

Artères ophtalmiques issues des carotides externes

À propos d'un cas

A. Sabatier (1), P.Y. Robert (1), J.-P. Sauvage (2), J.-P. Bessede (2), J.-P. Adenis (1), R. Chapot (3)

(1) Service d'Ophtalmologie, CHU Dupuytren, Limoges.

(2) Service d'Oto-Rhino-Laryngologie, CHU Dupuytren, Limoges.

(3) Service de Neuroradiologie Interventionnelle, CHU Dupuytren, Limoges.

Correspondance : A. Sabatier, Service d'ophtalmologie, CHU Dupuytren, 2, avenue Martin Luther King, 87042 Limoges CEDEX.

E-mail : amelie.sabatier@cegetel.net

Reçu le 9 novembre 2005. Accepté le 28 juin 2006.

Ophthalmic arteries originating from external carotid arteries

A. Sabatier, P.Y. Robert, J.-P. Sauvage, J.-P. Bessede, J.-P. Adenis, R. Chapot

J. Fr. Ophtalmol., 2006; 29, e20

The ophthalmic artery arises from the internal carotid at the level of the carotid siphon; in 3.5-5% of the population, it arises from the middle meningeal artery, a branch of the internal maxillary artery, terminal of the external carotid artery. We report a rare case of bilateral malformation in a 28-year-old patient. Our study covers the possible dual origin of orbital blood vascularization. This variation in the anatomic distribution is important to know, particularly if embolization is intended as inadvertent occlusion of the ophthalmic artery, because it may lead to permanent loss of vision.

Key-words: Middle meningeal artery, ophthalmic artery, embolization, blindness.

Artères ophtalmiques issues des carotides externes. À propos d'un cas

L'artère ophtalmique naît classiquement de la carotide interne. Dans 3,5 à 5 % des cas, elle prend son origine de l'artère méningée moyenne, branche de l'artère maxillaire interne issue de la carotide externe. Nous décrivons le cas d'une variation anatomique de l'artère ophtalmique chez une patiente âgée de 28 ans, retrouvée de façon bilatérale. La possible dualité de l'origine de la vascularisation artérielle de l'orbite est présentée à travers ce cas original. Cette variation anatomique prend toute son importance lors d'embolisations pour l'approche préopératoire des tumeurs, des épistaxis rebelles. Les complications ophtalmologiques possibles sont souvent définitives.

Mots-clés : Artère méningée moyenne, artère ophtalmique, embolisation, cécité.

944



Le texte intégral de cet article est publié exclusivement sur le site www.masson.fr/revues/jfo

Consultation gratuite dans la rubrique e-jfo.
Pour citer cet article utiliser la référence suivante :
J. Fr. Ophtalmol., 2006, 29: e20

INTRODUCTION

La vascularisation artérielle de l'orbite est assurée en quasi-totalité par l'artère ophtalmique et ses branches, issue de la carotide interne, et en partie par le système carotidien externe. Des anastomoses entre ces deux systèmes, au niveau de l'angle interne de l'orbite, au niveau de l'oblique inférieur, ainsi que de la glande lacrymale et des petites artères transfixiantes zygomato-faciales et zygomato-temporales, sont retrouvées. Les variations sont extrêmement fréquentes, notamment par rapport à l'origine des branches, à leur trajet et leur calibre.

Le cas que nous rapportons nous permet de rappeler que l'artère ophtalmique ne naît pas toujours de la carotide interne, mais parfois de l'artère méningée moyenne, terminale de la carotide externe.

OBSERVATION

Au cours de la prise en charge d'un volumineux paragangliome tymano-jugulaire gauche chez une jeune femme âgée de 28 ans, ont été observés des troubles visuels, au décours de l'embolisation tumorale, réalisée avant le temps chirurgical.

La jeune femme consultait pour la prise en charge d'acouphènes, évoluant depuis deux ans, et de plus en plus invalidants, ainsi que la sensation d'une hypoacousie d'apparition plus récente. Elle ne présentait par ailleurs aucun antécédent médical ou chirurgical.

L'audiogramme montrait alors une surdité de transmission évaluée à 30-40 dB de pertes. Le scanner crano-cervical permit d'apprécier les rapports de cette tumeur jugulo-tymanique gauche, s'étendant de la caisse du tympan à la région parapharyngée gauche, avec une large ostéolyse du rocher et des berges du foramen jugulaire. Il mettait de plus en évidence un contact intime avec la partie postérieure de la carotide intra-pétreuse et la troisième portion du VII. L'IRM cervicale et l'angio-IRM réalisées permirent de préciser les rapports vasculaires de cette tumeur hypervascularisée. L'artériographie pré-embolisation montrait une hypervascularisation aux dépens des branches occipitale et pharyngienne ascendante, ainsi qu'une absence des artères ophtalmiques droite et gauche au niveau des siphons carotidiens (*fig. 1*), les artères ophtalmiques étant prises en charge par les artères méningées moyennes.

L'embolisation consista à injecter une colle biologique directement dans la tumeur, permettant l'occlusion des principaux compartiments hypervasculaires. Par la suite, une embolisation sélective des artères résiduelles afférentes à la tumeur devait être effectuée, avec injection de microparticules dans les artères occipitale et pharyngienne ascendante.



Figure 1 : Artériographie pré-embolisation : absence des artères ophtalmiques à partir du siphon carotidien gauche.

Au décours de l'embolisation, la patiente signala une amputation du champ visuel constatée par le neuro-radiologue qui suspectant alors une migration erratique de quelques microparticules dans l'artère méningée moyenne suspendit la procédure. L'exérèse de la tumeur fut réalisée le lendemain, malgré l'embolisation incomplète du fait de l'incident ophtalmologique secondaire à la variation anatomique chez cette patiente.

Une consultation ophtalmologique fut demandée en postopératoire, et réalisée une fois la patiente en état général suffisant pour participer aux différents examens. L'acuité visuelle était chiffrée à 6/10^e faibles avec une discrète inclinaison de la tête ; la lecture de près ne fut pas évaluée. Les altérations du champ visuel, réalisé le jour de la consultation, n'étaient pas systématisables à gauche (MD = -31,71 dB ; PSD = 7,09 dB), avec un seuil fovéal non chiffrable malgré la persistance semblait-il d'un îlot de vision centrale (*fig. 2*) ; ce champ visuel était par ailleurs normal à droite. Le fond d'œil ne permit pas de relever de malformation vasculaire rétinienne associée ; il existait néanmoins un hématorne profond péri-papillaire associé à un œdème péri-lésionnel d'allure ischémique. L'angiographie à la fluorescéine mit en évidence un retard au remplissage de certaines branches artérielles, pouvant évoquer l'embolisation de multiples particules sur le réseau artériel rétinien (*fig. 3*). La tension intra-oculaire était par ailleurs normale. Elle ne présentait ni diplopie ni trouble du réflexe photomoteur.

Le suivi de la patiente n'a pas permis de constater de récupération quant à son champ visuel, ou son acuité visuelle, à un et trois mois.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4025155>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4025155>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)