



Clinique S' Pierre
OTTIGNIES

ANÉVRYSME CÉRÉBRAL

Service de Neurochirurgie

DÉFINITION

Il s'agit d'une **dilatation anormale d'une artère intracrânienne**, le plus souvent à hauteur d'une bifurcation du vaisseau. La **paroi** de cette dilatation est en général **fragile** et prédispose par ce fait à une augmentation en taille de la lésion et/ou une rupture de la paroi.

La rupture de la paroi peut résulter en une **hémorragie méningée** c'est-à-dire dans les espaces sous-arachnoïdiens à la base et/ou autour du cerveau.

La rupture d'un anévrisme peut aussi résulter en une **hémorragie intra-cérébrale ou ventriculaire** dans certains cas (les ventricules sont les cavités liquidiennes à l'intérieur du cerveau).

La localisation du saignement dépend de la localisation, de l'orientation et de la forme de l'anévrisme. Les **symptômes** de la rupture d'un anévrisme peuvent se résumer à des **maux de tête +/- sévères** mais peuvent parfois être très graves jusqu'au **coma** profond.

La **rupture** d'un anévrisme est une **urgence médicale vitale** et nécessite une prise en charge en urgence.

Les patients porteurs d'anévrisme se voient donc confrontés à la question de la nécessité de **prise en charge préventive** afin d'éviter la survenue d'une telle hémorragie.

TRAITEMENT

La **décision de traiter** ou suivre radiologiquement et cliniquement un anévrisme dépend de sa localisation, taille et forme.

Deux types de prises en charge sont possibles et parfois combinés.

La décision pour le type de traitement est prise de manière collégiale après discussion du cas en concertation multi-disciplinaire.

Le premier traitement de l'anévrisme est celui d'une **embolisation** par voie vasculaire. Dans ce cas, un cathéter est guidé jusque dans l'anévrisme et ce dernier est rempli par des petites **spires métalliques** afin d'empêcher le sang de rentrer dans l'anévrisme. Ceci cause la **thrombose dans l'anévrisme** et l'exclut ainsi de la circulation. Parfois le placement de ces spires est combiné avec le placement d'un stent dans le vaisseau porteur (= le vaisseau à partir duquel l'anévrisme se développe).

L'alternative à l'embolisation quand elle n'est pas possible ou moins efficace est le traitement **chirurgical**. Ici on **ferme l'anévrisme à sa base** à l'aide de petits clips permettant de l'exclure de la circulation. L'opération se fait par une crâniotomie dont la localisation dépend de la localisation de l'anévrisme. La très grande majorité des anévrismes opérés sont ceux de la circulation antérieure. Ces anévrismes peuvent tous être atteints par un abord supra-orbitaire c'est-à-dire une petite ouverture crânienne **au-dessus du rebord orbitaire** supérieur et latéral.

Ensuite, après ouverture de la dure-mère, on **passé entre les lobes cérébraux pour atteindre** les vaisseaux porteurs et **l'anévrisme**. Une fois ce dernier disséqué, il est occlus avec un ou plusieurs clips. Une angiographie par fluorescence est réalisée pendant l'opération afin de s'assurer que les clips sont bien placés et que l'anévrisme est bien exclu.

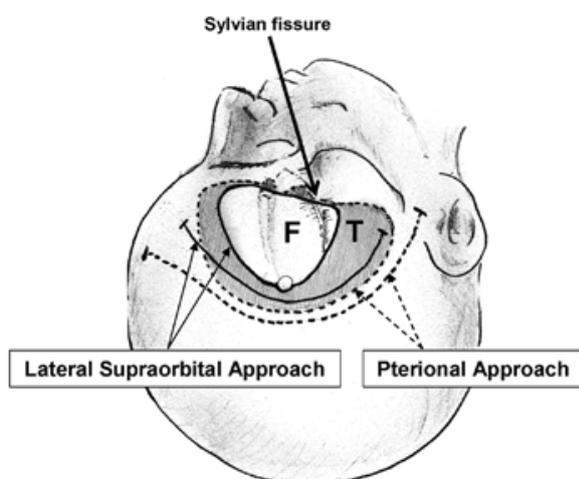
SUITES POST-OPÉRATOIRES POSSIBLES

Les **complications** peuvent être **vasculaires** avec saignement ou occlusion d'un vaisseau porteur. Ce type de complication vasculaire est très rare dans les interventions planifiées.

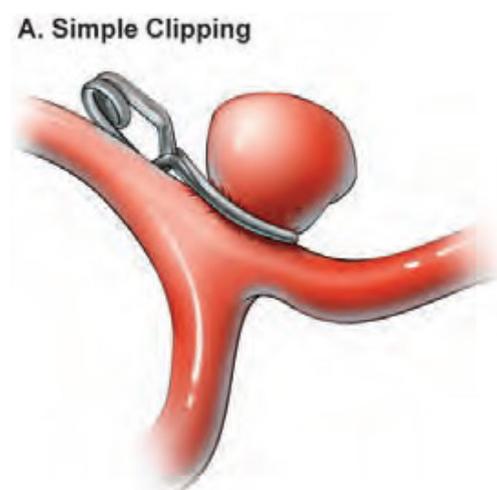
Par ailleurs, on peut développer des complications liées à l'abord chirurgical de type **hématome, infection, épilepsie**, mais là également la survenue de ce type de complication est rare en cas d'intervention élective c'est-à-dire planifiée.

L'opération est suivie d'une surveillance de 24 heures aux soins intensifs, et la durée d'hospitalisation est en général de 5 à 7 jours.

Après l'intervention il y a un suivi de la plaie et des soins locaux. On conseille un repos relatif en évitant des efforts physiques trop importants dans les deux mois qui suivent. Le **suivi** par angio-scanner et/ou angiographie diagnostique est organisé à la suite de l'intervention.



Abords possibles pour le traitement d'un anévrisme cérébral



Dilatation anévrysmale avec clip chirurgical

Illustrations :

LAWTON, Michael. 2011. Seven aneurysms: Tenets and techniques for clipping. Thieme. 225p.

Lateral supraorbital approach as an alternative to the classical pterional approach

J. Hernesniemi¹, K. Ishii^{1,2}, M. Niemela¹, M. Smrcka³, L. Kivipelto¹, M. Fujiki^{1,2}, and H. Shen^{1,4}