

REVUE ICONOGRAPHIQUE / *Neuroradiologie*

## Imagerie des lésions du sinus caverneux<sup>☆</sup>

A.M. Korchi<sup>a,\*</sup>, V. Cuvinciuc<sup>b</sup>, J. Caetano<sup>a</sup>,  
M. Becker<sup>a</sup>, K.O. Lovblad<sup>b</sup>, M.I. Vargas<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service de radiologie, université de Genève, hôpitaux universitaires de Genève, rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1211 Genève 14, Suisse

<sup>b</sup> Service de neuroradiologie, université de Genève, hôpitaux universitaires de Genève, rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1211 Genève 14, Suisse

### MOTS CLÉS

Imagerie ;  
Sinus caverneux ;  
Tumeur ;  
Inflammatoire ;  
Vasculaire

**Résumé** Cet article à but éducatif passe en revue l'anatomie normale du sinus caverneux ainsi que les aspects caractéristiques de l'imagerie des lésions du sinus caverneux. Les pathologies du sinus caverneux prennent naissance à partir des différents composants de ce dernier ou des structures adjacentes. Ces atteintes peuvent être tumorales bénignes (méniangeome, adénome pituitaire, schwannome) ou malignes (chondrosarcome, chordome, carcinome nasopharyngé, leucémie, métastase), inflammatoires/infectieuses (syndrome de Tolosa-Hunt, abcès, syndrome de Lemierre, thrombophlébite), vasculaires (hémangiome, fistule carotido-caverneuse, anévrisme, malformation artérioveineuse) et congénitales (kyste épidermoïde, kyste dermoïde, dépôts graisseux). L'analyse précise des lésions et des structures adjacentes est primordiale pour le diagnostic.

© 2013 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### Abréviations

SC	sinus caverneux
RM	résonance magnétique
ACI	artère carotide interne
IP	image pondérée
TDM	tomodensitométrie
FCC	fistule carotido-caverneuse
TOF 3D	temps de vol tridimensionnel
VJI	veine jugulaire interne
STH	syndrome de Tolosa-Hunt
FLAIR	fluid attenuation inversion recovery
PDC	produit de contraste

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.diii.2013.04.013>.

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Diagnostic and Interventional Imaging*, en utilisant le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : mohamed.a.korchi@hcuge.ch, amine.korchi@gmail.com (A.M. Korchi).

2211-5706/\$ – see front matter © 2013 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jradio.2012.11.017>

## Introduction

Les SC sont des plexus veineux situés de part et d'autre de la selle turcique, avec un contenu vasculo-nerveux. Ils peuvent être la localisation d'un grand nombre de processus pathologiques. Nous allons examiner l'aspect anatomique normal du SC et présenter certaines de ses pathologies ainsi que leurs aspects caractéristiques en imagerie (Tableau 1).

## Aspect anatomique normal

Les SC sont des plexus veineux compartimentés par des septa, entourés d'un feuillet dure-mérien et siégeant de

part et d'autre de la selle turcique (Fig. 1). Les deux SC sont reliés par un plexus veineux dénommé sinus coronaire. L'ACI chemine à travers le SC entourée de son plexus sympathique périartériel. Le nerf abducens (VI) traverse le SC en passant latéralement à l'ACI. Dans la paroi latérale dure-mérienne sont inclus, de haut en bas, le nerf oculomoteur (III), le nerf trochléaire (IV) et les deux premières divisions du nerf trijumeau (V). La troisième division du nerf crânien V sort du crâne par le foramen ovale sans traverser le SC [1]. La face médiale du CS constitue la limite latérale de la selle turcique ; sa nature, controversée, pourrait être fibreuse ou dure-mérienne [2]. L'IRM ne permet pas de visualiser directement la face médiale du SC [2].

**Tableau 1** Principaux aspects en imagerie des lésions fréquentes et rares des sinus caverneux.

Diagnostic	Principaux aspects en imagerie
Adénome pituitaire	Origine intrasellaire Rehaussement inférieur à celui de la glande pituitaire normale Déplace l'ACI sans sténose
Méningiome	Origine durale Constriction de l'ACI
Schwannome	Suit le trajet du nerf d'origine Provient généralement des nerfs crâniens III ou V Forme en sablier
Chondrosarcome	Origine : synchondrose pétro-clivale Intensité de signal élevée en pondération T2
Chordome	Origine : vestiges notochordaux, de localisation clivale médiane Destruction osseuse (bien visible en TDM)
Leucémie/lymphome	Faible intensité de signal en T2 Diffusion restreinte
Carcinome du nasopharynx	Origine nasopharyngée
Tumeur fibreuse solitaire	Aspect hétérogène en pondération T2 avec zones de signal mixte ; élevé et faible
Anévrisme	Origine : ACI intracaverneuse Dilatation artérielle visible sur la séquence TOF artérielle Signal hétérogène en pondération T2 ; éventuellement aspect feuilleté
Fistule carotido-caverneuse	Hyperintensité anormale du SC sur la séquence TOF artérielle Veine ophtalmique supérieure dilatée Types direct et indirect
Hémangiome	Hypersignal en T2 Rehaussement progressif et centripète
Thrombose	Défect de réhaussement non graisseux du sinus caverneux
Syndrome de Tolosa-Hunt	Atteinte de l'apex orbitaire Évolution favorable sous corticostéroïdes
Kyste épidermoïde	Intensité de signal élevée et hétérogène en pondération T2 en haute résolution. Hyperintensité en diffusion
Kyste dermoïde	Origine : espace interdural Contenu graisseux avec intensité de signal élevée en pondération T1

ACI : artère carotide interne ; TDM : tomodensitométrie ; SC : sinus caverneux.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5663375>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5663375>

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