

CAS CLINIQUE

STENOSE INTRA CRÂNIENNE

BOUVET NADÈGE

SERVICE MÉDECINE VASCULAIRE

PR SARLON



CAS CLINIQUE

Mme M, 70 ans

Antécédents médicaux :

- Infarctus du myocarde en 1997

Facteurs de risque cardiovasculaires :

- HTA depuis 2020
- Dyslipidémie
- Diabète de type 2

Traitements :

- Kardegic 75mg : 1 sachet par jour
- Metformine 1000 mg : 2 fois par jour
- Ramipril 5mg : 1 cpr le matin
- Bisoprolol 2,50 mg : 1 cpr le matin

CAS CLINIQUE

Histoire de la maladie :

12/2024 : hémiparésie droite avec dysarthrie. Stable dans les suites.

12/2024 : BAV, cs ophtalmo : rétinopathie hypertensive.

Consultation cardiologue : majoration du traitement antihypertenseur.

09/01/2025 : consulte aux urgences pour méléna.

Aux urgences :

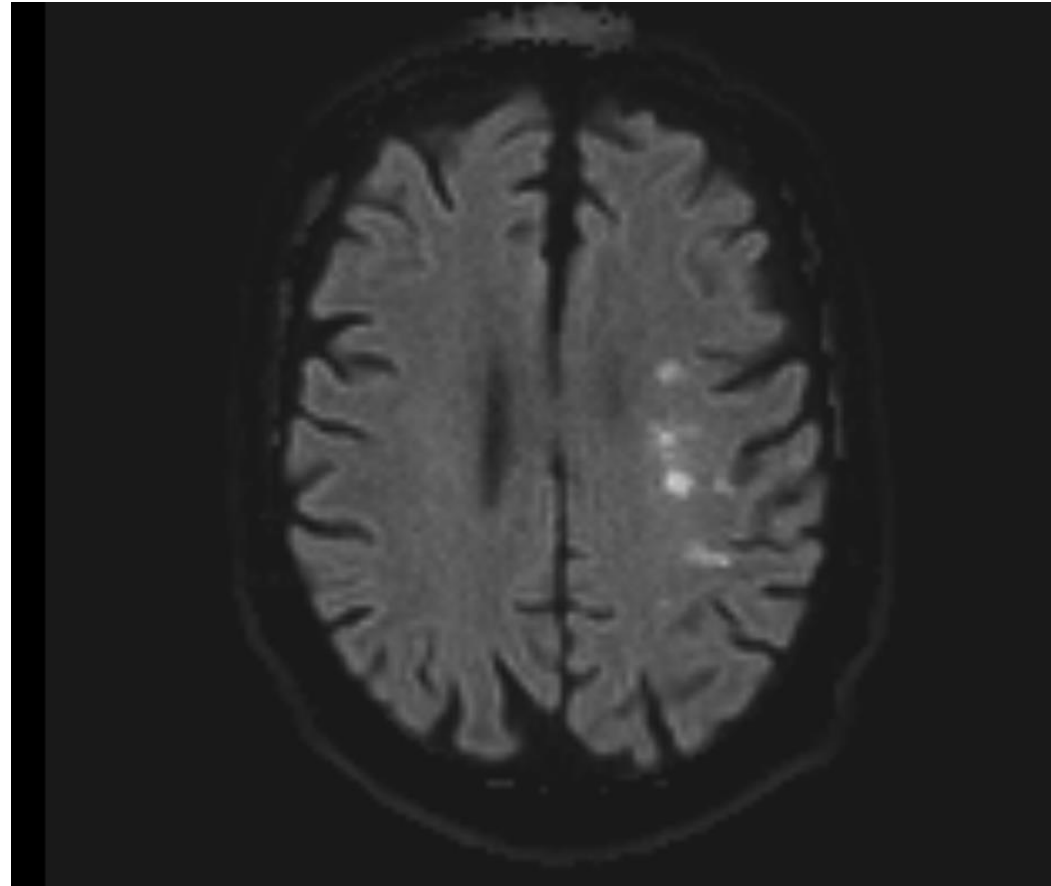
- Hémiparésie droite
- Dysarthrie

NIHSS : 5

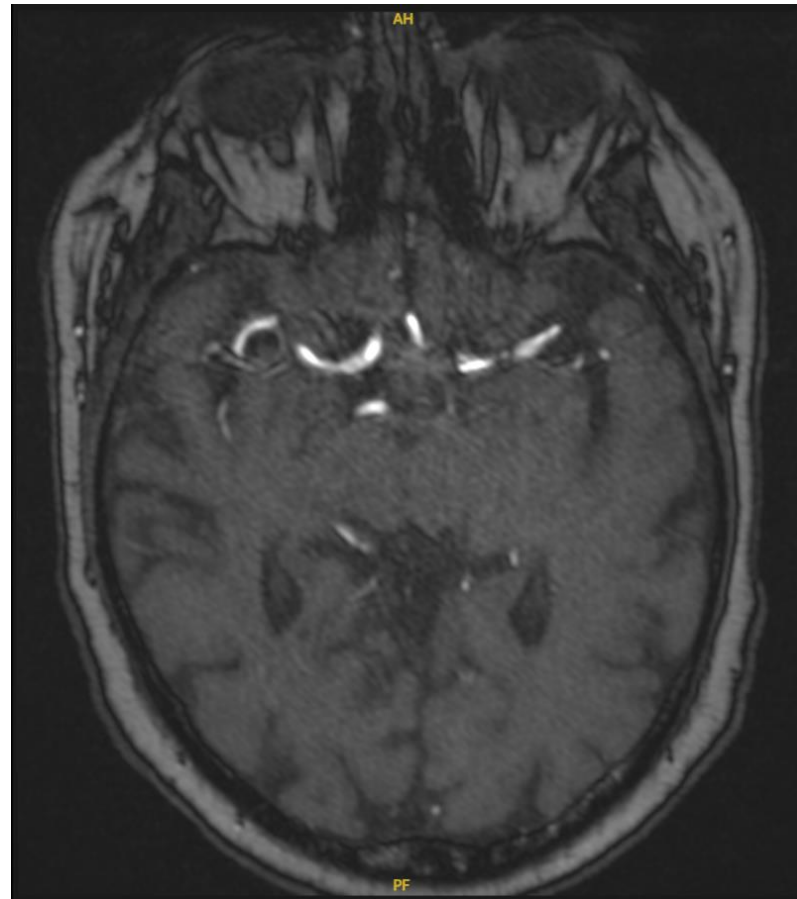
SCANNER CEREBRAL



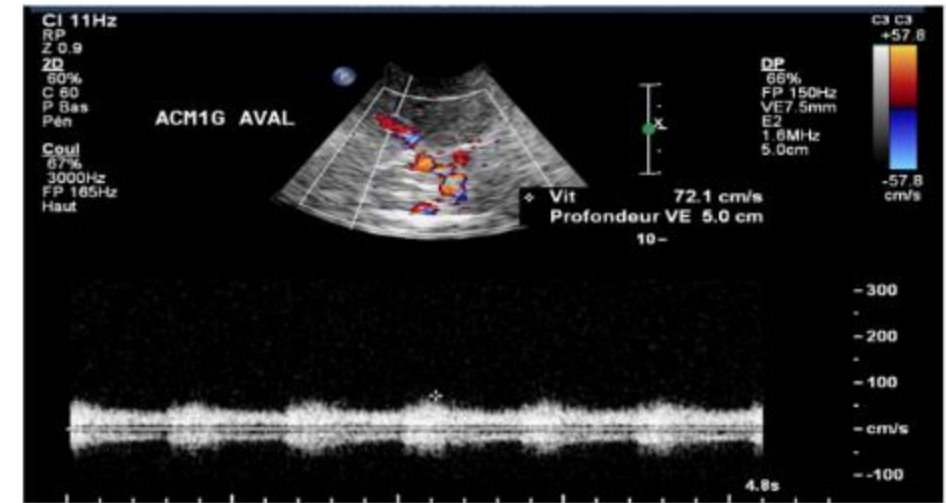
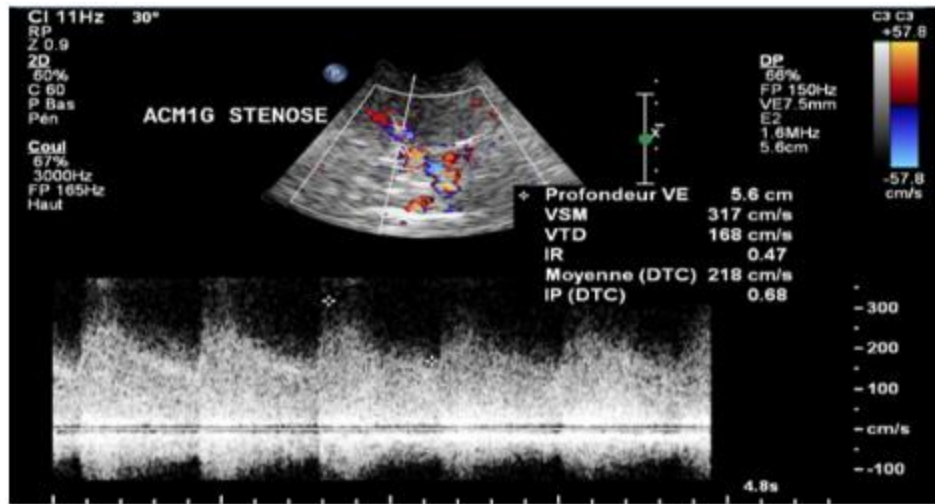
IRM cérébrale



IRM cérébrale



DOPPLER TRANS CRÂNIEN



CAS CLINIQUE

→ Hospitalisation en UNV

- Etiologie athéromateuse probable, sténose <50% CIG, sténose serrée de la sylvienne gauche, LDL : 0,86 g/dL, HbA1c : 5,6%, Introduction Atorvastatine 80mg.

→ BiAAP DUOPLAVIN trois mois

- Etiologie cardio embolique : ECG : sinusal, ETT : OG moyennement dilatée, Holter ECG en cours
- Etiologie paranéoplasique : Hb : 5,5 g/dL, méléna depuis plusieurs semaines. Transfusion de 3CGR. Scanner AP : ras. Fibroscopie OGD : gastrite pétéchiiale. Coloscopie programmée.

STENOSES INTRA CRÂNIENNES

- AIT stéréotypés et répétitifs
- AIT ou AVC d'allure hémodynamique ou postural
- Suite à l'initiation ou majoration du traitement anti hypertenseur

ETIOLOGIES

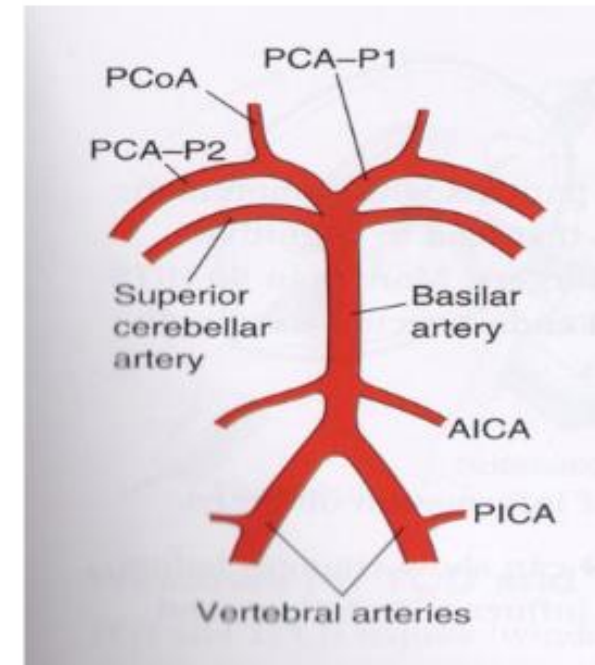
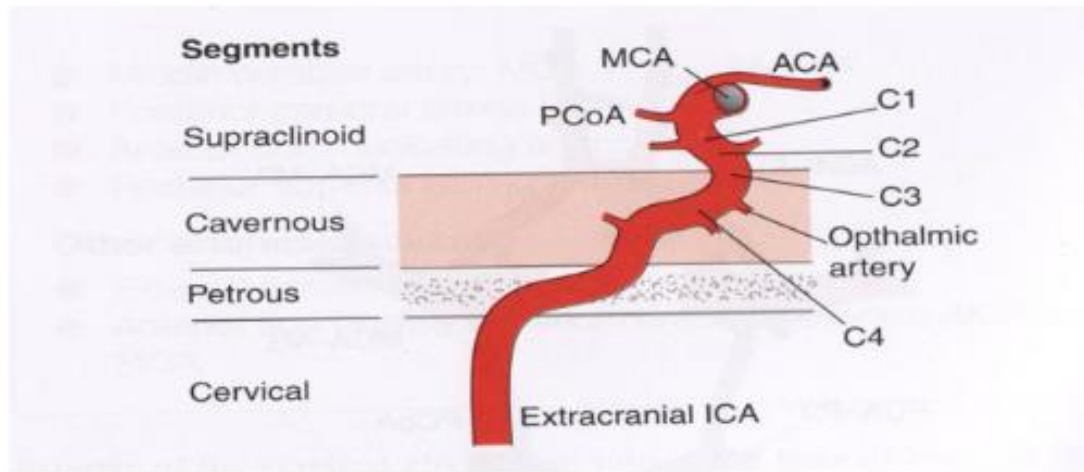
- Athérosclérose IC
- Vasospasme (HSA)
- SVCR
- Vascularites
- Méningite de la base, syphilis, VIH
- Néoplasie angiocentrique
- Embolie avec recanalisation partielle
- Moya-Moya

DIAGNOSTIC

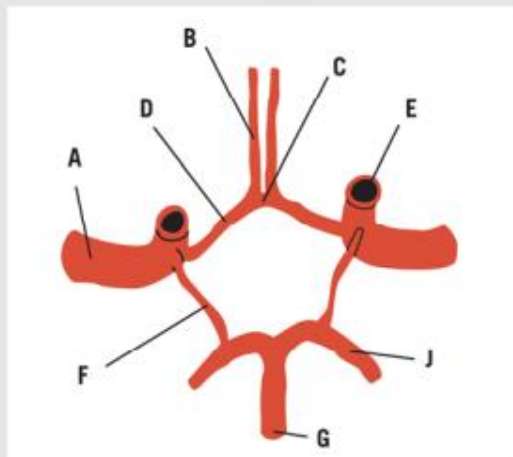
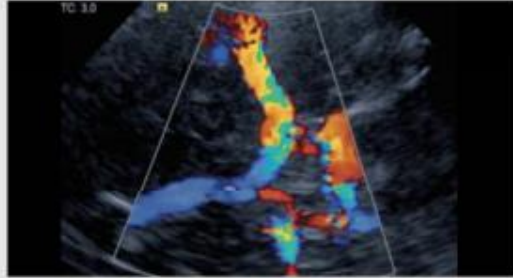
- Techniques invasives :
 - Angiographie conventionnelle
 - Echographie intravasculaire

- Techniques non invasives :
 - Doppler trans crânien
 - Angioscanner
 - Angio IRM

RAPPELS ANATOMIE

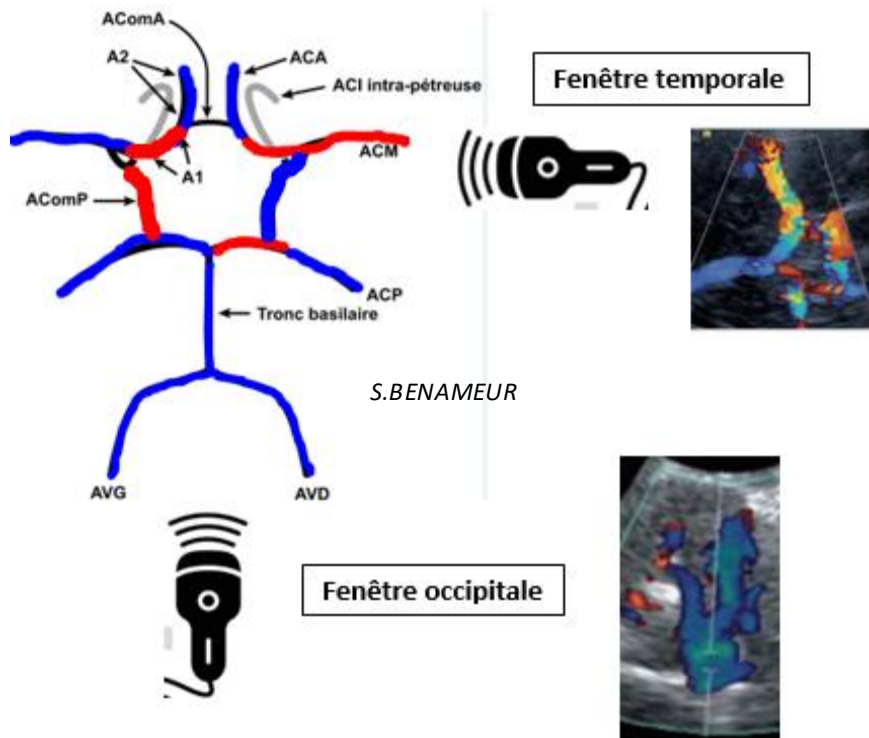


POLYGONE DE WILLIS



A : ACM (M1)
B : ACA (A2)
C : ACOA
D : ACA (A1)
E : ACI TERMINALE
F : ACOP
G : TB
J : ACP (P2)

EN PRATIQUE



- Sonde cardiaque
- PRF basses
- **Fenêtres temporale :**
 - ACM, ACP, ACA, terminaison CI, portion initiale com ant et post
- **Fenêtre occipitale :**
 - V4 et TB

EN PRATIQUE

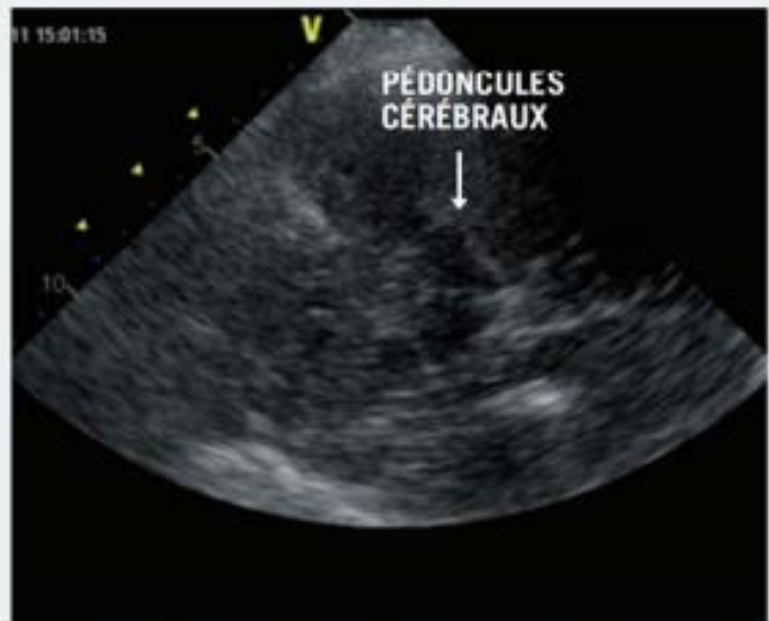
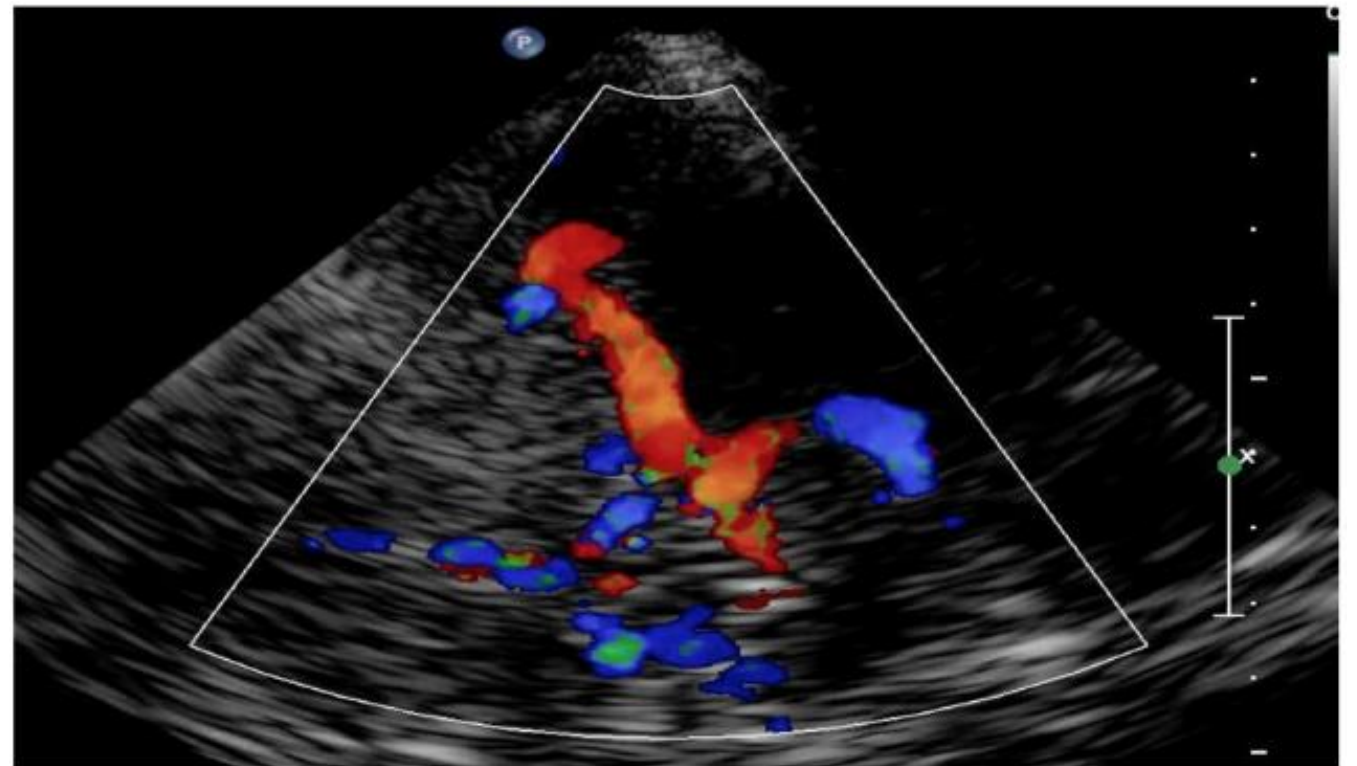


Figure 12 : Pédoncules cérébraux (échographie 2D) (M. Sprynger)

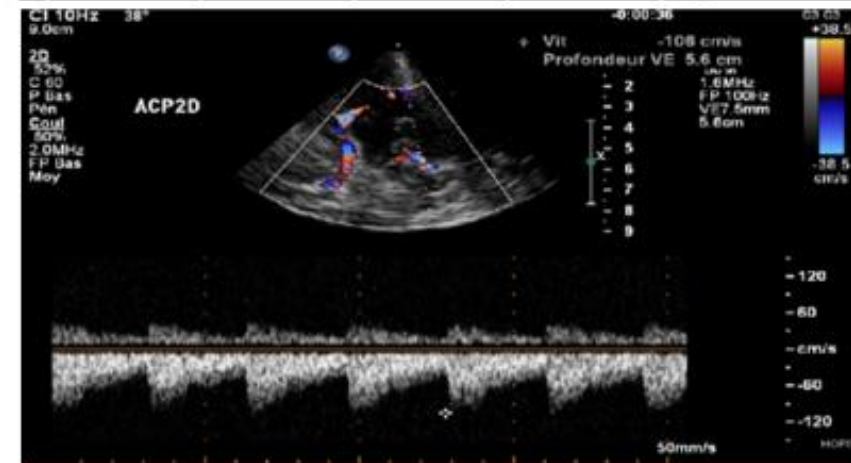
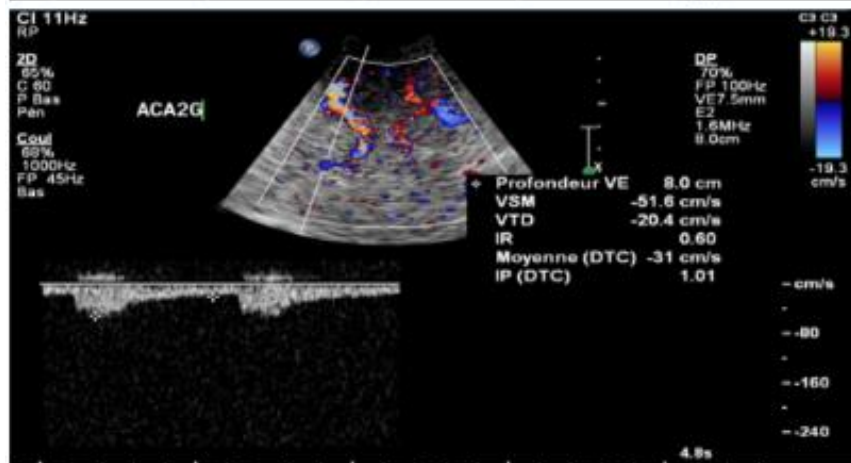
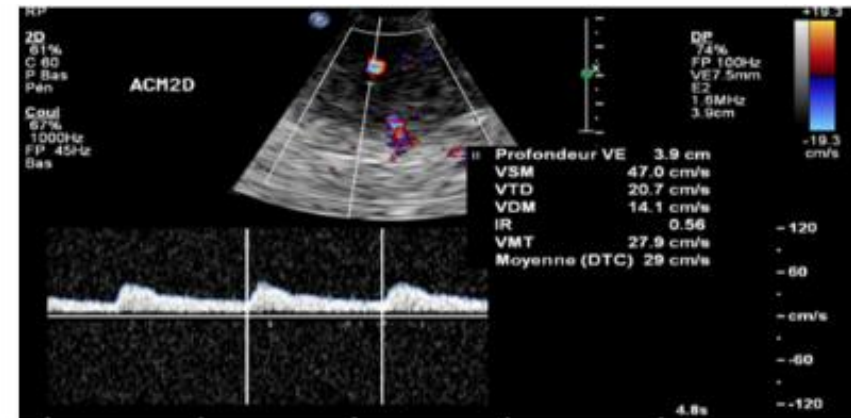
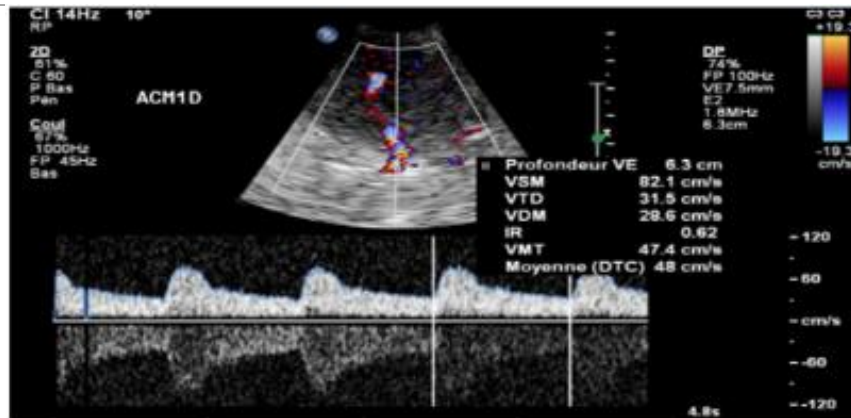


EN PRATIQUE

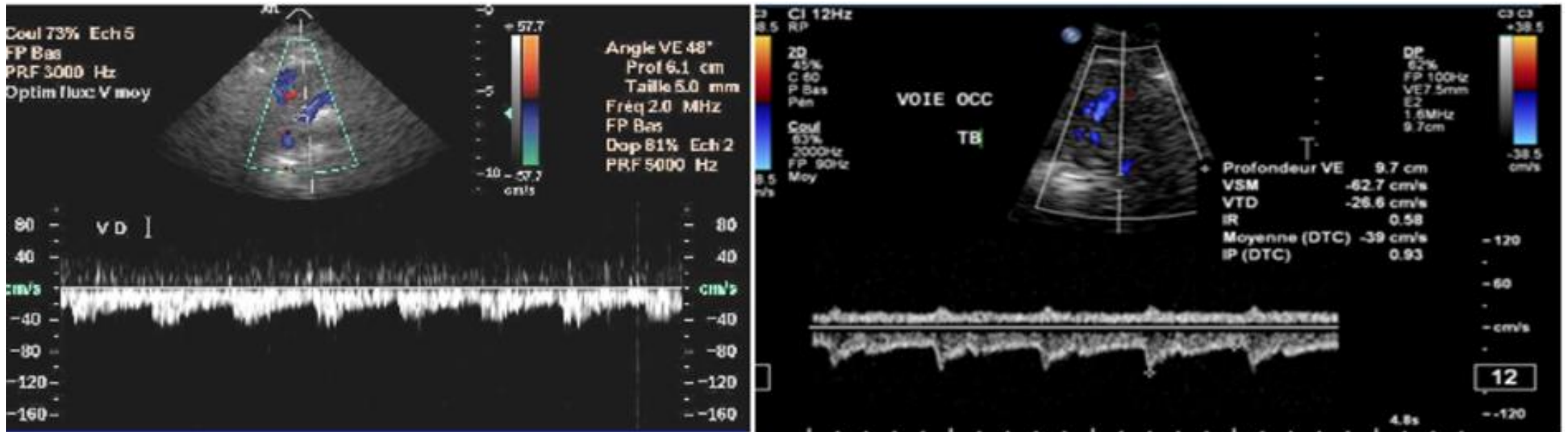
ARTERE	PROFONDEUR	moy Vmax
M2	30-45 mm	< 80 cm/s
M1	45-65 mm	< 80 cm/s
A1	60-80 mm	< 80 cm/s
A2	45-65 mm	< 80 cm/s
SC	60-80 mm	< 70 cm/s
AO	40-60 mm	variable
ACP	60-70 mm	< 60 cm/s
TB	80-120 mm	< 60 cm/s
V4	60-80 mm	< 50 cm/s

- Variation des vitesses avec l'âge
- Diminution des vitesses avec l'âge → augmentation de la pulsatilité → diminution des vitesses télédiastoliques
- Modification des vitesses par pathologies extra crâniennes (sténose CI, insuffisance cardiaque)

NON PATHOLOGIQUE



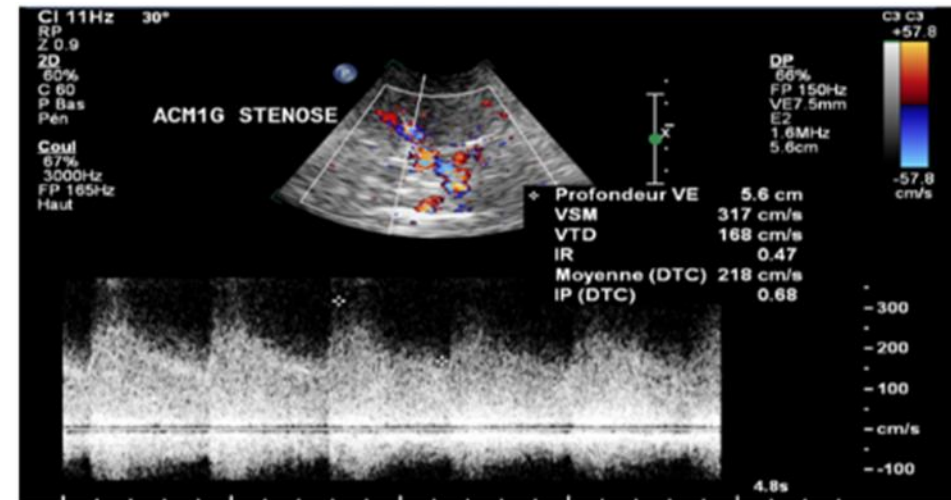
NON PATHOLOGIQUE



PATHOLOGIQUE

ARTERE	VITESSE SYSTOLIQUE MAXIMALE	
	Sténose < 5U%	Sténose ≥ 5U%
ACA	≥ 120 cm/s	≥ 155 cm/s
ACM	≥ 155 cm/s	≥ 220 cm/s
ACP	≥ 100 cm/s	≥ 145 cm/s
TB	≥ 100 cm/s	≥ 140 cm/s
AV	≥ 90 cm/s	≥ 120 cm/s

Tableau 8 : Sténose intra-crânienne - Critères de vitesse (VSM)
(d'après Baumgartner RW, Mattie HP et Schroth G)²³



PATHOLOGIQUE

