

JFR 2011 - 4306 - Neuroradiologie vasculaire : fistule, MAV et anévrisme 3e partie

Mis à jour le 12/10/2012 par SFR

Imagerie de l'anévrisme intracrânien

D ROY, F BING, T DARSAUT, F GUILBERT, J RAYMOND, A WEILL

Objectifs

Messages à retenir

L'anévrisme intracrânien est de plus en plus souvent de découverte fortuite. L'imagerie diagnostique a pour but de préciser le nombre d'anévrismes, leur morphologie, leurs rapports vasculaires. Toute céphalée inhabituelle doit faire rechercher une hémorragie sous-arachnoïdienne et donc un anévrisme intracrânien. L'imagerie du suivi doit être rigoureuse pour être comparative.

Résumé

La prévalence des anévrismes intracrâniens non rompus est de l'ordre de 2 %. En raison d'une augmentation de l'utilisation de l'imagerie diagnostique, leur découverte fortuite augmente. Le radiologue est souvent le premier médecin à devoir annoncer le diagnostic d'anévrisme et à diriger le patient vers une filière de soins adaptée en connaissant l'histoire naturelle de cette pathologie. La conduite à tenir thérapeutique devant un anévrisme non rompu nécessite une approche multidisciplinaire. L'anévrisme est la première anomalie vasculaire intracrânienne à rechercher devant une hémorragie sous-arachnoïdienne. On se méfiera des thromboses partielle ou complète de l'anévrisme rendant sa visualisation difficile. Le saignement peut être également intraparenchymateux, intraventriculaire voire sous-dural. L'anévrisme peut également être à l'origine d'un syndrome de masse (paralysie oculomotrice). Lorsqu'il est caverneux, l'anévrisme carotidien peut comprimer les nerfs crâniens ou donner une fistule caverneuse en cas de rupture. Le suivi post-traitement (par clip ou embolisation) peut se faire par IRM. Le but principal est alors de rechercher une récurrence sur la séquence temps de vol.

