



INTERET DE L'IMAGERIE DANS LES URGENCES NEUROLOGIQUES DU PERI PARTUM

Messaoud A, El Mhabrech H, Zrig A, Barhoumi M, Ben Salem A, Kraiem A, Brahem R, Grati L, Hafsa Ch

Service d'imagerie Médicale B, Centre de maternité et de Néonatalogie de Monastir, CHU Fattouma Bourguiba Monastir-Tunisie

INTRODUCTION: Les urgences neurologiques peuvent être résumées en trois situations : troubles de la conscience et coma, convulsions, et paralysie. La survenue de ces manifestations neurologiques au cours de la grossesse est une éventualité peu fréquente. En effet, elles relèvent de causes relativement rares, soit liées à la grossesse et le post-partum, soit indépendantes de celle-ci :

- Spécifiques aux processus physiologiques de la gestation (l'éclampsie, l'angiopathie cérébrale aiguë réversible du post-partum, syndrome de Sheehan...)

- Non spécifiques, mais se produisant plus souvent au cours de la grossesse (l'infarctus cérébral, thrombose veineuse cérébrale, encéphalopathie postérieure réversible...)

- Les effets stimulants de la grossesse sur certaines tumeurs comme, les prolactinomes, méningiomes, hemangioblastomas, schwannomes vestibulaires et certaines métastases (sein, choriocarcinome...).

Elles peuvent être responsable de conséquences dévastatrices pour la mère et l'enfant, d'où la nécessité pour les radiologues qu'ils soient familiariser avec cette imagerie afin d'aider à porter le diagnostic le précocement possible, et cela d'autant plus qu'il s'agit de patientes jeune, pouvant récupérer complètement après traitement efficace.

OBJECTIFS:

- > Connaître les principales urgences neurologiques rencontrées durant la grossesse et le post-partum immédiat ,
- > Déterminer le rôle de l'imagerie dans le diagnostic positif des ces pathologies,
- > Illustrer les aspects radiologiques de ces différentes pathologies neurologiques ,
- > Préciser le protocole d'imagerie à pratiquer devant un tableau neurologique aiguë chez la femme enceinte et allaitante

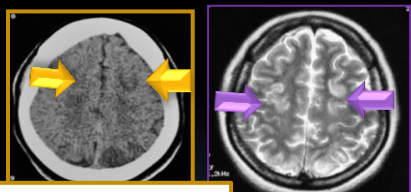


Fig 3: PRES:
TDM cérébrale sans injection de PDC (a, b): Plages d'hypodensité pariétales bilatérales

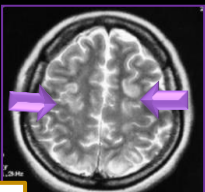


Fig 4: PRES: IRM
cérébrale : anomalies de signal en hyper signal T2 et Flair , de siège pariéto-occipital bilatéral avec une augmentation de l'ADC.

*Encéphalopathie postérieure réversible

Le syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible: SEPR ou posterior reversible encephalopathy syndrome, PRES.

La TDM est moins sensible que l'IRM . Elle visualise des hypodensités bilatérales, asymétriques , plutôt sous-corticales, souvent en occipital et parfois en fronto-pariétal. Elle est normale dans 40 % des cas.

L'IRM est l'examen de choix, montrant des zones d'hyposignal T1, en hyper signal T2 et Flair. Ces anomalies de signal intéressent essentiellement la substance blanche mais peuvent aussi s'étendre à la substance grise .Les lésions sont souvent bilatérales et siègent en occipital, et/ou fronto-pariétal .L'IRM de diffusion et l'ADC ont un intérêt diagnostique et pronostic . Ils permettent de distinguer entre l'œdème vasogénique réversible de l'EPR et l'œdème cytotoxique à haut risque d'évolution vers l'ischémie irréversible. L'EPR donne un Signal hypo ou iso-intense avec ADC augmenté , témoignant d'un œdème vasogénique .

Conclusion: La survenue d'une urgence neurologique chez une femme enceinte pose plusieurs problèmes, dont celui des moyens d'exploration et donc de diagnostic, celui de la tolérance de la grossesse par la mère, celui de la tolérance par le fœtus de la pathologie neurologique maternelle et de ses moyens d'exploration et de traitement. La prise en charge pluridisciplinaire permet de trouver le meilleur compromis entre les impératifs imposés par l'état de la mère et ceux liés à la présence du fœtus.

MATÉRIELS ET MÉTHODES: étude rétrospective de 12 femmes enceintes qui se sont présentées dans un tableau neurologique aiguë. Toutes ces femmes ont été explorées par une angiographie-TDM et une IRM (8 cas) Il s'agissait de 4 femmes à terme et d'une femme enceinte au premier trimestre. L'âge variait entre 25 et 35 ans. La symptomatologie clinique était une crise convulsive (n=2), des céphalées intenses (n=2) et une perte de connaissance brutale (n=1). L'évolution a été marquée par une bonne évolution sans séquelles (n=3), une persistance de crises épileptiques (n=1) et un décès maternel (n=1).

RÉSULTATS ET DISCUSSION: Il s'agit de thrombophlébite cérébrale (5 cas) (figure 1) , d'AVC ischémique (1 cas) (figure 2) et d'encéphalopathie postérieure réversible (5 cas) (figure 3 et 4) , de rupture iatrogène de kyste hydatique médullaire au cours de rachianesthésie pour césarienne (1 cas).

*Rupture de kyste hydatique médullaire :

l'hydatidose vertébro-médullaire est une affection rare, et est assimilée a une véritable pathologie maligne vu son pouvoir extensif et agressif et sa récurrence fréquente après chirurgie.

Ses aspects en imagerie et leur classification sont superposables s au kyste hydatique d'autres localisations. (masse liquidienne au scanner simple ou multi cloisonnée ; rehaussée ou non , en IRM elle est en hyposignal T1, hypersignal T2 avec une capsule et des septas en hyposignal T2 non rehaussé après injection) .

Le scanner étudie mieux l'extension et la lyse osseuse et l'IRM étudie surtout l'extension endocanalaire et recherche surtout les complications (la compression médullaire, des signes de myélopathie).

La rupture du kyste hydatique médullaire au cours de la rachianesthésie est un accident grave et rare car il expose la patiente d'une part au risque de choc anaphylactique et d'autre part a la dissémination vertébro-médullaire de l'hydatidose et à la compression.

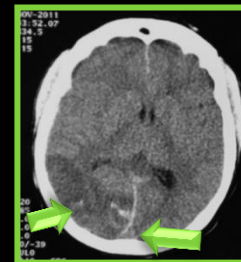
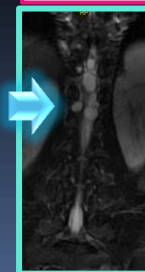


Fig 1: Thrombophlébite cérébrale: TDM cérébrale avec injection de PDC: signe du delta vide avec plages d'hypodensité occipito-pariétales prédominant à droite. Effet de masse sur la faux du cerveau et la corne occipitale G du ventricule latéral.



Fig 2: AVC ischémique: Une TDM et une IRM cérébrales étaient alors réalisés confirmant la présence d'un AVC ischémique Sylvien gauche avec transformations hémorragiques.



IRM du rachis lombaire, coupe coronale T2: rupture iatrogène de kyste hydatique médullaire au cours de rachianesthésie pour césarienne

*Thromboses veineuses cérébrales:

Responsable de 6 % des décès maternels, avec un risque plus important les deux semaines suivants l'accouchement notamment chez les jeunes mamans et pour ceux ayant bénéficié d'une césarienne.

En imagerie elle se traduit par un thrombus endoluminal d'un sinus veineux spontanément hyperdense en TDM et en hyper signal T1 en IRM (signe du triangle dense), défaut d'opacification d'un sinus veineux avec prise de contraste et épaississement pariétal (signe du triangle vide), associées a des plages d'œdème de la substance blanche et/ou des foyers hémorragiques (hyperdenses en TDM et de signal variable en T1 et T2 selon l'âge de saignement). L'IRM est plus sensible que le scanner pour le diagnostic précoce, l'évaluation de l'étendue de la thrombose et pour détecter les complications.

* Accident ischémique: Un certain nombre de modifications hématologiques observées au cours de la grossesse et le post-partum sont responsables d'un état d'hypercoagulabilité. Autre facteurs de risques inclus: lupus, transfusion sanguine et céphalées migraineuses. Causes spécifiques: éclampsie, cardiomyopathies du péri partum, angiopathie cérébrale aigue du post-partum.

Exceptionnellement responsables d'ischémies cérébrales focales: choriocarcinome, embolie amniotique. Causes non spécifiques: cardiopathies emboligènes, artériopathies, affections hématologiques .

L'AVC ischémique se traduit en TDM par une hypodensité cortico-sous-corticale systématisée a un territoire artériel . En IRM , il se traduit par une plage cortico-sous-corticale systématisée en hypersignal T2 , FLAIR et DIFFUSION avec restriction de la diffusion (ADC) a la phase aigue .Les performances de l'IRM dans le diagnostic de l'AVC ischémique a tous ces stades sont supérieures a la TDM.