

Introduction

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Les malformations artério-veineuses (MAV) cervico-faciales sont des lésions vasculaires complexes et rares, présentes chez 0.1% de la population. D'origine traumatique ou congénitale, elles sont caractérisées par une croissance variable, dont les complications peuvent être défigurantes et potentiellement fatales. Nous décrivons un cas rare de nécrose palatine post-embolisation d'une MAV labiale et jugale.

Observation

Une patiente de 59 ans, sans autres antécédents, présentait une MAV jugale et labiale supérieure droite, large (> 6cm) et récidivante (Fig. 1). Il s'agissait de la troisième cure d'embolisation, avec apparition en post-opératoire immédiat d'une nécrose complète de la muqueuse hémi-palatine droite associée à des mobilités et des douleurs dentaires. (Fig. 4). Le scanner post-embolisation montre une obturation complète de l'artère palatine descendante (Fig 2).

Le traitement a consisté en antibiothérapie (amoxicilline/acide clavulanique 875mg 3x/j pendant 3 semaines), débridement et soins locaux (eau oxygénée 3%, chlorhexidine 0,2% pendant 2 mois). Le suivi a été hebdomadaire pendant 1 mois, ensuite trimestriel. Le CBCT à 3 mois ne montrait pas de nécrose osseuse. La ré-épithélialisation de la muqueuse palatine était complète à 3 et 6 mois (Fig 5 et 6).

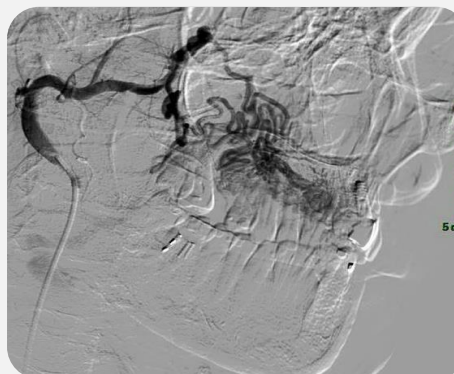


Fig. 1 : Angiographie pré-embolisation de la MAV labiale et jugale droite.



Fig 2: Angio CT post-embolisation avec occlusion de l'artère palatine descendante et jugale droite.

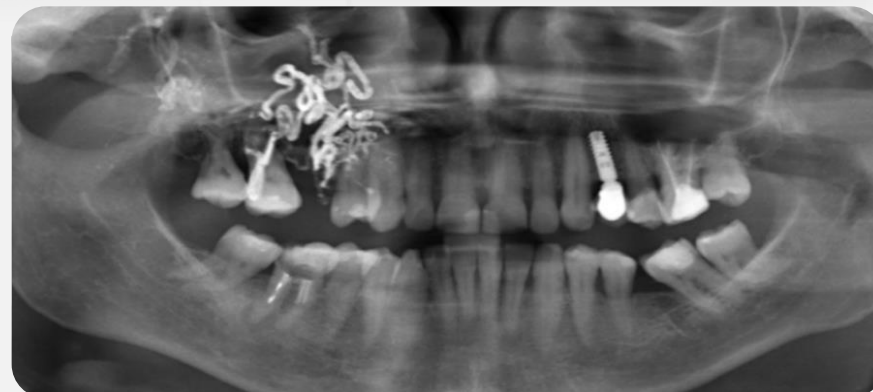


Fig 3: radiographie panoramique post-embolisation

Discussion

Les localisations extracrâniennes typiques des MAV sont la face, la cavité buccale et les extrémités. Le traitement reste un défi majeur car le schéma de croissance est souvent comparé à celui d'une tumeur maligne. Récemment, Kansy et al (2018), ont décrit un algorithme pour la prise en charge des MAV : « Heidelberg's Algorithm ». La résection chirurgicale (avec ou sans reconstruction) à 24-48h post-embolisation montre des résultats très satisfaisants comparée à une monothérapie.

Les résections incomplètes ou l'embolisation peuvent induire une croissance agressive du nidus résiduel, et le risque de récurrence peut atteindre 50% au cours des 5 premières années.

Les complications principales de l'embolisation sont la récurrence et l'hémorragie post-opératoire. De rares cas de nécrose palatine ont été décrits suite à l'embolisation d'épistaxis réfractaires, avec des résultats très similaires de ré-épithélialisation de la muqueuse à 3 et 6 mois.



Fig. 4 : nécrose palatine 72h post-embolisation



Fig. 5 : aspect à 3 mois



Fig. 6 : aspect à 6 mois

Le matériel embolique liquide le plus couramment utilisé est l'Onyx, dont l'avantage est d'être radio-opaque et d'avoir un pouvoir de diffusion vasculaire terminal très efficace.

Son inconvénient majeur est celui du risque accru d'occlusion endartériolaire, engendrant la nécrose des tissus vascularisés par les vaisseaux terminaux. Cette propriété peut expliquer la destruction de la muqueuse palatine, étant donné sa vascularisation terminale.

Nous présentons le seul cas de nécrose palatine sur embolisation d'une MAV labiale et jugale, décrit dans la littérature.

References

Rangel-Castilla L et al. Preoperative Onyx embolization of hypervascular head, neck, and spinal tumors. Experience with 100 consecutive cases from a single tertiary center. *J NeuroIntervent Surg*, 2014;6, 51–56. doi:10.1136/neurintsurg-2012-010542

Kansy K et al. Interdisciplinary treatment algorithm for facial high-flow arteriovenous malformations, and review of the literature. *J Craniomaxillofac Surg*, 2018;46, 765–772. doi:10.1016/j.jcms.2018.03.002