



Cas de la semaine # 403

20 avril 2026

Préparé par Alexandru Ilie _{R2}

Dre Danielle Gilbert _{MD FRCPC}

Dr François Bergeron _{MD FRCPC}

Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal



Histoire Clinique

- Retrouvée au sol dans la salle de bain par sa fille vers minuit
- Arrivée en ambulance à l'urgence de Sacré-Cœur
- À l'évaluation initiale, patiente avec altération de l'état de conscience. Somnolente.
- Chute présumée, scan cérébral et cervical demandé par urgentologue – appel vers 3h30 pour interprétation en raison d'artéfacts cinétiques.



93 ans

Antécédents:

- Insuffisance cardiaque
- Fibrillation auriculaire

Séjour urgences

- À la demande de l'urgentologue, second scan cérébral vers 4h00.
- Si négatif, angioscan pour éliminer thrombose basilaire.
- Examen bougé, patiente ne collabore pas, somnolente et ronfle.

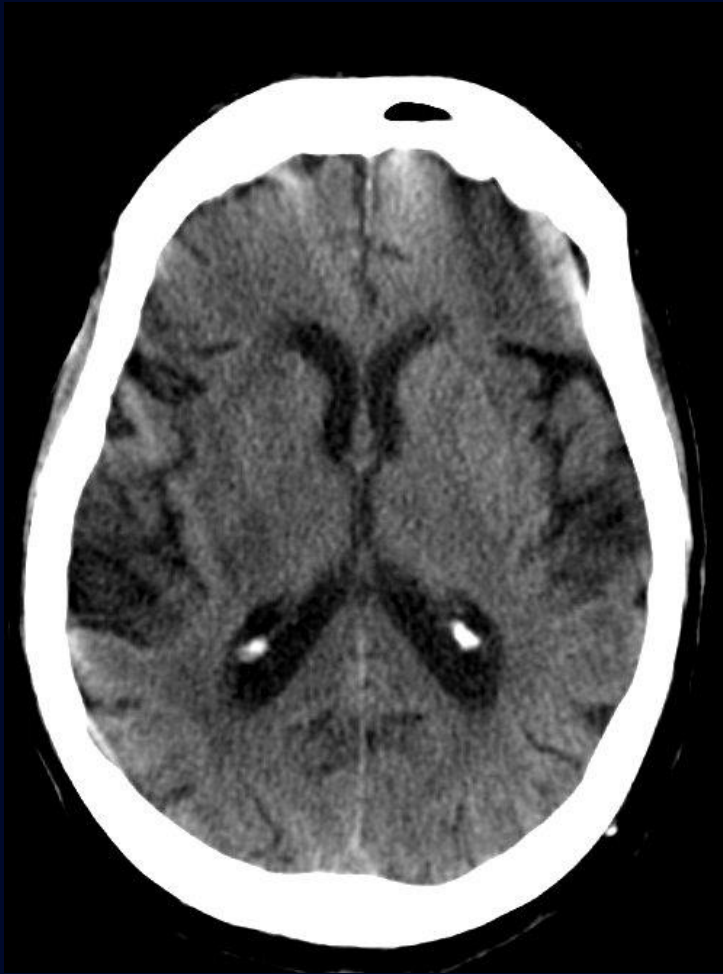
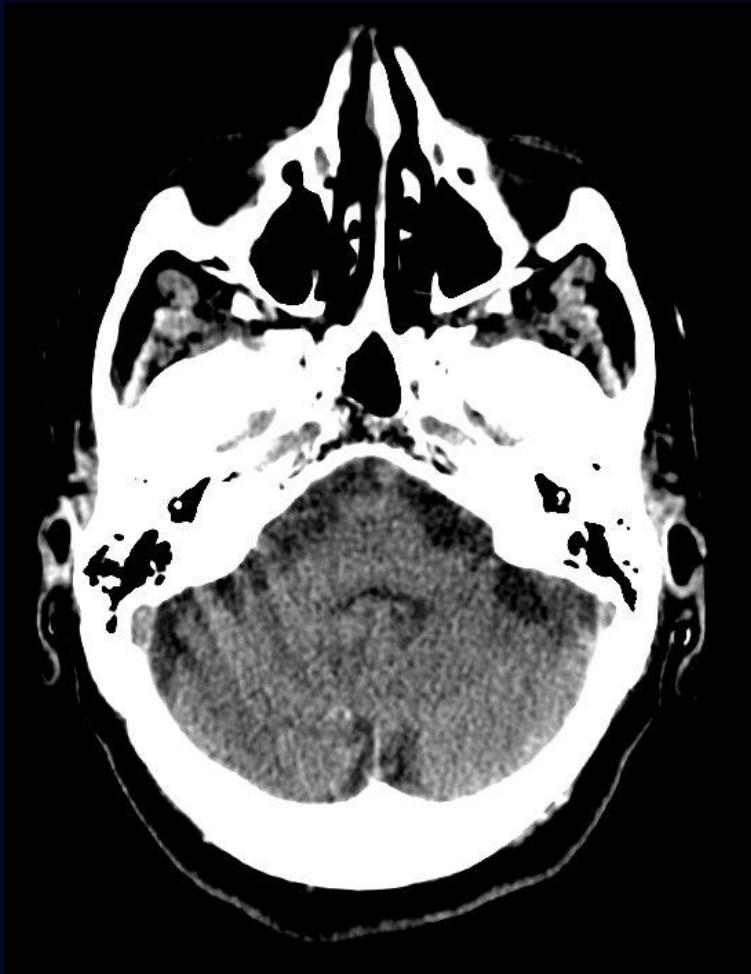


93 ans

Antécédents:

- Insuffisance cardiaque
- Fibrillation auriculaire

Scan Cérébral C-



Quelques artéfacts cinétiques persistent, mais la fosse postérieure est plus diagnostique.

Pas de processus aigu intracrânien.

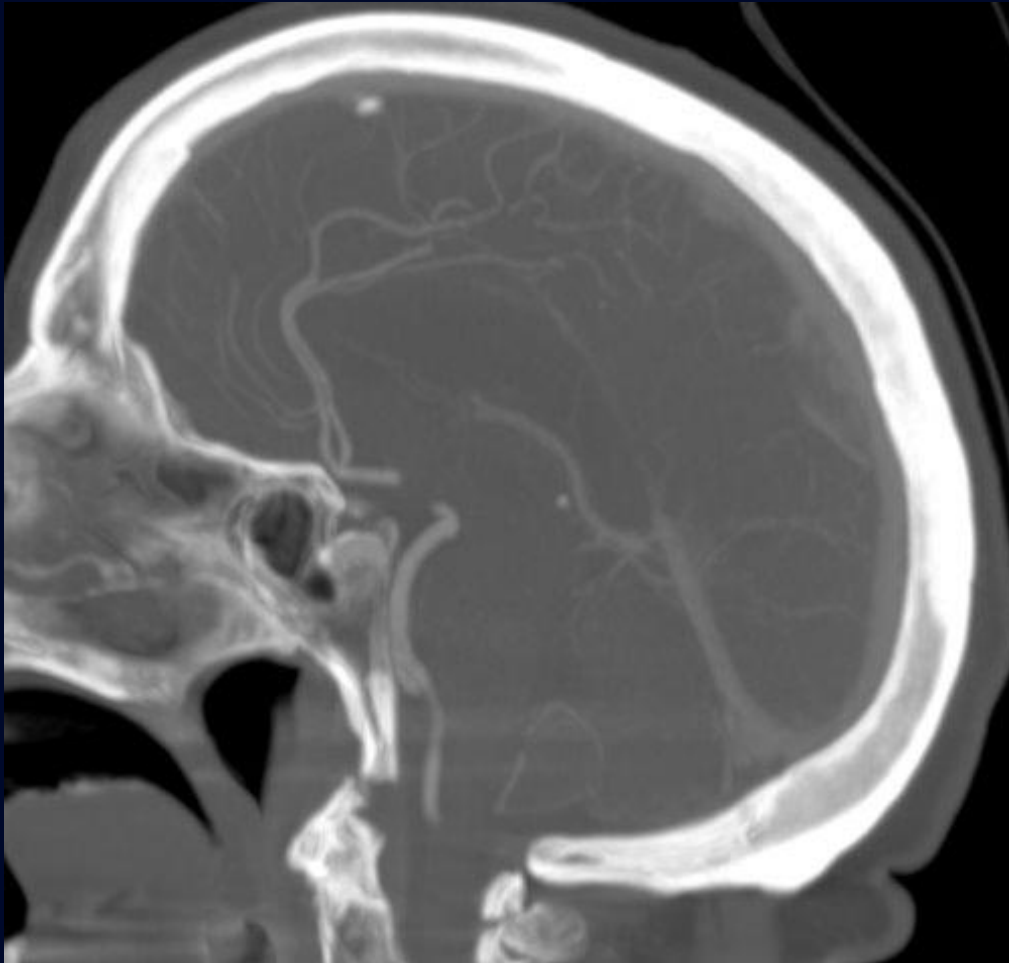
Angioscan Gerbe/Willis



Pas d'occlusion de la
circulation postérieure.

Pas de thrombose
basilaire.

Angioscan Gerbe/Willis



En raison de la contamination veineuse, on peut confirmer la perméabilité des veines cérébrales internes.

Angioscan Gerbe/Willis



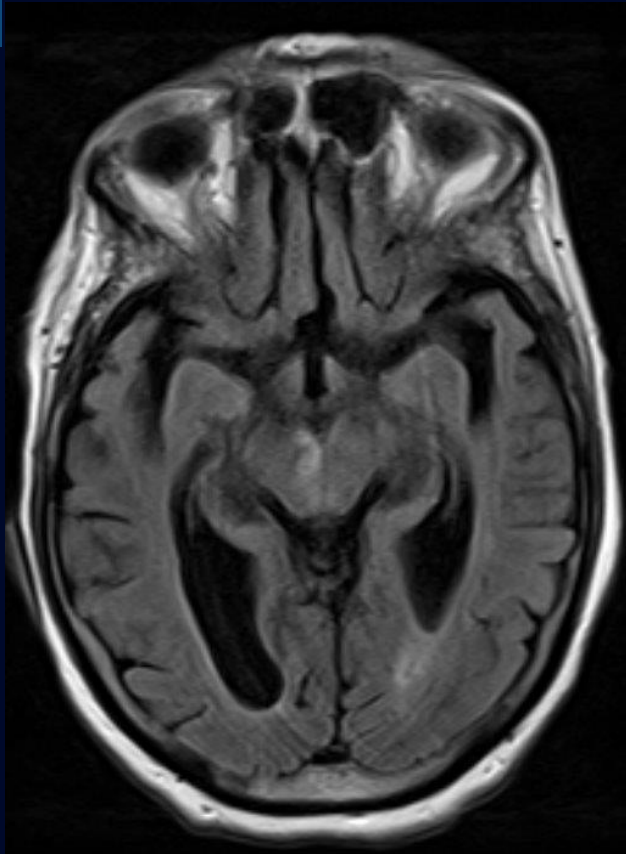
Pas d'occlusion
proximale
intracrânienne.

Par intérêt, variante
anatomique
«kissing carotids ».

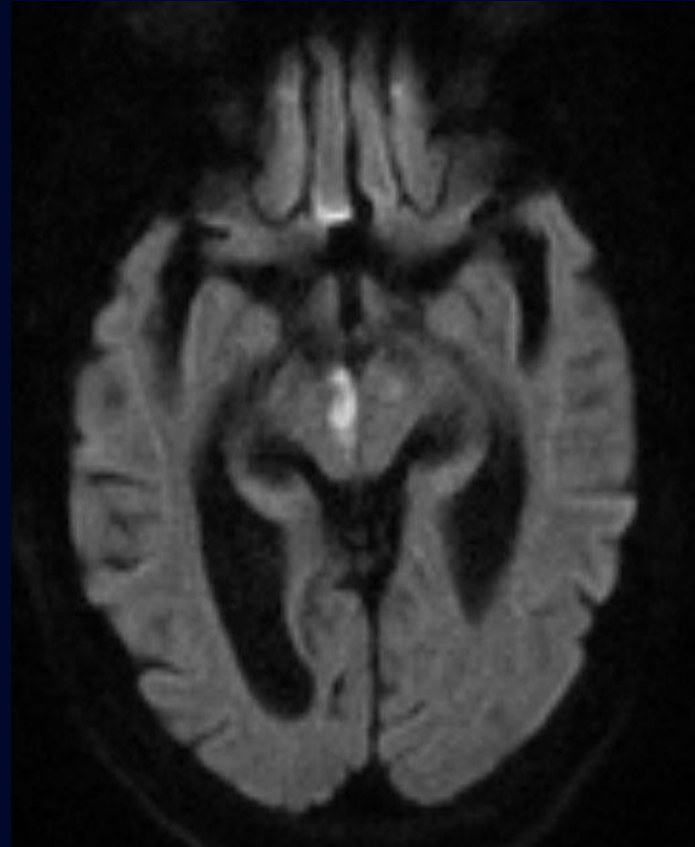
IRM cérébrale C- (2 JOURS POST PRÉSENTATION)

***Patiente comateuse avec regard disconjugué.**

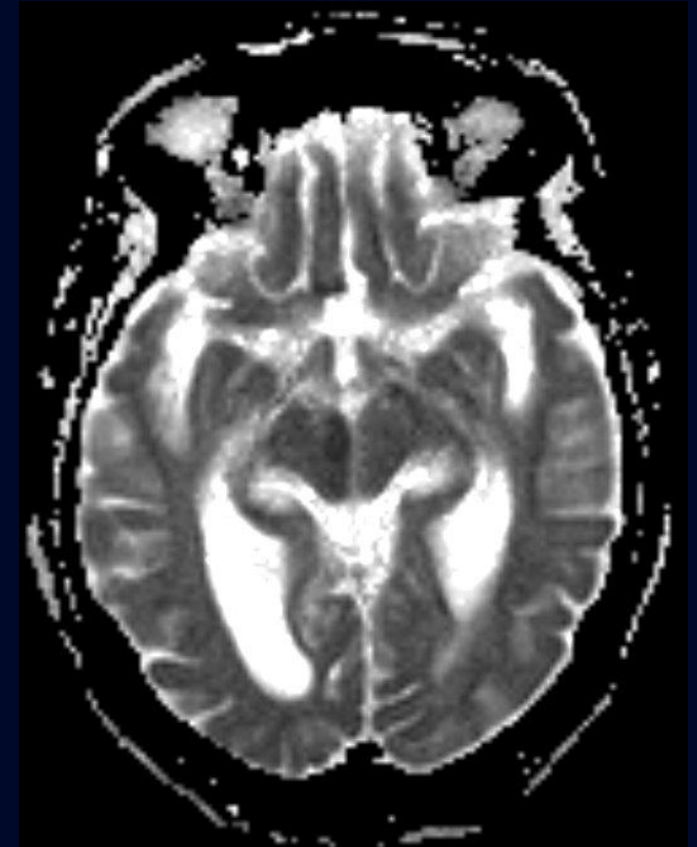
1 de 5



FLAIR



B1000

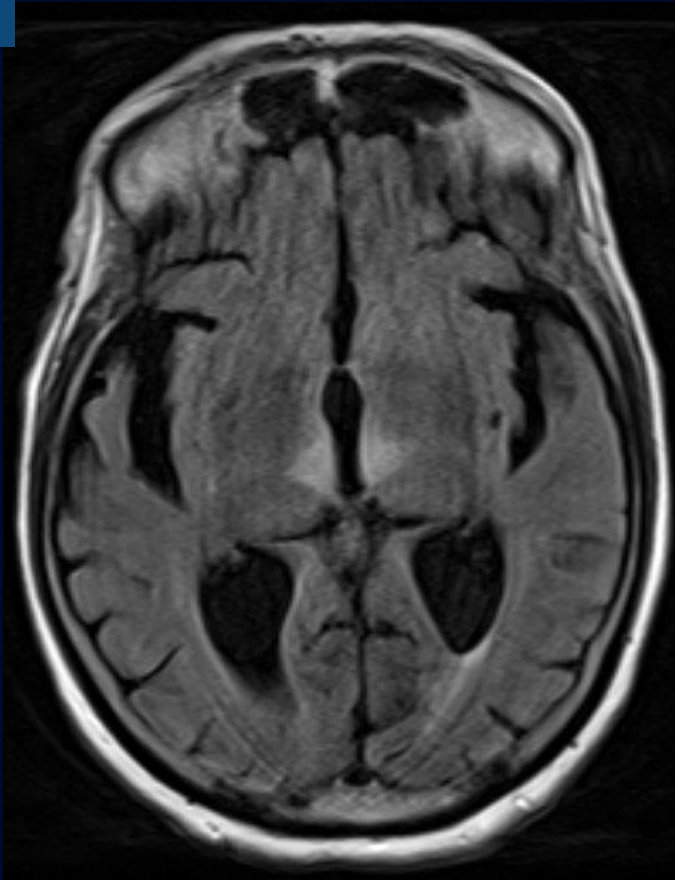


ADC

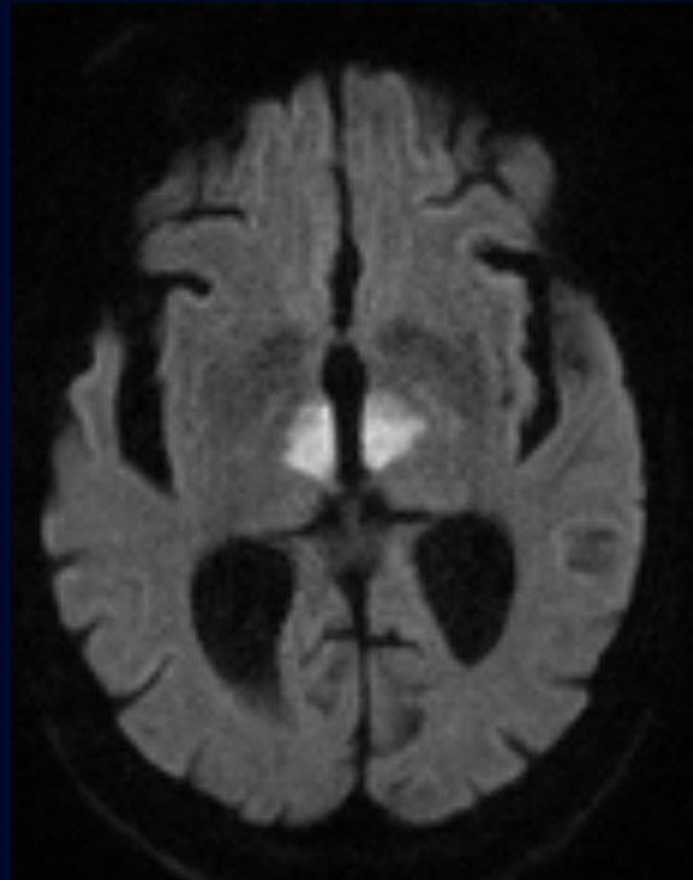
IRM cérébrale C- (2 JOURS POST PRÉSENTATION)

***Patiente comateuse avec regard disconjugué.**

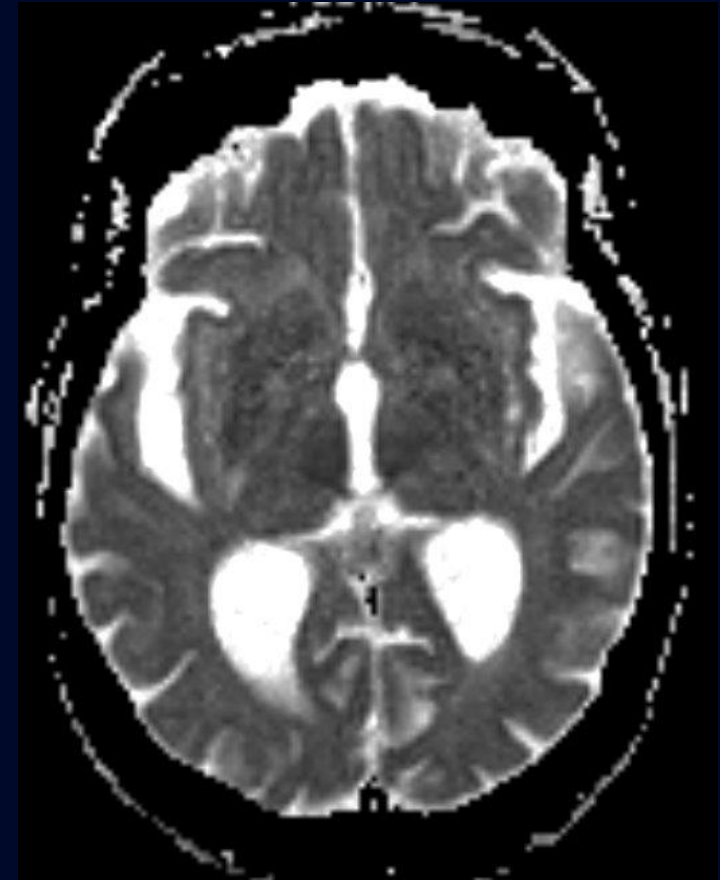
2 de 5



FLAIR



B1000

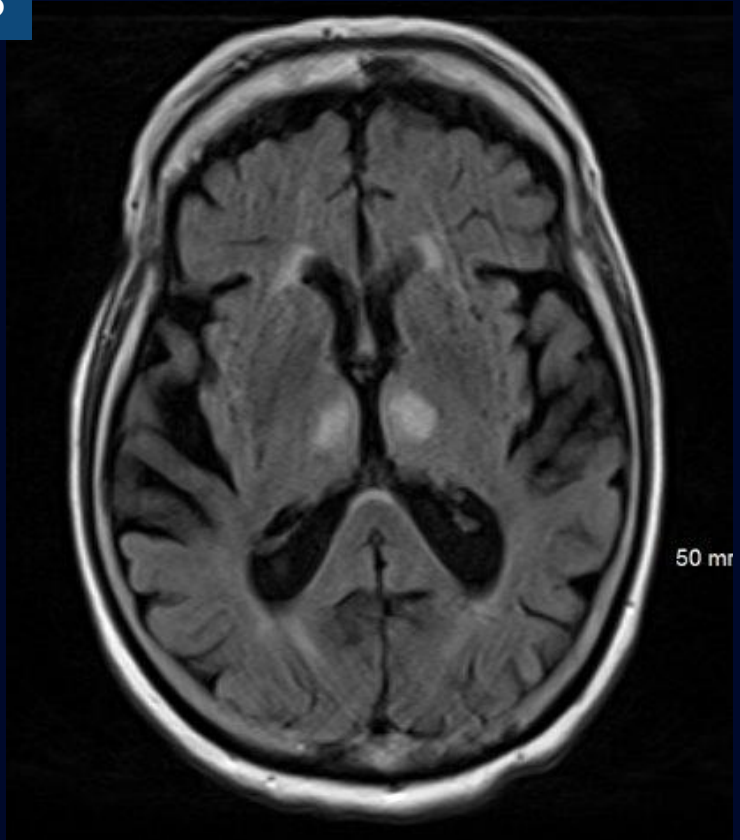


ADC

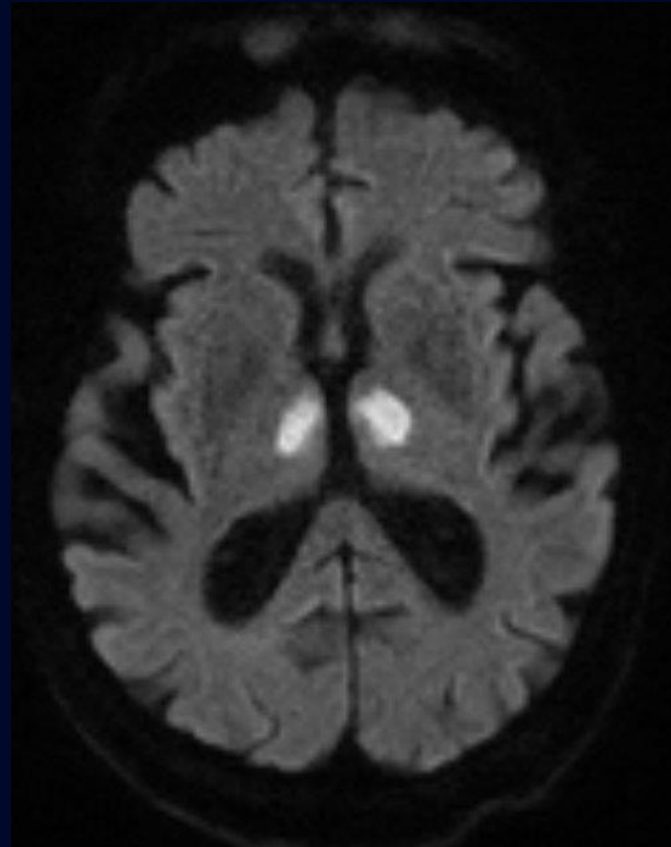
IRM cérébrale C- (2 JOURS POST PRÉSENTATION)

***Patiente comateuse avec regard disconjugué.**

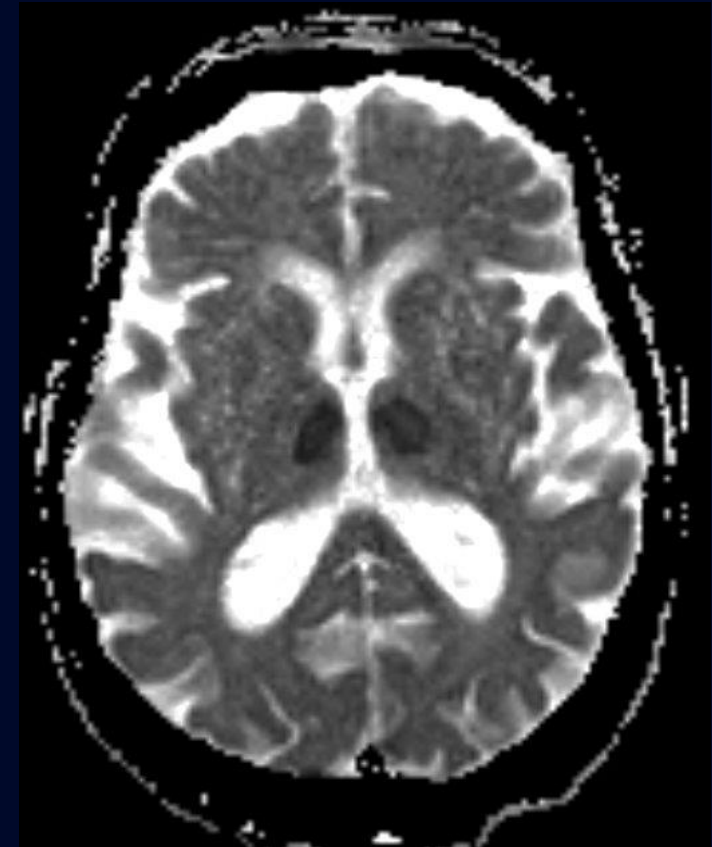
3 de 5



FLAIR



B1000

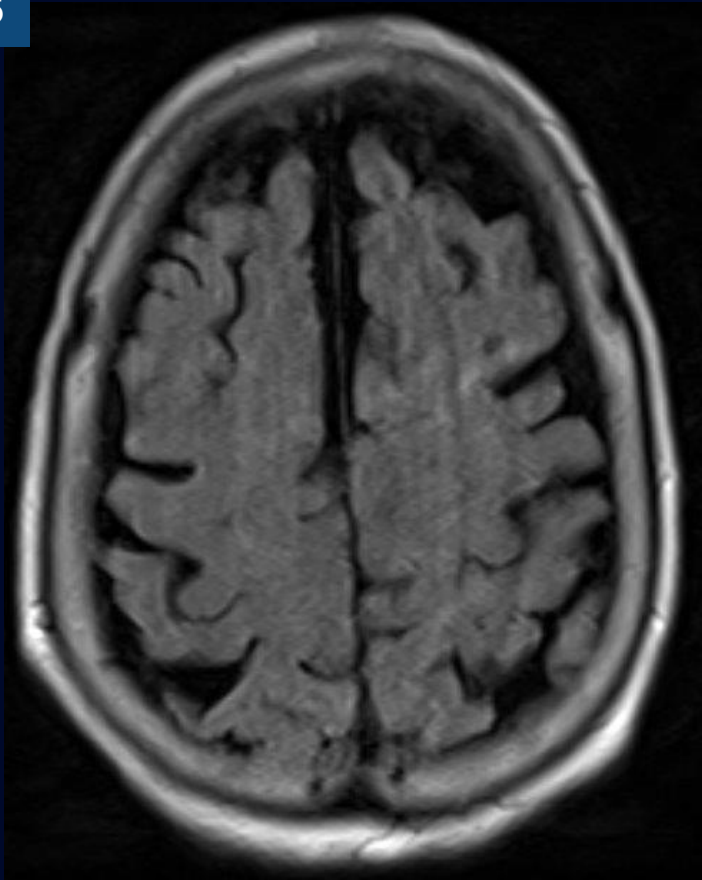


ADC

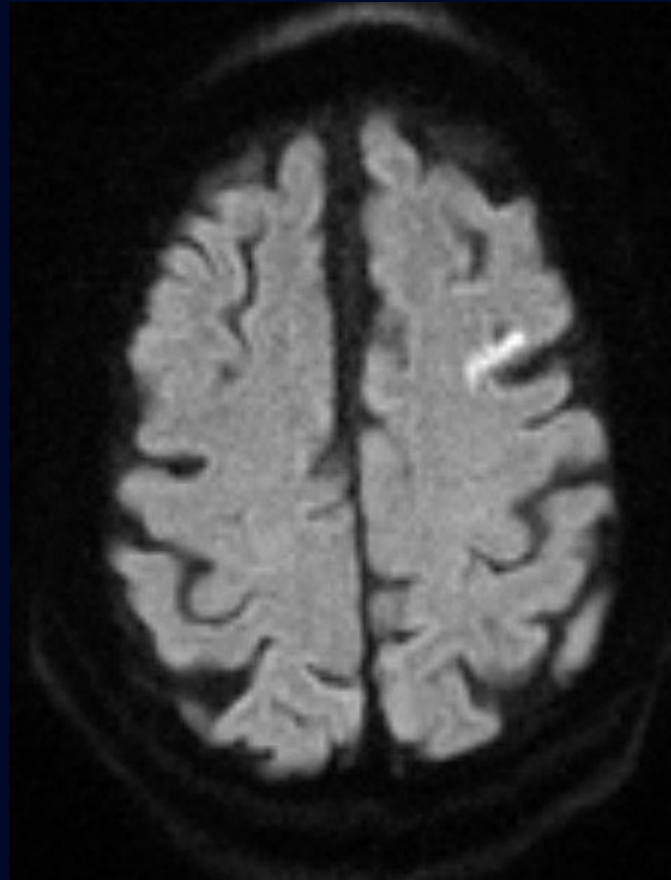
IRM cérébrale C- (2 JOURS POST PRÉSENTATION)

***Patiente comateuse avec regard disconjugué.**

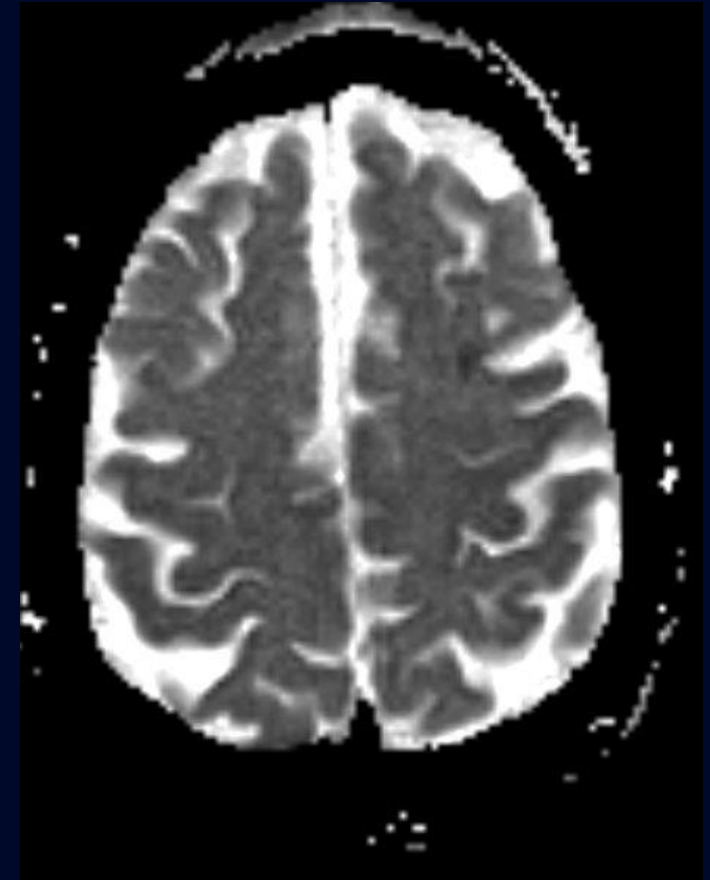
4 de 5



FLAIR



B1000

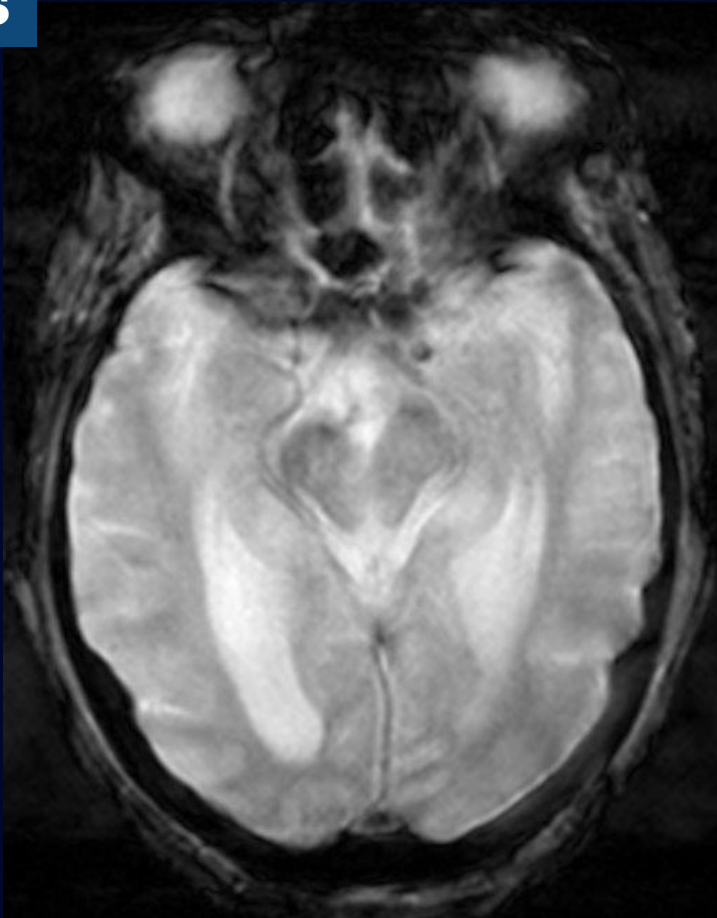


ADC

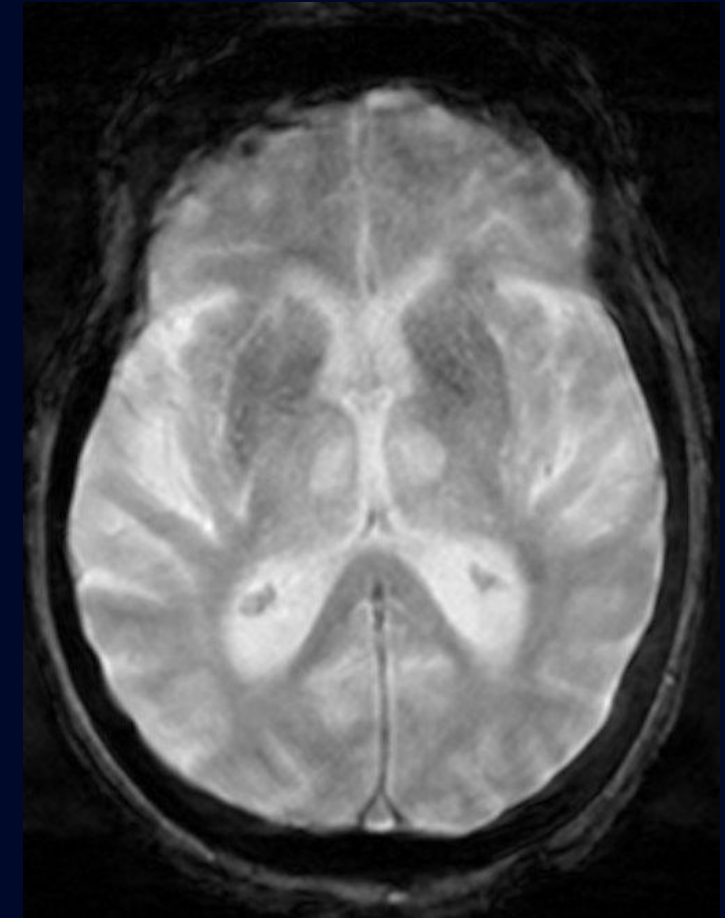
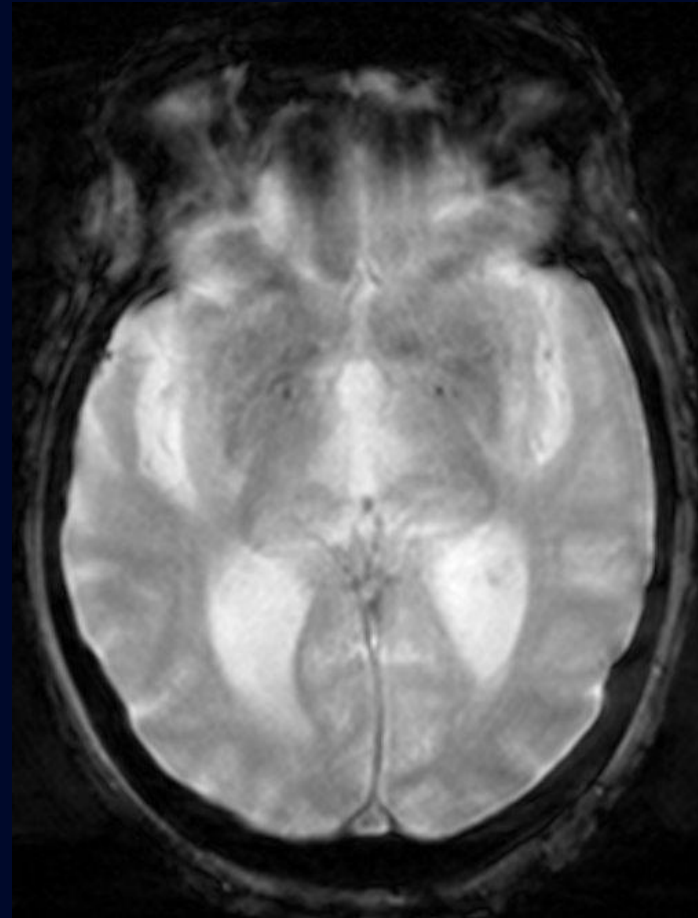
IRM cérébrale C- (2 JOURS POST PRÉSENTATION)

***Patiente comateuse avec regard disconjugué.**

5 de 5



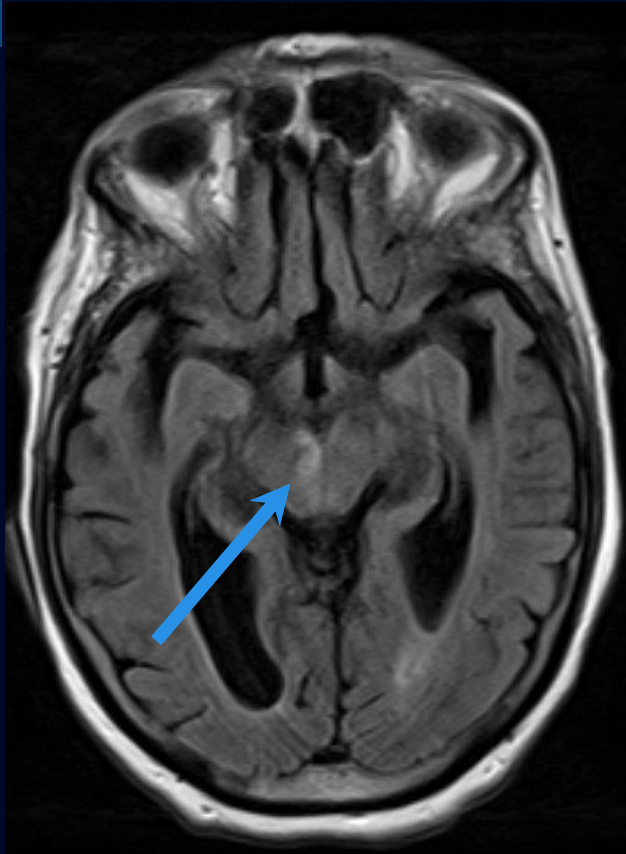
FLASH



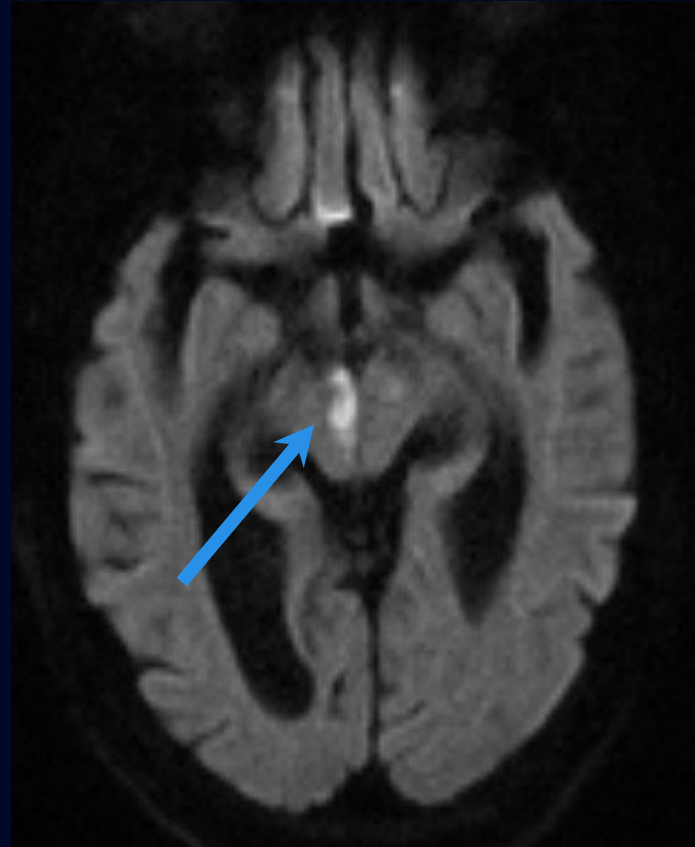
Description **IRM C-** (2 JOURS POST PRÉSENTATION)

***Patiente comateuse avec regard disconjugué.**

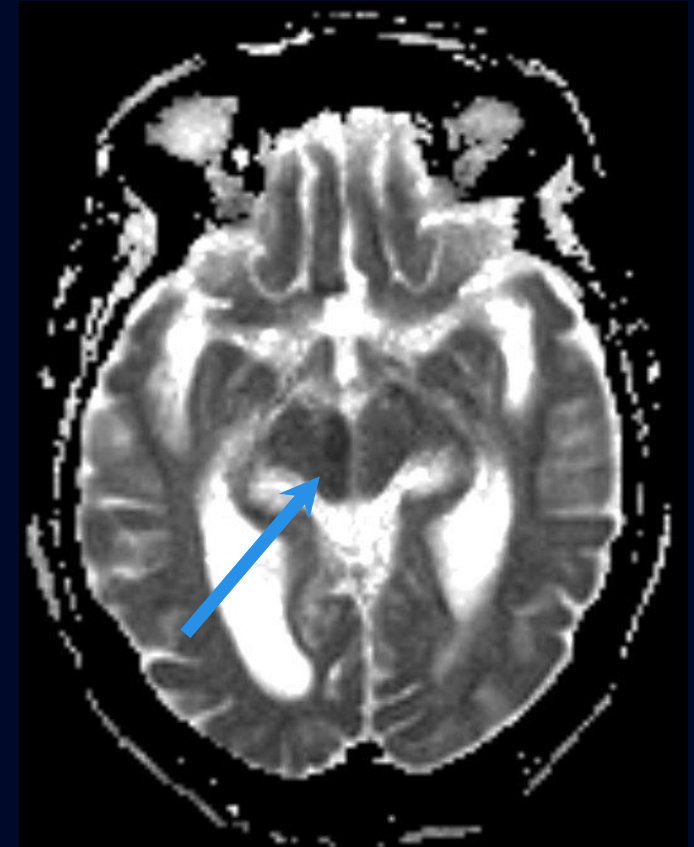
1 de 5



FLAIR



B1000



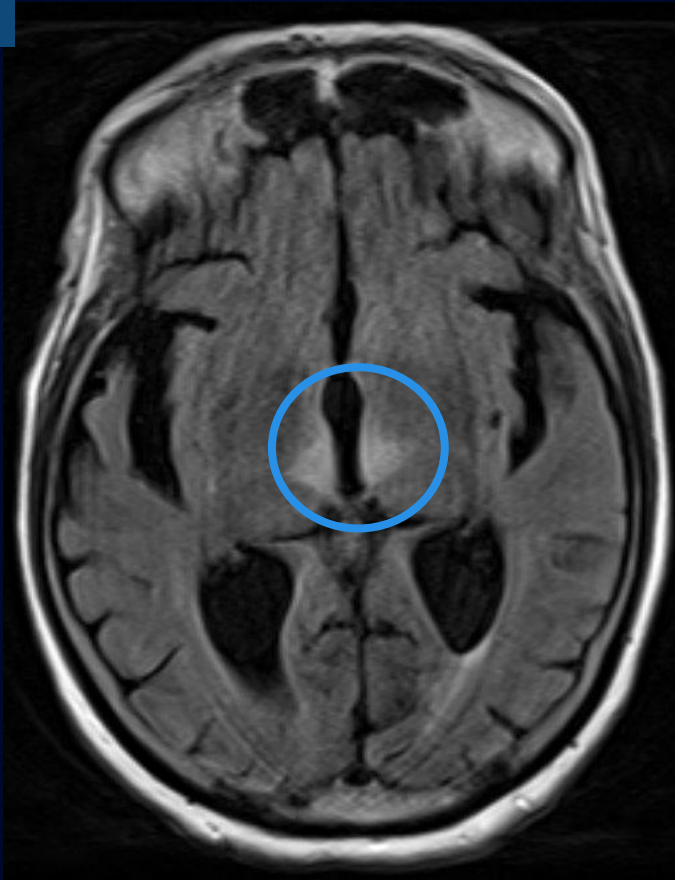
ADC

Signes ischémiques aigus à la portion supérieure du mésencéphale droit.

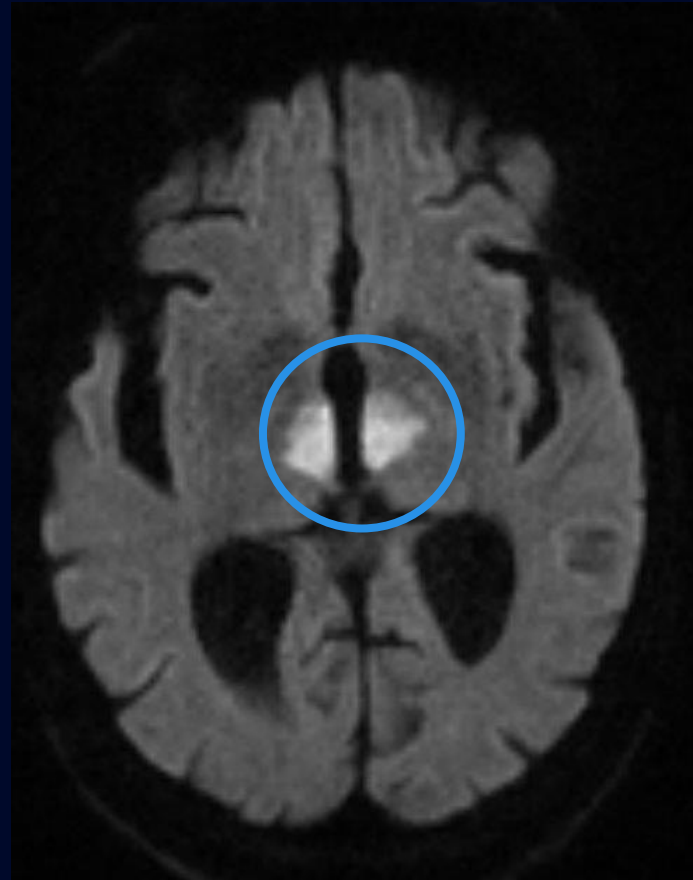
Description **IRM C-** (2 JOURS POST PRÉSENTATION)

***Patiente comateuse avec regard disconjugué.**

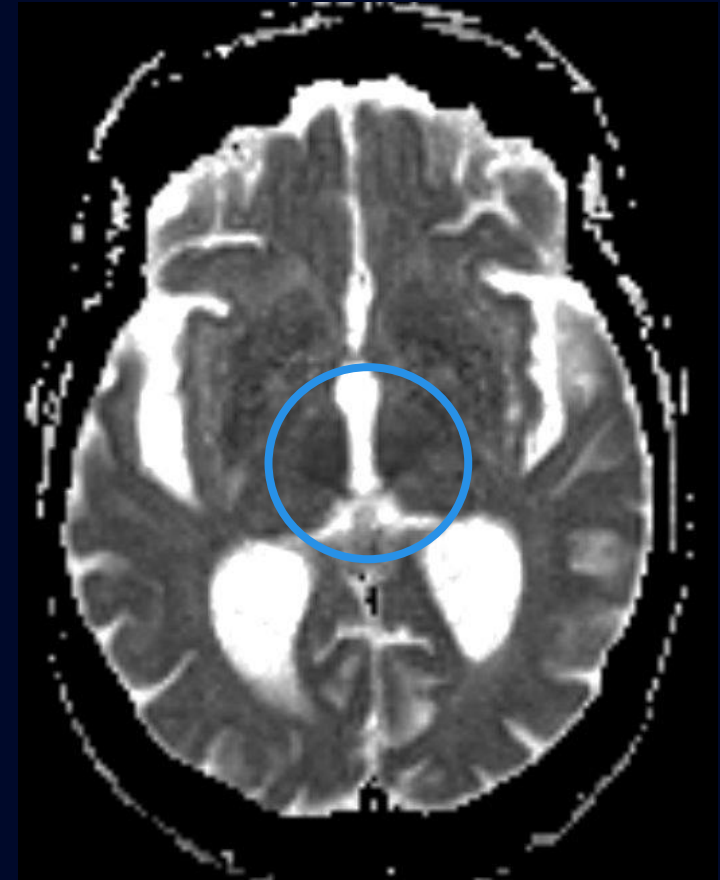
2 de 5



FLAIR



B1000



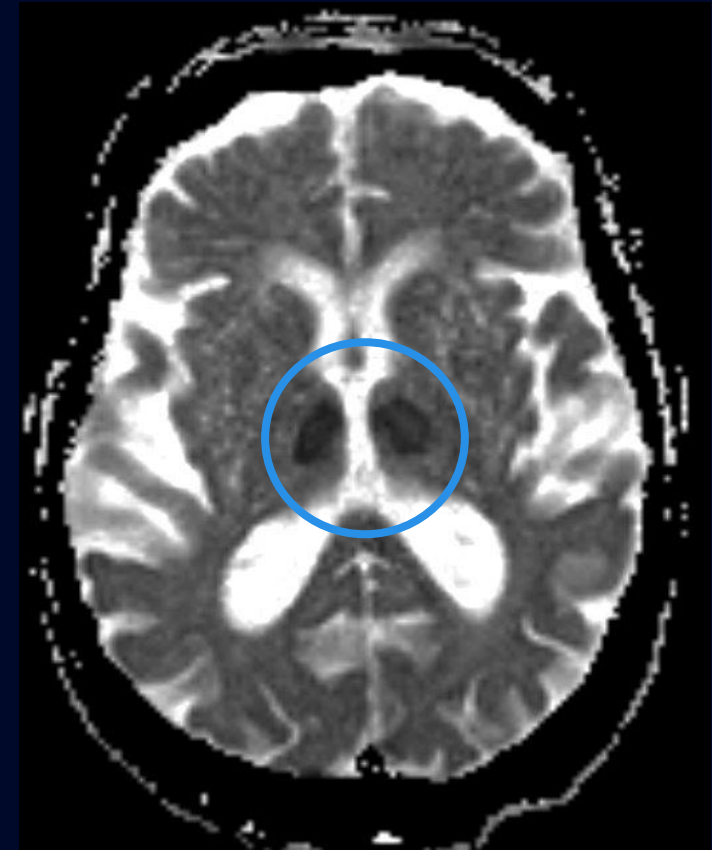
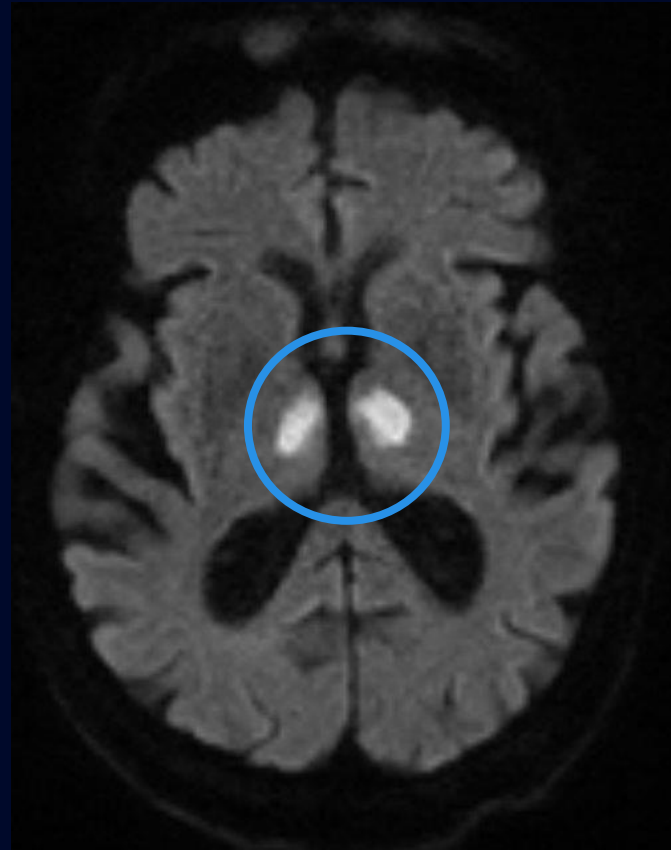
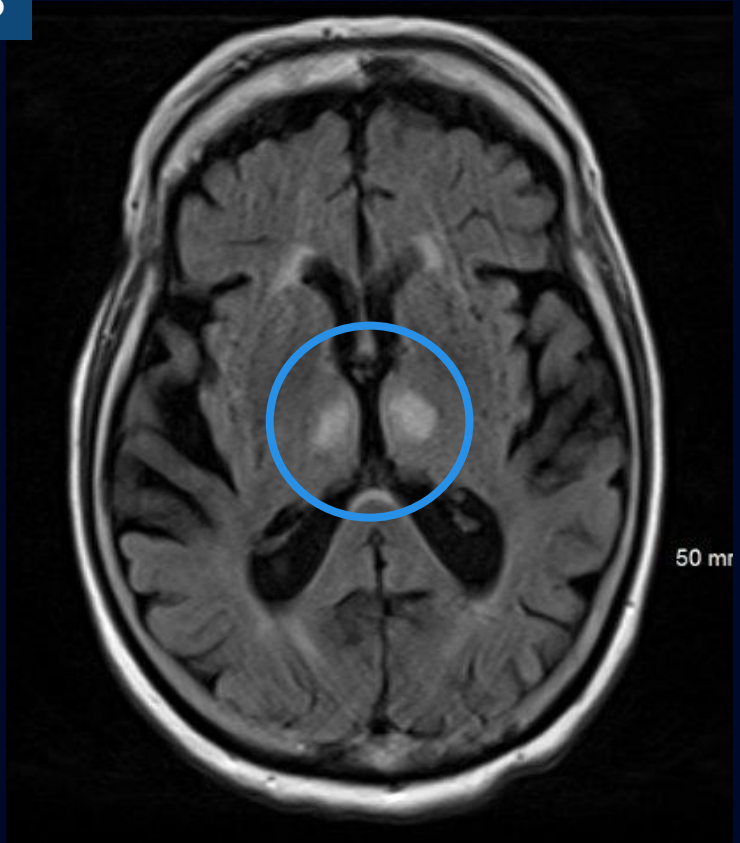
ADC

Signes ischémiques aigus bi-thalamiques.

Description **IRM C-** (2 JOURS POST PRÉSENTATION)

***Patiente comateuse avec regard disconjugué.**

3 de 5

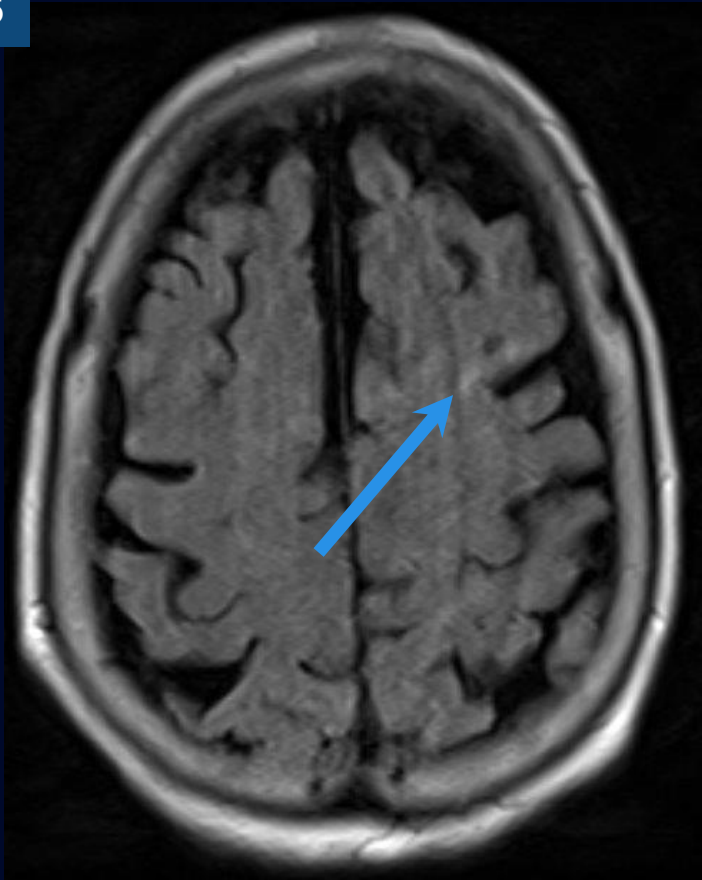


Signes ischémiques aigus bi-thalamiques.

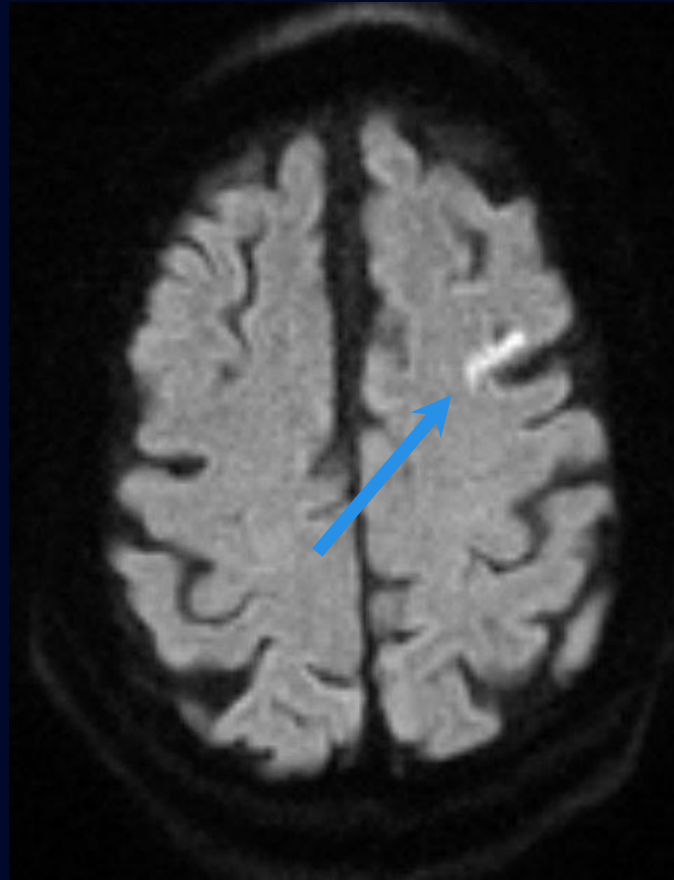
Description **IRM C-** (2 JOURS POST PRÉSENTATION)

***Patiente comateuse avec regard disconjugué.**

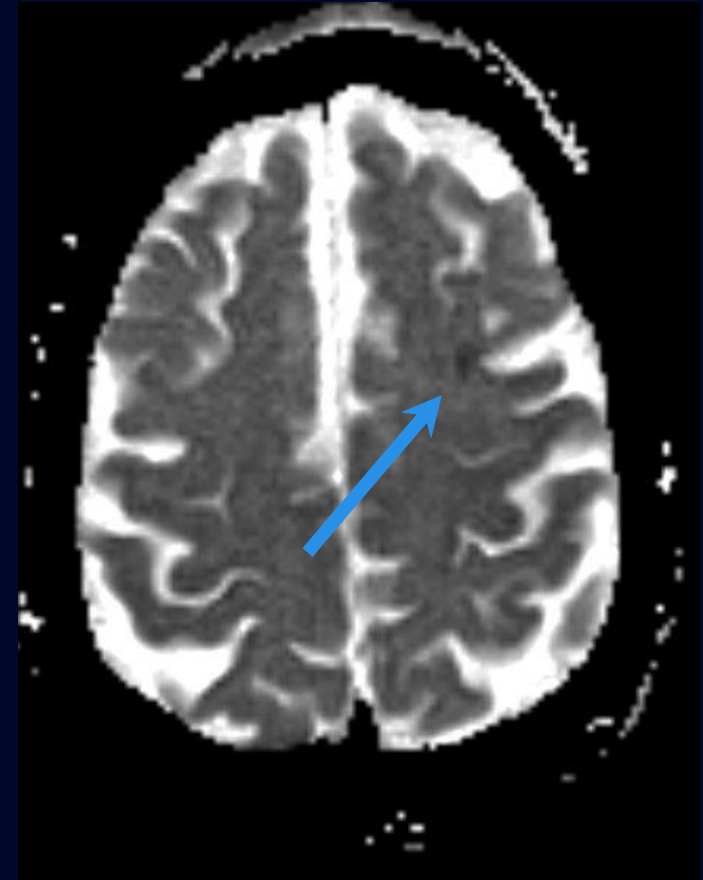
4 de 5



FLAIR



B1000



ADC

Foyer ischémique aigu cortical frontal gauche.

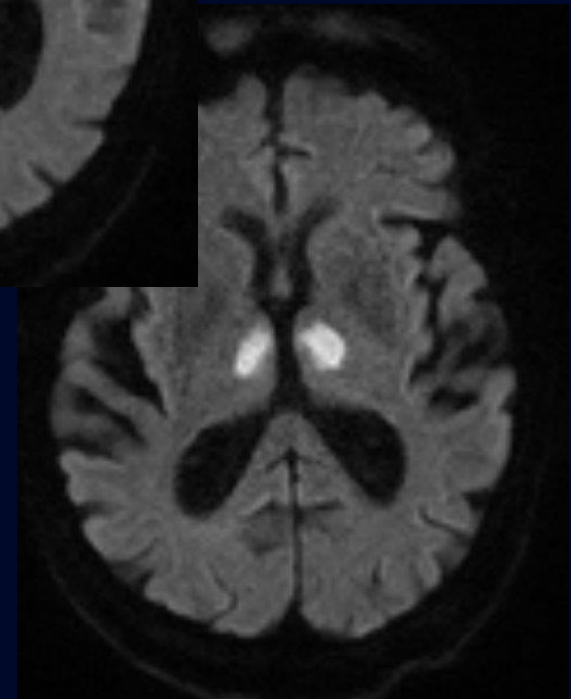
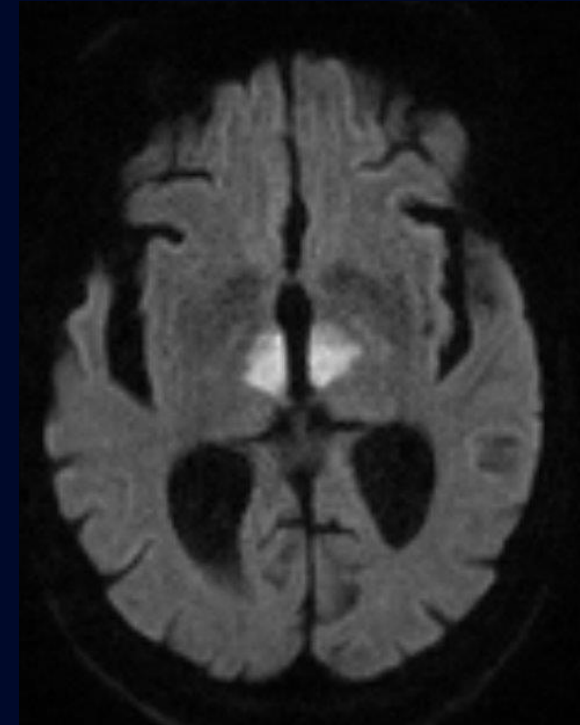
Scan Cérébral C- de suivi (5 jours post présentation initiale)



Concrétisation de
l'atteinte
ischémique bi-
thalamique.

Synthèse radiologique

- Scan cérébral et angioscan gerbe/Willis initiaux sans particularité, notamment pas de lésion ischémique, ni hémorragique, ni d'occlusion intracrânienne.
- À l'IRM, foyers de restriction de la diffusion bi-thalamiques avec extension dans la portion supérieure droite du mésencéphale.



Diagnostic différentiel

Atteinte bi-thalamique

Vasculaire:

- Thrombose veineuse
- Thrombose sommet du tronc basilaire
- Thrombose de l'artère de Percheron
- Syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible (PRES)
- Encéphalopathie hypoxique-ischémique

Métabolique:

- Encéphalopathie de Wernicke
- Syndrome de démyélinisation osmotique

Infectieux:

- Encéphalite à flavivirus
- Maladie de Creutzfeldt-Jacob
- Malaria

Autres:

- Autoimmune (ex: encéphalites autoimmunes)
- Congénital (ex: maladie de Wilson)
- Toxique

Ddx Atteinte bi-thalamique

- Encéphalopathie de Wernicke



En faveur :

- Atteinte en hypersignal T2/FLAIR bi-thalamique

En défaveur :

- Absence d'atteinte classique au niveau des corps mamillaires et à la matière grise périaqueducale
- Pas de changements pétéchiiaux
- Contexte clinique moins concordant

Ddx Atteinte bi-thalamique

- Syndrome de démyélinisation osmotique



En faveur :

- Atteinte bi-thalamique avec restriction de la diffusion, qui représenterait toutefois une forme de myélinolyse osmotique extrapontine

En défaveur :

- Apparition rapide des changements en hypersignal T2/FLAIR
- Localisation plus caractéristique au pons qu'au thalami
- Pas de changements sur les séquences en pondération T1 (hyposignal modéré)
- Absence de contexte clinique concordant

Ddx Atteinte bi-thalamique

- Thrombose sommet du tronc basilaire



En faveur :

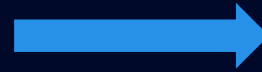
- Atteinte en hypersignal T2/FLAIR et en restriction de la diffusion bi-thalamique

En défaveur :

- Angioscan gerbe/Willis négatif

Ddx Atteinte bi-thalamique

- Thrombose veineuse

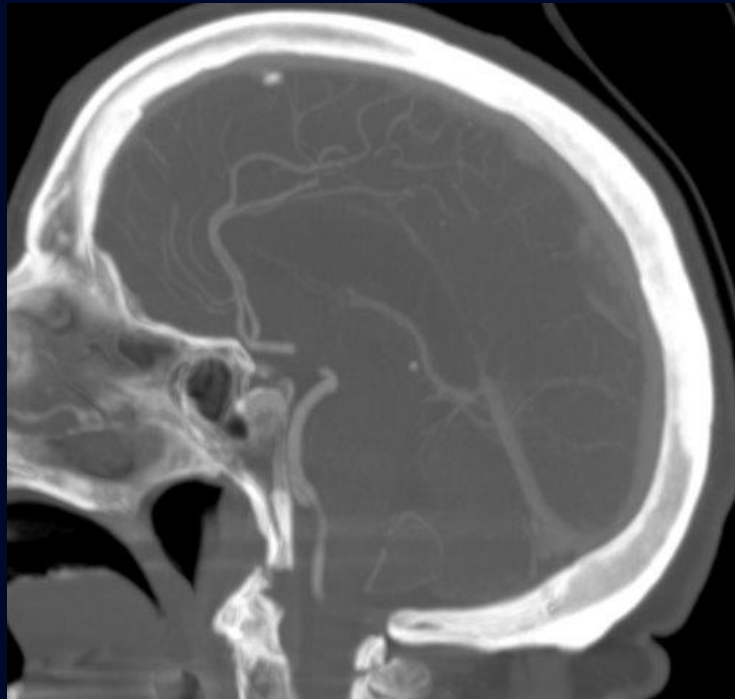


En faveur :

- Atteinte en hypersignal T2/FLAIR bi-thalamique

En défaveur :

- Angioscan gerbe/Willis avec suffisamment de contamination veineuse pour confirmer la perméabilité des veines cérébrales internes et des sinus



Ddx Atteinte bi-thalamique

- Syndrome d'encéphalopathie postérieure reversible (PRES)



En faveur :

- Atteinte en hypersignal T2/FLAIR bi-thalamique, qui représenterait une forme de PRES central

En défaveur :

- La majorité des cas ne présentent pas de restriction de la diffusion
- PRES central démontre souvent une atteinte aussi au tronc cérébral, cervelet et aux noyaux gris centraux
- Pas de facteurs prédisposants tels que hypertension, immunosuppression, maladie autoimmune, chimiothérapie, etc.

Ddx Atteinte bi-thalamique

- Encéphalopathie hypoxique-ischémique



En faveur :

- Atteinte bilatérale en restriction de la diffusion

En défaveur :

- Atteint classiquement les noyaux gris centraux et le cortex
- Changements sur les séquences FLAIR/T2 sont plus tardives
- Absence de contexte clinique concordant

Diagnostic différentiel

Atteinte bi-thalamique.

- Thrombose de l'artère de Percheron



En faveur :

- Hypersignal FLAIR et en restriction de la diffusion en paramédian bi-thalamique avec implication du mésencéphale.
- V sign sur le sequence FLAIR au niveau du mésencéphale median [1]

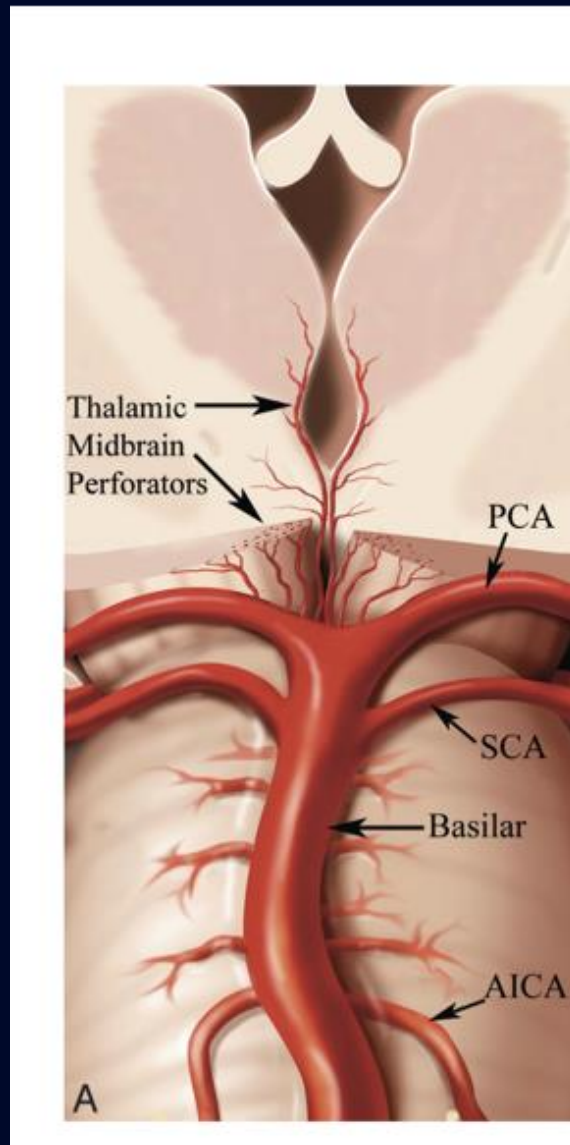
En défaveur :

- ...

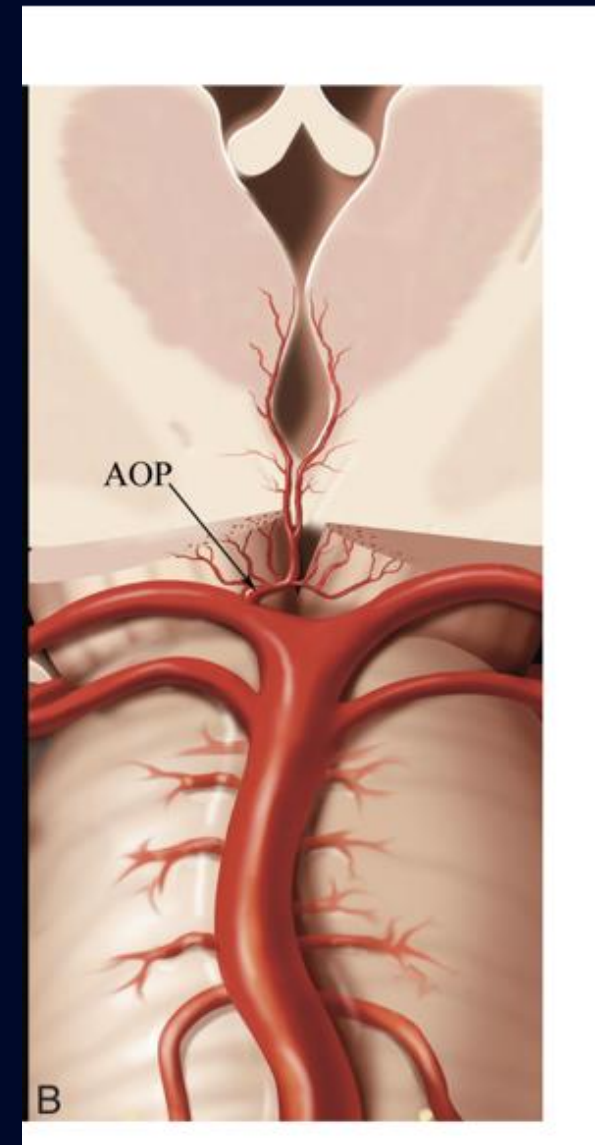
**Diagnostic
final**

**Thrombose de
l'artère de
Percheron**

Anatomie artère de Percheron



a) Anatomie
conventionnelle



b) Artère de Percheron
provenant du tronc P1

Épidémiologie **+** **Présentation** **clinique** **+** **Traitement**

- Prévalence de l'artère de Percheron dans la population générale est estimée à 4-12% [2]
- Présentation clinique avec:
 - ✓ Altération de l'état de conscience
 - ✓ Paralysie supra-nucléaire du regard vertical
 - ✓ Troubles de mémoire [3]
- Thrombolyse dans les délais similaires que les ACV ischémiques réguliers [4]

Références

1. Rohit Sharma. V sign (midbrain). Reference article, Radiopaedia. <https://radiopaedia.org/articles/v-sign-midbrain> (accessed Apr 10, 2026)
2. Lazzaro NA, Wright B, Castillo M, Fischbein NJ, Glastonbury CM, Hildenbrand PG, Wiggins RH, Quigley EP, Osborn AG. Artery of percheron infarction: imaging patterns and clinical spectrum. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2010 Aug;31(7):1283-9. doi: 10.3174/ajnr.A2044. Epub 2010 Mar 18. PMID: 20299438; PMCID: PMC7965474.
3. Atallah O, Almealawy YF, et al. « Navigating the clinical landscape of artery of Percheron infarction: A systematic review ». *eNeurologicalSci* 2024; 37.
4. Kichloo A, Jamal SM, Zain EA, Wani F, Vipparala N. Artery of Percheron Infarction: A Short Review. *J Investig Med High Impact Case Rep*. 2019 Jan-Dec;7:2324709619867355. doi: 10.1177/2324709619867355. PMID: 31394937; PMCID: PMC6689919.