



Fait clinique

Diagnostic anténatal et prise en charge d'un anévrisme de la veine de Galien

Revue de la littérature illustrée par une observation personnelle

G. Beucher*, C. Fossey*, F. Belloy**, B. Richter**, M. Herlicoviez*, M. Dreyfus*

* Service de Gynécologie Obstétrique et Médecine de la Reproduction.

** Service de Radiologie Générale, CHU de Caen, avenue Clémenceau, 14033 Caen Cedex.

RÉSUMÉ

L'anévrisme de la veine de Galien est une malformation vasculaire congénitale, rare et complexe. Nous rapportons un cas diagnostiqué au terme de 26 semaines d'aménorrhée par échographie Doppler. L'imagerie par résonance magnétique a été utilisée en ante et en post-natal afin d'affiner les pronostics vital et neurologique. Ces derniers restent sombres lorsque des signes d'insuffisance cardiaque ou des lésions cérébrales sont diagnostiqués *in utero*. Une naissance prématurée ne peut qu'aggraver le pronostic. En cas de stabilité hémodynamique et d'anomalie isolée, le traitement par embolisation sera idéalement différé à 5 mois de vie.

Mots-clés : Anévrisme de la veine de Galien • Diagnostic anténatal • Pronostic néonatal.

SUMMARY: Antenatal diagnosis and management of vein of Galen aneurysm: review illustrated by a case report.

Vein of Galen aneurysm is a rare vascular congenital malformation. We report an antenatal diagnosis with duplex Doppler at 26 weeks gestation. Magnetic resonance imaging was used before and after delivery in order to determine neurological prognosis. The neonatal prognosis is poor if fetal cardiac insufficiency or cerebral lesions are present antenatally. Premature delivery does not improve the neonatal outcome. When the aneurysm is not life threatening, embolization of the malformation is at best delayed five months after birth.

Key words: Vein of Galen aneurysm • Antenatal diagnosis • Neonatal prognosis.

L'anévrisme de la veine de Galien est une malformation artério-veineuse intracrânienne rare, complexe, associant une dilatation pseudo-anévrysmale de l'ampoule de Galien à une ou plusieurs fistules artério-veineuses [1]. Le pronostic est souvent mauvais, avec une mortalité postnatale de 50 % et un risque élevé de séquelles neurologiques [2-5]. Illustré par un cas de diagnostic anténatal, ce travail a pour objectif de faire le point sur les nouvelles techniques d'imagerie permettant d'évaluer le pronostic néonatal.

■ OBSERVATION

Une primigeste de 18 ans était adressée au centre de diagnostic prénatal au terme de 26 semaines d'aménorrhée (SA) pour suspicion d'anévrisme de la veine de Galien. L'échographie de 21 SA n'avait pas constaté d'anomalie morphologique mais l'analyse cérébrale était incomplète. L'échographie complémentaire réalisée à 25 SA mettait en

évidence une image cérébrale anéchogène, médiane, non mesurée, vascularisée au Doppler couleur. L'échographie de référence confirmait la présence d'une structure anéchogène, inter-hémisphérique, en arrière du 3^e ventricule, présentant des flux vasculaires au Doppler couleur (fig. 1). Il n'existait pas d'autre anomalie cérébrale. Le reste de l'échographie était sans particularité. Le diagnostic d'anévrisme de la veine de Galien était retenu. Aucun prélèvement ovulaire n'a été effectué. Les parents étaient informés du pronostic et des différentes possibilités thérapeutiques selon l'état néonatal.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) a été réalisée à 32 SA avec des séquences sagittale, coronale et axiale pondérées en T2 SS FSE et des séquences axiales T1 en écho de gradient. Les séquences T2 montraient un vide de signal au niveau de la lésion, avec un sac anévrysmal mesuré à 2 cm de diamètre (fig. 2 et 3). La dilatation veineuse se poursuivait en arrière par une dilatation du sinus falcoriel. Il existait une dilatation des artères afférentes (cérébrales antérieures et péricalleuses). En T1, il n'existait pas de dilatation ventriculaire ou d'anomalie du parenchyme cérébral. La gyration était en accord avec le terme. Cet examen a permis d'apporter des arguments pronostiques en fonction de la

Tirés à part : G. Beucher, à l'adresse ci-dessus.

Reçu le 3 décembre 2004. Avis du Comité de Lecture le 25 janvier 2005. Définitivement accepté le 23 février 2005.



Figure 1 Échographie Doppler couleur au terme de 26 SA. Coupe axiale : image vasculaire en forme de « raquette » de l'anévrysme de la veine de Galien, avec la veine de drainage en arrière.
Color flow Doppler at 26 weeks, axial plane : vascular image of galenic aneurysm in the shape of a « racket » or « keyhole », with venous drainage posteriorly.

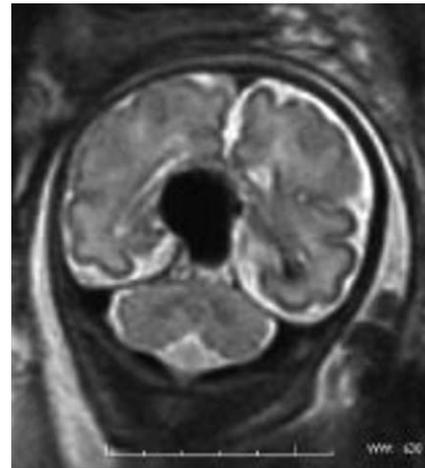


Figure 2 IRM fœtale au terme de 32 SA, séquence coronale T2 : sac anévrysmal en position inter-hémisphérique, gyration en accord avec l'âge gestationnel, parenchyme cérébral d'aspect normal et absence de dilatation ventriculaire.
Fetal MRI at 32 weeks, coronal plane SSFSE T2W : interhemispheric large vein of Galen, gyration in keeping with the term of pregnancy, normal cerebral parenchyma and no hydrocephalus.

taille, du drainage et du retentissement cérébral de cet anévrysme. L'échographie de 36 SA montrait une augmentation minimale du volume de la lésion et l'absence de signes de défaillance cardiaque.

L'accouchement a eu lieu au terme de 38 SA assisté par forceps pour insuffisance des efforts expulsifs. Le forceps a été préféré à la ventouse, habituellement utilisés dans le service, en raison de la pathologie cérébrale fœtale. Le nouveau-né de sexe masculin pesait 3 010 g, avait un périmètre crânien de 33 cm, un score d'Apgar de 10 à 1 et 5 minutes et un pH au cordon à 7,23. Il présentait dès la naissance un battement isolé des ailes du nez et l'auscultation transfontanelle percevait un souffle continu. L'enfant a été transféré en réanimation néonatale à 1 heure de vie. À l'admission, il existait une polypnée et une diminution de la saturation en oxygène lors de la prise du biberon. L'auscultation cardiaque retrouvait un souffle systolique. Le bilan sanguin initial était normal. L'échographie cardiaque montrait des signes francs d'insuffisance cardiaque droite. Le traitement a nécessité des diurétiques, une alimentation par gavage et une oxygénothérapie intermittente.

Au 1^{er} jour de vie, l'échographie transfontanelle confirmait la présence d'une volumineuse structure anévrysmale de l'ampoule de Galien, se traduisant par une image anéchogène arrondie de 3 cm de diamètre, médiane, refoulant en avant le 3^e ventricule, vasculaire au Doppler énergie, avec un flux bidirectionnel au Doppler pulsé (fig. 4). Il n'existait pas de dilatation ventriculaire et le parenchyme cérébral apparaissait homogène sans signe ischémo-hémorragique. L'examen Doppler mettait en évidence plusieurs artères afférentes de gros calibre (cérébrales antérieures et péricalleuses) dont l'index de résistance était franchement diminué. L'IRM confirmait l'absence de lésion parenchymateuse et précisait l'anatomie du réseau artériel afférent et celui du drainage veineux (fig. 5). L'électro-encéphalogramme était normal. Après avis

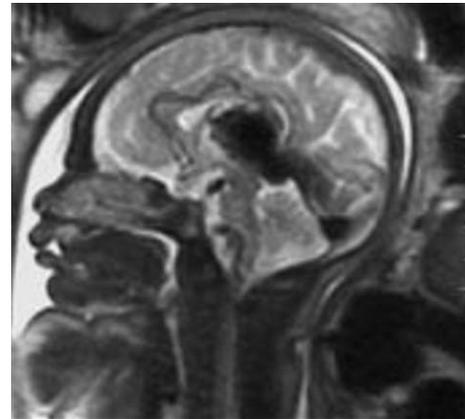


Figure 3 IRM fœtale au terme de 32 SA, séquence sagittale T2 : sac anévrysmal, afférences artérielles péricalleuses et veine de drainage en arrière.
Fetal MRI at 32 weeks, sagittal plane T2W : galenic aneurysm, arterial feeders and venous drainage.

spécialisé, le geste endovasculaire n'était prévu que vers l'âge de 5 mois en cas de stabilité de la fonction cardiaque.

Pendant la première semaine, l'état cardiorespiratoire de l'enfant est resté stable. L'échographie cardiaque montrait toujours une dilatation franche des cavités droites et une hypertension artérielle pulmonaire. Au 15^e jour, l'état clinique s'est brutalement dégradé avec majoration de l'insuffisance cardiaque droite et de l'hypertension artérielle pulmonaire. La défaillance cardiaque droite n'était plus contrôlée par le traitement médical. Le décès est survenu peu avant le transfert dans le service de neuroradiologie interventionnelle.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9240162>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9240162>

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