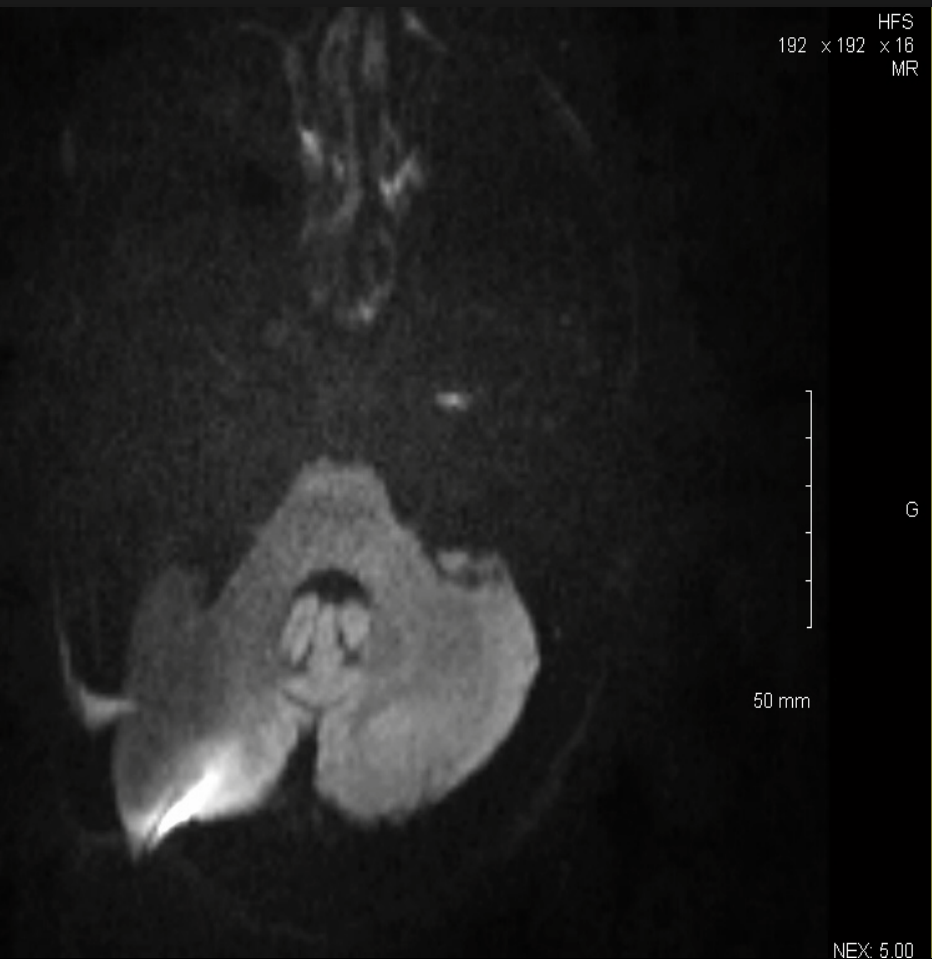


QCM 5



Cas clinique N°3

- Mme Coma 25 ans :
- Retrouvée inconsciente dans sa chambre, coma profond (CGS 3). Absence de signe de localisation.
- Crise convulsive généralisée à l'arrivée du SAMU





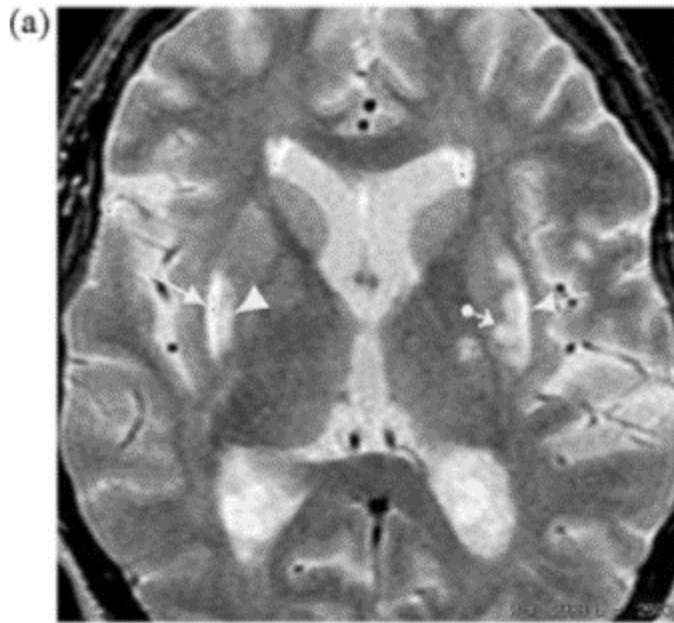
QCM 7



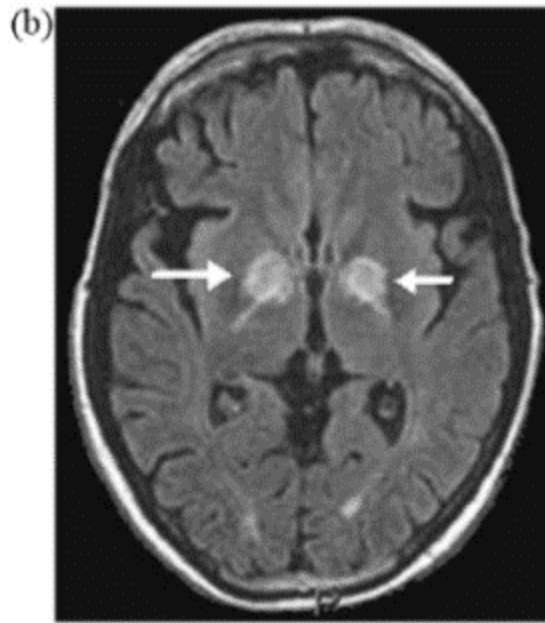


QCM 8

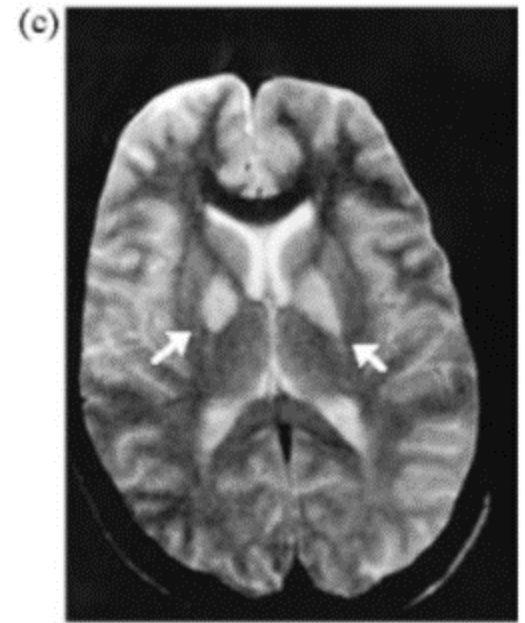




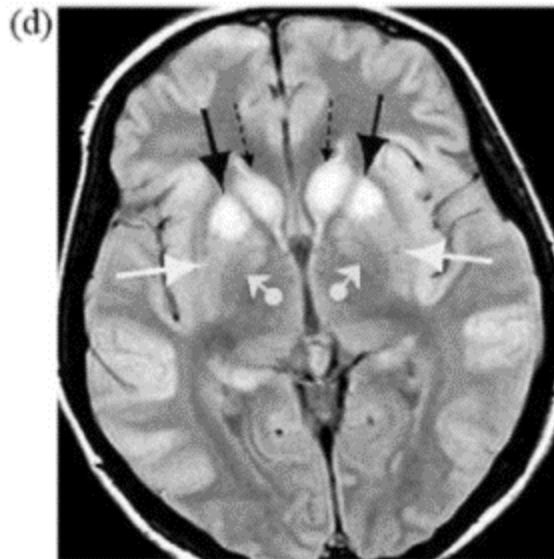
méthanol



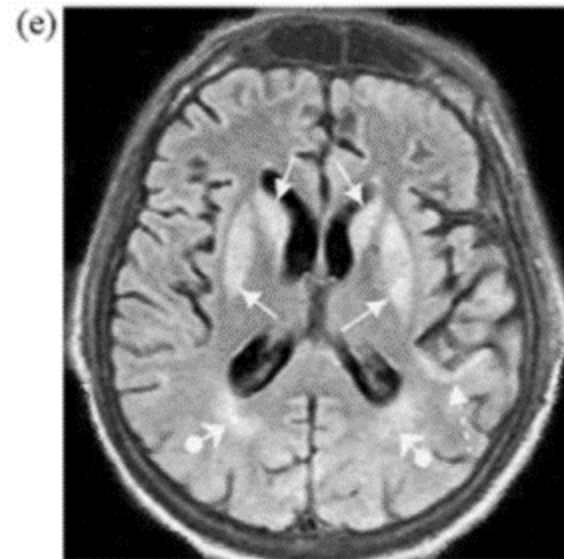
Cocaine, ecstasy



CO



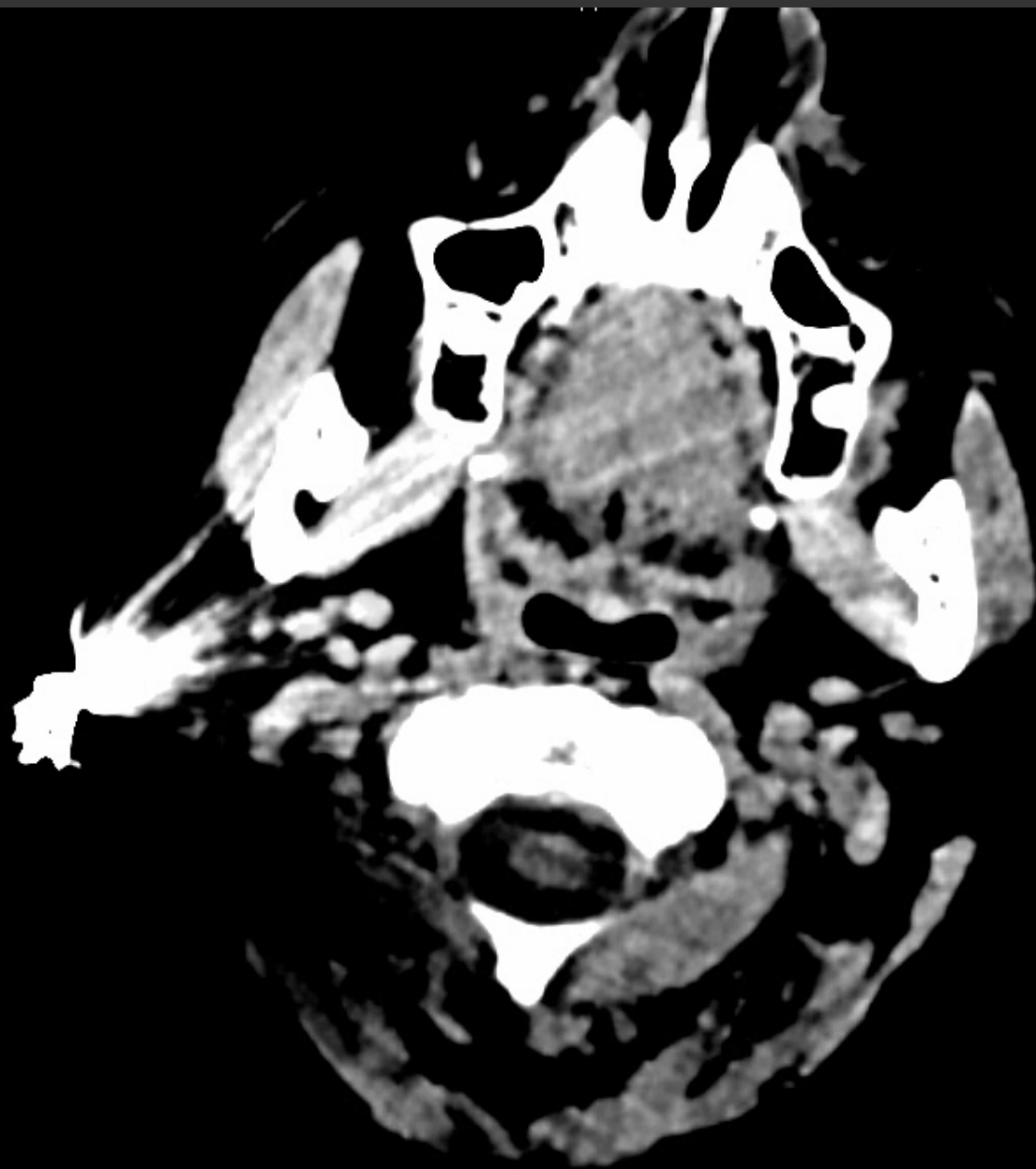
insuline

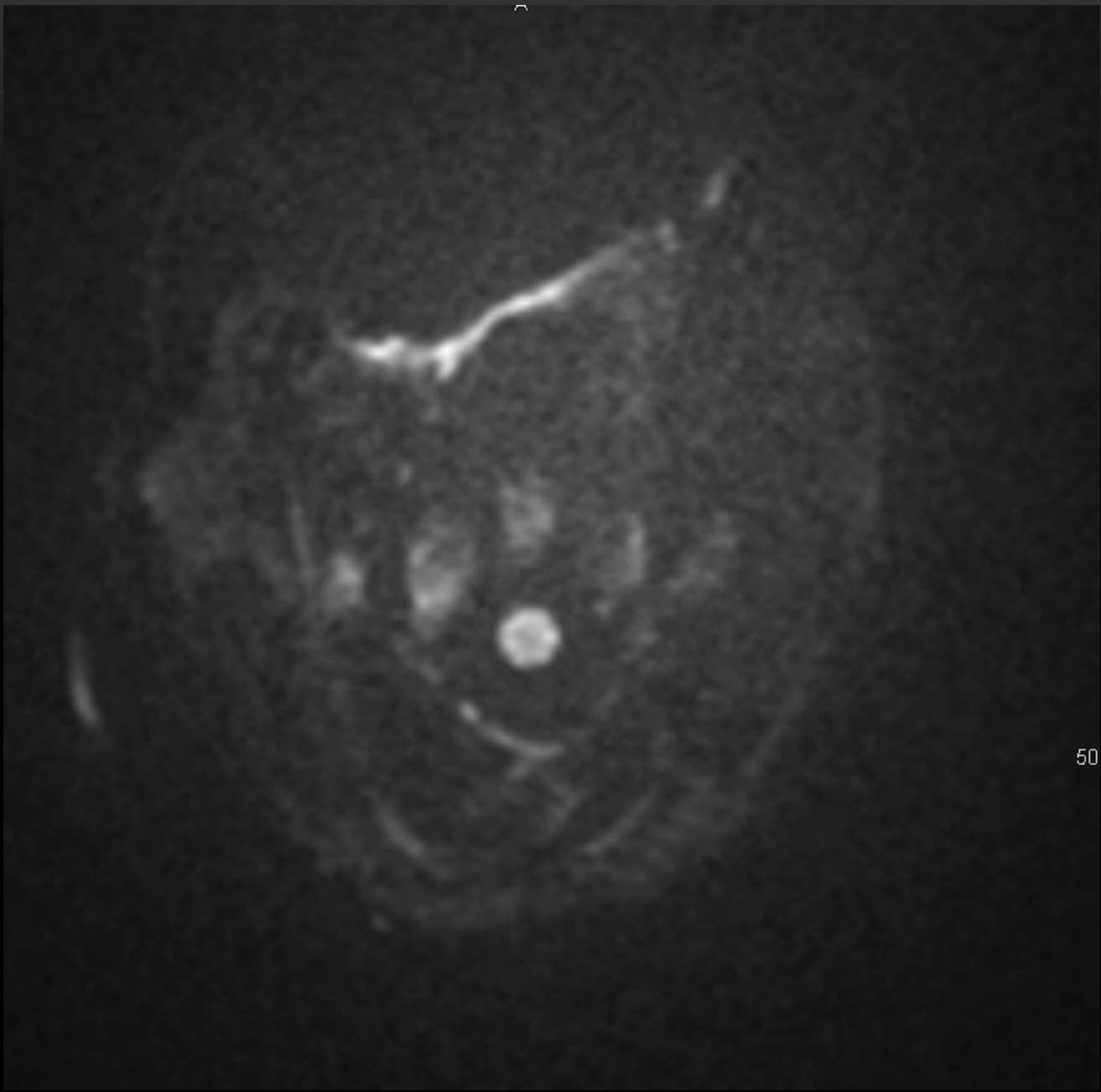


anoxo-
ischémie

Cas clinique N°4

- **Mme Cécité 57 ans :**
- Adressée aux urgences par le SAMU pour une crise convulsive à domicile, compliquée d'un coma post critique (CGS8).
- A l'examen clinique on retrouve une cécité corticale bilatérale avec hypoesthésie de l'hémicorps gauche.
- La patiente se plaignait de céphalées depuis 24h et était hospitalisée en néphrologie pour la dialyse d'une poussée de glomérulonéphrite lupique.







QCM 9





QCM 10



Remerciements