

Communications « Flash » affichées présentées à la Réunion Annuelle de Paris
27-28 novembre 2018, Le Beffroi de Montrouge

P-1

Tuberculose cérébrale : à propos de 21 cas

A.Elmamoune,MB.Souylem.AS.Kleib,SS.Memou,O.Soumaré,SM.Salihy, *Nouakchott-Mauritanie.*

Adresse e-mail : abdamamo@yahoo.fr

Introduction - Atteinte du SNC par Mycobacterium tuberculosis. De plus en plus fréquente surtout chez l'immunodéprimé . Présentations clinique Rx et biologique diverses. Le Diagnostic positif est souvent présomptif en l'absence de preuve Histo ou bactériologique. Les nouvelles techniques d'imagerie ont permis d'améliorer le Diagnostic-Traitement anti tuberculeux : seul garant d'une évolution favorable. Morbi-mortalité élevées .son incidence dans les Pays sous développés:10-30% des Processus Expansifs Intra Crâniens (4% en occident)

Matériel et méthodes : Étude rétrospective de 21 cas de 2006 à 2017. colligés dans le service de neurochirurgie au centre hospitalier national de Nouakchotte-Tous nos patients ont eu un Scanner et ou IRM . Bilan : standard, HIV, Inflammatoire. Etude du LCR.

Résultats : Age moyen : 31 ans (10-65 ans) Sexe : 13H/ 8F. Vaccination certaine chez 12 patients . TBC associée : 3 cas. Séropositif au VIH : 2 cas . Diabétique : 1cas. Sous Corticothérapie pour PR : 1 cas. Tuberculome:15 cas. Abscès: 3 cas. Vasculite:1 cas. Atteinte méningée:6cas. Hydrocéphalie:5cas. Le diagnostic était certain dans 14cas : sur preuve histologique dans 12cas, sur isolement de BK dans 2 cas. Diagnostics présomptifs : 7cas. Quadrithérapie : INH-RIF-PYR-ETB(2 à 3mois) puis bithérapie (12-36 mois). DVP (3cas). DVE puis DVP (1cas) -Chirurgie à visée décompressive (5cas). Biopsie : (7cas).Traitement adjuvant : corticothérapie, antiépileptique, dans tous les cas

Conclusion : La tuberculose du SNC est fréquente dans les pays en voie de développement-elle est en recrudescence dans les pays industrialisés ; il faut toujours y penser devant un terrain favorable et devant des signes radiologiques évocateurs; le diagnostic de certitude n'est pas toujours aisé et tout retard de diagnostic entraîne séquelles lourdes et mortalité ; le traitement est médical.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-2

La prise en charge des abcès Intracrâniens : A propos de 120 cas

H Abdourafiq, K Chtirai, A Ouakrim, Y Elallouchi, M Khalouki, K Aniba. *Marrakesh, Maroc.*

Adresse e-mail : k.chtira@gmail.com

Introduction : Les abcès sont des suppurations intracrâniennes rares, mais de pronostic relativement grave. Les attitudes thérapeutiques sont controversées avec des résultats disparates. Dans le but de standardiser cette étude, nous avons analysé rétrospectivement le dossier de 120 patients traités pour abcès durant la période du Janvier 2004 à Décembre 2014

Matériel et méthodes : il s'agit de 35 femmes et 85 hommes, âgés entre 45 jours et 68 ans, avec une moyenne d'âge de 23,92 ans. L'origine otogène était la porte d'entrée la plus fréquente (30,97%), suivie des traumatismes crâniens (23,89%). La triade de Bergman n'était présente que dans 23,89%. Le diagnostic a été retenu à la TDM cérébrale dans 110 cas d'abcès. Le siège sus tentorial prédominait dans 83,18% des cas, l'agent pathogène a été retrouvé dans seulement 15,64%.

Résultats : 101(84,1%) patients ont été opérés et 19 avaient bénéficié d'une antibiothérapie seule ; l'évolution a été bonne dans 80%, avec 20,12% de complications, 12,5% de séquelles neurologiques et 5,83% de décès.

Conclusion : Les abcès intracrâniens constituent une urgence médico-neurochirurgicale, la prise en charge est multidisciplinaire ; les abcès otogènes sont les plus fréquents ; les nouvelles techniques d'imagerie ont facilité le diagnostic. L'association d'une antibiothérapie ciblée et du traitement chirurgical permet la guérison avec moins de séquelles.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-3

La pentoxifylline réduit significativement la douleur radiculaire secondaire à la hernie discale lombaire : une étude prospective, croisée, randomisée et simple aveugle

B Tarabay, F Komboz, S Kobaiter-Maarrawi, E Atallah, F Fayad, J Maarrawi*, *Beyrouth, Liban*
Adresse e-mail : joseph.maarrawi@usj.edu.lb

Introduction : La lombalgie, parfois associée à une douleur radiculaire, est une pathologie complexe qui constitue une des premières causes d'invalidité au monde. Le but du traitement médical est d'améliorer la douleur, le fonctionnement des patients et de prévenir si possible le recours à la chirurgie. Pourtant, dans certains cas, même un traitement pharmacologique optimal n'améliore pas les symptômes. Il a été prouvé que le nucleus pulposus sécrète la TNF, une cytokine pro-inflammatoire incriminée dans la composante neuropathique de la radiculopathie. La Pentoxifylline est un inhibiteur de la phosphodiesterase qui bloque l'activité de la TNF. L'objectif de cette étude est d'évaluer le rôle de la Pentoxifylline dans le traitement des radiculopathies secondaires aux pathologies rachidiennes lombaires dégénératives.

Matériel et méthodes : 58 patients présentant une douleur radiculaire secondaire à une hernie discale lombaire sont inclus dans cette étude prospective, croisée, randomisée et simple aveugle après vérification des critères d'exclusion. La douleur est évaluée de J0 à J30 par l'échelle numérique simple et par le « Patient Global Impression of Change » (PGIC) à J15 et à J30. La Pentoxifylline est ajoutée aléatoirement aux premiers ou les deuxièmes quinze

jours au même protocole de traitement (Ibuprofène + Paracétamol + Prégabalin). L'« aire sous la courbe de douleur » (AUC) a été calculée pour les 2 périodes de traitement de 15 jours.

Résultats : L'AUC moyenne était de 1497,57 dans le groupe Pentoxifylline et 1836,36 dans le groupe contrôle ($p < 0,0001$). La PGIC était de 5,79 dans le groupe Pentoxifylline contre 5,08 dans le groupe contrôle ($p < 0,0001$). Des effets secondaires mineurs sont notés dans 2 cas dans le groupe Pentoxifylline.

Conclusion : L'introduction de la Pentoxifylline au traitement médical standard de la douleur radiculaire associée à la pathologie lombaire dégénérative paraît diminuer de façon significative l'intensité de la douleur et améliore la satisfaction des patients vis-à-vis du traitement.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-4

Intérêt des neurotomies partielles et sélectives du médian et du nerf ulnaire pour améliorer la fonction d'une main spastique .(A propos d'une série de 46 cas)

L Mahfouf*, B Abdennebi. *Alger, Algérie*

Adresse e-mail: mahfouflila@yahoo.fr

Introduction : Les neurotomies partielles et sélectives des nerfs médian et ulnaire visent à réduire les composantes spastiques localisées à un ou deux groupes musculaires du membre supérieur spastique. Une évaluation clinique et analytique bien conduite par une équipe multidisciplinaire permet de cerner la spasticité handicapante ,invincible et en impasse thérapeutique .

Matériel et méthodes : 55 neurotomies partielles et sélectives ont été réalisées chez 46 patients, dont l'âge varie entre 14 et 56 ans présentant une spasticité de la main rebelle aux différents traitements médicamenteux et kinésithérapiques .L'étiologie du phénomène spastique est dominé par les traumatismes crânio-encéphaliques. Chez 37 patients, la technique neurochirurgicale de section s'est limitée à une neurotomie du médian seul .La neurotomie ulnaire en complément à celle du médian a été réalisée dans le restant des cas.

Résultats : Après un recul de 11 ans et après un programme de soins précoce et intensif , nos résultats ont été jugés "Bon" chez 29 patients (63,04%) ."Moyens dans 11cas (23,91%) et mauvais dans les cas de mains" oubliées"

Conclusion : La qualité des techniques de sections dépend de la prise en charge multidisciplinaire .Les neurotomies partielles et sélectives du membre supérieur spastique permettent une réduction significative des composantes spastiques chez les patients qui les patients prient en charge par une équipe multidisciplinaire .

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-5

Guidage élastographique dynamique peropératoire en chirurgie de l'épilepsie

B. Mathon*, S. Clémenceau, A. Carpentier. *Paris, France.*

Adresse e-mail : bertrand.mathon@aphp.fr

Introduction : En chirurgie de l'épilepsie, le pronostic épileptologique postopératoire dépend de la qualité de la résection du foyer épileptogène. Certaines lésions épileptogènes sont bien circonscrites et leur exérèse complète peut être aisément réalisée. D'autres lésions, comme les dysplasies corticales focales (DCF), sont difficilement visibles, voire invisibles, en peropératoire. L'élastographie dynamique repose sur l'étude de la propagation d'ondes de cisaillement dans le milieu étudié. Cette technique d'imagerie non-invasive permet d'évaluer en temps réel, et de façon objective, la rigidité des organes. Elle est utilisée depuis plusieurs années en hépatologie pour déterminer le stade de fibrose hépatique. Nous avons estimé que le foyer épileptogène était plus rigide que le parenchyme sain alentour et que, de surcroît, l'élastographie peropératoire pourrait détecter cette différence. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'apport du guidage élastographique peropératoire dans la détection des lésions épileptogènes, en chirurgie de l'épilepsie.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude prospective entre Novembre 2016 et Mai 2018 dans le service de Neurochirurgie du GHU La Pitié-Salpêtrière (Paris), en incluant les patients pour lesquels nous avons pratiqué une résection de foyer épileptogène, soit sur une épilepsie lésionnelle, soit sur une épilepsie cryptogénique. Les patients opérés d'une épilepsie mésiotemporale réglée ont été exclus. En peropératoire, nous avons étudié, à l'aide de la technique d'élastographie ultra-rapide par onde de cisaillement (ShearWave Elastography (SWE) ; Aixplorer SuperSonic Imagine, Aix-en-Provence, France), la rigidité de la zone épileptogène lésionnelle, celle du parenchyme sain adjacent, et nous avons calculé le ratio entre les deux. Il existait une différence significative de rigidité entre les tissus si ce ratio était > 2.

Résultats : 28 patients (57% de femmes, âge moyen = 28 ans) ont été inclus dans l'étude. Les étiologies de l'épilepsie étaient : cavernome (28,6%), DCF (25%, 7 cas dont 4 étaient non visibles en IRM), DNET (21,4%), gangliogliome (10,7%), séquelle post-traumatique (7,1%), autres (7,1%). 28,6% des patients avaient, préalablement à la chirurgie, été explorés par des électrodes intracérébrales de SEEG. L'échographie standard peropératoire a permis de visualiser la lésion épileptogène dans 71% des cas, tandis que la SWE détectait une différence significative de rigidité entre les tissus dans 92,8% des cas. 3 des 4 DCF non visibles en IRM ont été détectées en SWE avec un ratio moyen de 2,8 +/- 0,6. Les 3 DCF visibles en IRM ont été détectées avec un ratio moyen de 3,9 +/- 0,8. Les cavernomes présentaient un ratio moyen de 8,2 +/- 2,1 et la gliose péri-cavernomateuse de 2,7 +/- 0,8. Les autres lésions avaient des ratios variables selon leur composante kystique ou charnue.

Conclusion : La SWE peropératoire permet, dans la plupart des cas, de différencier en temps réel la lésion épileptogène du cerveau sain, et permet ainsi d'optimiser la résection chirurgicale. Cette technique est particulièrement efficace pour la chirurgie de résection des DCF visibles en IRM ou suspicion de DCF non visibles en IRM, ainsi que pour la chirurgie des

cavernomes avec gliose péri-cavernomateuse. Cette technique présente néanmoins l'inconvénient d'être opérateur-dépendante et nécessite une courbe d'apprentissage.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-6

Analyse de l'hydrodynamique des Malformations de Chiari : vers de nouveaux arguments diagnostiques ?

C. Capel*, A. Fichten, M. Lefranc, P. Toussaint, O. Balédent, J. Peltier. *Amiens, France*

Adresse e-mail : capel.cyrille@chu-amiens.fr

Introduction : Le volume vasculaire intracrânien est inconstant au cours du cycle cardiaque. Les oscillations du LCS entre les espaces sous-arachnoïdiens intracrâniens et périmédullaires permettent de préserver la pression intracrânienne (PIC). La présence d'une ptose des tonsilles cérébelleuses altère les oscillations du LCS au niveau du foramen magnum. Les indications chirurgicales des malformations de Chiari (CM) sont difficiles et reposent sur l'analyse clinique et la corrélation avec l'imagerie. L'IRM en contraste de phase (IRMCP) permet de quantifier l'hémodynamique et l'hydrodynamique craniospinal au cours du cycle cardiaque. L'objectif de ce travail était de comparer l'hémodynamique et l'hydrodynamique craniospinale avant et après traitement de CM. Nous analyserons également l'intérêt de cet outil dans le diagnostic et le suivi des CM.

Matériel et méthodes : Nous avons inclus 21 patients adultes qui ont été opérés et ont présenté une évolution clinique favorable à 1 an. 12 patients présentaient une syringomyélie. La chirurgie consistait en une décompression osseuse seule (9 patients) ou associée à une plastie d'élargissement de la grande citerne (12 patients). Chaque patient a bénéficié d'une IRMCP en préopératoire et un an après chirurgie. Nous avons quantifié l'hydrodynamique intracrânienne et spinale, l'hémodynamique cérébral et mesuré les oscillations du névraxe au niveau du foramen magnum.

Résultats : L'IRMCP est un outil permettant facilement d'évaluer quantitativement l'impact d'une CM sur l'hémohydrodynamique cérébrale. Il existe une altération majeure de l'hydrodynamique au niveau du foramen magnum qui est compensée par une oscillation pathologique du névraxe permettant de préserver la PIC. L'impact d'une ptose des tonsilles sur le système craniospinal est montré par l'étude de l'hydrodynamique. Il s'agit d'un argument majeur dans la décision thérapeutique. Une CM diminue la participation jugulaire au drainage sanguin cérébral et augmente l'amplitude du débit veineux. Cette altération est réversible après chirurgie. Cette analyse fonctionnelle montre donc une voie d'étude diagnostique. La décision thérapeutique basée sur l'analyse en IRMCP permettrait de mieux comprendre les répercussions d'une ptose des tonsilles cérébelleuses sur le système craniospinal.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-7

Etude de l'organisation des zones du langage chez des sujets trilingues par IRM fonctionnelle Beyrouth, Liban

J Abdel Hay*, C Atat, S Yazbeck, R Moussa. *Beyrouth, Liban*

Adresse e-mail : joe.abdelhay@gmail.com

Introduction : L'IRM fonctionnelle a remplacé le test de WADA pour l'évaluation de la dominance du langage en préopératoire. Au Liban, plus de 60% de la population est trilingue. Il est important de savoir s'il existe des différences significatives entre l'activation des zones du langage chez les multilingues pour déterminer quelles langues devraient être testées à l'aide de l'IRM fonctionnelle dans l'évaluation préopératoire. Peu d'études ont été réalisées chez les trilingues et aucune n'a inclut de gauchers. Cette étude compare l'activation des zones du langage par IRM fonctionnelle pour chaque langue, chez des droitiers et des gauchers trilingues.

Matériel et méthodes : 30 sujets adultes, 15 droitiers et 15 gauchers, de niveau éducatif universitaire, maîtrisant l'Arabe, le Français et l'Anglais et sans antécédents neurologiques ont été inclus dans l'étude. Chaque participant a bénéficié d'une IRM fonctionnelle examinant l'activation cérébrale pour chaque langue en tenant compte de différents facteurs pouvant influencer l'activation.

Résultats : L'activation des zones de Broca, Wernicke et l'AMS est bilatérale dans 60% des cas et se trouve au même endroit anatomique pour les 3 langues. Par contre, l'emplacement anatomique et le degré d'activation des aires accessoires frontales et temporales diffèrent entre les 3 langues. La dominance est identique pour les 3 langues chez 85% des sujets, elle diffère uniquement chez des gauchers. Les gauchers activent moins de zones globalement comparés aux droitiers. La durée de pratique quotidienne d'une langue et son niveau linguistique n'influent pas sur l'étendue de l'activation. Une corrélation semble exister par contre entre l'ordre d'apprentissage d'une langue et le degré d'activation, la dernière langue apprise entraînant une activation cérébrale plus importante.

Conclusion : S'il s'agit de déterminer le côté de la dominance du langage, l'étude d'une seule langue pourrait suffire chez les droitiers alors que l'étude de chaque langue serait requise chez les gauchers. Pour déterminer l'organisation anatomique des zones essentielles et accessoires du langage, l'étude de chaque langue est nécessaire. L'étude de la dernière langue acquise pourrait suppléer à l'étude des 3 langues si l'IRM fonctionnelle préopératoire doit être écourtée.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-8

Anomalies structurelles des nerfs trijumeaux révélées par l'imagerie en tenseur de diffusion chez les patients avec névralgie trigéminal par compression vasculaire : étude prospective, aveugle et contrôlée, avant et quatre ans après la décompression vasculaire microchirurgicale

PRL Leal*; J Roch, M Hermier, Y Berthezene, M Sindou. *Lyon, France.*

Adresse e-mail : prlleal@hotmail.com

Introduction : Du fait que l'imagerie en tenseur de diffusion (DTI) est capable de vérifier l'intégrité tissulaire, nous avons décidé d'utiliser cette technique pour la détection des anomalies structurelles des nerfs trijumeaux (T) chez des patients souffrant de névralgie trigéminal (NT) provoquée par compression neurovasculaire (CNV) et qui ont bénéficié d'une décompression vasculaire microchirurgicale (DVMC). Ces données ont été couplées aux paramètres anatomiques des nerfs (surface de section au niveau de la root-entry-zone [SS] et volume du nerf [V]).

Matériel et méthodes : En utilisant la séquence DTI-3T nous avons mesuré la fraction d'anisotropie (FA) et le coefficient apparent de diffusion (ADC) chez 10 patients soumis à la DVMC et 6 sujets normaux. Nous avons comparé les résultats entre les nerfs affectés (groupe ipsilatéralNT, n=10), les nerfs non-affectés (groupe contralatéralNT, n=10) et les nerfs des sujets normaux (groupe contrôle, n=12). Les résultats ont été corrélés aux valeurs de SS et V. Nous avons comparé aussi et surtout les résultats des groupes ipsilatéralNT et contralatéralNT avant et 4 ans après la DVMC.

Résultats : Avant la DVMC, la FA du groupe ipsilatéralNT ($0,37 \pm 0,08$) était significativement réduite ($p < 0,05$) par rapport aux groupes contralatéralNT ($0,48 \pm 0,08$) et contrôle ($0,52 \pm 0,04$) et ADC du groupe ipsilatéralNT ($5,6 \pm 0,89$ mm²/s) était significativement augmenté ($p < 0,05$) par rapport aux groupes contralatéralNT ($4,26 \pm 0,59$ mm²/s) et contrôle ($3,84 \pm 0,43$ mm²/s). Il y avait une réduction significative de la SS et du V du groupe ipsilatéralNT par rapport aux groupes contralatéralNT et contrôle ($p < 0,05$). La corrélation de Spearman était significative entre la réduction de la FA et celles de V ($r = 0,7576$) et de la SS ($r = 0,9273$) des T affectés. La corrélation de Spearman était significative entre l'augmentation de l'ADC et la réduction de V ($r = -0,7173$) et celle de la SS ($r = -0,7416$) des T affectés. Quatre ans après la DVMC, la FA du groupe ipsilatéralNT ($0,41 \pm 0,02$) était significativement réduite ($p < 0,05$) par rapport au groupe contralatéralNT ($0,51 \pm 0,02$), mais l'ADC du groupe ipsilatéralNT ($4,24 \pm 0,34$ mm²/s) était devenu similaire ($p > 0,05$) à celui du groupe contralatéralNT ($4,01 \pm 0,33$ mm²/s).

Conclusion : La DTI a mis en évidence des altérations de la FA et d'ADC des T affectés. Ces altérations étaient corrélées avec l'atrophie des T affectés. Après la décompression du nerf, la réduction de la FA se maintenait, tandis que l'ADC se normalisait au niveau des nerfs affectés. Ceci suggère la persistance des lésions axonales, une réduction de l'oedème de la racine et la récupération de la conduction sensitive.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-9

D'ARUBA à TOBAS : Résultats cliniques lyonnais des malformations artério-veineuses cérébrales Spetzler-Martin I et II - Lyon, France

C Dumot*, J Guyotat, M. Berhouma, I. Pelissou-Guyotat. Lyon -France

Adresse e-mail : chloe.dumot@chu-lyon.fr

Introduction : Du fait de ces différentes limitations, l'étude ARUBA (A Randomized trial of Unruptured Brain Arteriovenous malformations) laisse de nombreuses questions notamment sur la prise en charge des malformations artério-veineuses cérébrales (MAVc)

de bas grades Spetzler-Martin (S-M) I et II non rompues. L'objectif de ce travail est d'étudier les résultats cliniques à long terme des MAVc de bas grade rompues et non rompues, traitées et non traitées.

Matériel et méthodes : Les dossiers médicaux cliniques et radiologiques des patients porteurs d'une MAVc pris en charge à Lyon de 2006 à 2017 ont été revus rétrospectivement. Les MAVc de grade S-M I et II ont été identifiées. Les patients ont été contactés si le dernier suivi était supérieur à 1 an.

Résultats : 167 patients ont été inclus, 82 présentaient une MAVc rompue (groupe A), 55 une MAVc non rompue traitée (groupe B) et 30 une MAVc non rompue non traitée (groupe C). Les groupes étaient comparables en terme d'âge, de sexe, de répartition des grades de S-M, de localisation en zone éloquentes et de type de drainage. Avec une durée de suivi de 3,4 ans en moyenne (écart-type 2,8), 80% des patients avaient un score de Rankin modifié (mRS) compris entre 0 et 2 dans le groupe C, alors que ce pourcentage était de 87,3% dans le groupe B et 62,2% dans le groupe A ($p=0,008$, Test exact de Fisher). Dans le groupe non rompu non traité (groupe C), 5 patients (16,7%) ont présenté une hémorragie cérébrale au cours du suivi responsable de 3 décès et d'un patient mRS 1. Dans le groupe B, 17 patients ont présenté des complications (30,9%) de tous types, 8 patients étaient symptomatiques à la date du dernier suivi (3 mRS 1, 1 mRS 3, 1 mRS 4, 3 mRS 6). Le nombre de complications n'était pas différent entre les groupes ($p=0,27$, Chi-2).

Conclusion : Notre étude, bien que rétrospective, ne retrouve pas de sur-risque à un traitement pour les MAVc non rompues de bas grade. Elle rappelle également la gravité potentielle d'une rupture. Les limites des séries rétrospectives soutiennent la nécessité du nouvel essai randomisé TOBAS (Treatment Of Brain Arteriovenous malformations).

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-10

Management hybride d'anévrismes complexes de l'ACI par traitement endovasculaire et technique de révascularisation supplémentaire.

P Dodier, W-T Wang, E Knosp, G Bavinzski, Vienne, Autriche

Adresse e-mail : philippe.dodier@meduniwien.ac.at

Introduction : Les anévrismes complexes représentent une catégorie difficile de pathologies cérébro-vasculaires nécessitant des plans de traitement individuels et souvent complexes. Les thérapies standard telles que les techniques endovasculaires et le clipping microchirurgical représentent souvent des options insuffisantes en raison des taux de récurrence élevés et des risques de complications élevés. Pour les anévrismes complexes de l'ACI (e.a. anévrisme géant) notre centre offre depuis 20 ans une alternative hybride standardisée : un traitement microchirurgical et endovasculaire combiné réalisé par un EC-IC bypass suivi de l'occlusion de l'ACI. L'objectif de cette étude rétrospective est de présenter les résultats cliniques et radiologiques dans notre centre spécialisé.

Matériel et méthodes : Nous avons inclus 43 patients présentant des anévrismes complexes de l'ACI, qui ont subi le traitement microchirurgical et endovasculaire combiné décrit ci-dessus à la clinique universitaire de neurochirurgie de Vienne entre novembre 1997 et décembre 2015. Des données de suivi ont été recueillies lors d'examens cliniques et radiologiques.

Résultats : 44 procédures de revascularisation (STA-MCA bypass) ont été réalisées. Le temps de suivi clinique moyen était de 54 mois (\pm 51,6). Une perméabilité totale de 93% et un taux d'occlusion complète de 89% ont pu être atteints lors du dernier Follow-up (analyse toujours en attente).

Conclusion : La thérapie microchirurgicale et endovasculaire combinée pour anévrismes complexes de l'ACI reste une méthode de traitement fiable, même comparée aux nouvelles techniques (par exemple 'Flowdiverter'). Les données démontrent qu'une approche de traitement combiné pour ces pathologies intracrâniennes complexes et potentiellement fatales reste une option efficace et sûre et devrait être réservée aux centres hautement spécialisés.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-11

Intérêt de la neuroendoscopie dans l'aménagement des kystes arachnoïdiens intracrâniens

H.Derradji *, R.Trad Khoudja, M.Nebbal, *Alger - Algérie*

Adresse e-mail : hakim7740@yahoo.fr

Introduction : Les kystes arachnoïdiens intracrâniens sont des lésions dues à une accumulation anormale de LCR dans certaines localisations cérébrales, en particulier dans la vie embryonnaire. Avec une prévalence relativement faible (1% des lésions cérébrales intracrâniennes), leur découverte est souvent fortuite. Cependant, ils peuvent manifester des symptômes cliniques sévères ou présenter un risque hémorragique, nécessitant une prise en charge neurochirurgicale. L'objectif de notre étude est de démontrer la valeur de l'utilisation de la neuroendoscopie comme technique de choix dans le traitement de ces lésions et de démontrer sa contribution par rapport aux autres techniques neurochirurgicales.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective et descriptive réalisée entre 2012 et 2017 sur 120 patients, âgés de quelques jours à 64 ans, présentant des kystes arachnoïdiens intracrâniens symptomatiques, dont 100 ont bénéficié d'une décompression neurochirurgicale. Les méthodes chirurgicales appliquées aux nombres variables sont : fenestration neuroendoscopique, manœuvre et craniectomie. Les résultats chirurgicaux ont été évalués sur l'échelle COS (échelle des résultats cliniques) et l'échelle IOA (aspect des résultats de l'imagerie).

Résultats : La proportion de patients traités par fenestration endoscopique a atteint 81% du nombre total de patients, en particulier dans les kystes arachnoïdiens quadrigeminaux, sellaires et suprasellaires et intraventriculaires, qui ont été endoscopiquement contrôlés à 100%. Les autres patients ont bénéficié de dérivations (10%), de craniectomies (7%) et de

récréations (2%). Le taux de complications était de 16% du nombre total de patients opérés. La neuroendoscopie présentait le taux le plus faible (5%) par rapport aux autres techniques : la dérivation (36%) et la craniectomie (29%). Une amélioration clinique a été notée chez 90% des patients postopératoires. Radiologiquement, l'amélioration a touché 68% des patients opérés à court et à long terme.

Conclusion : La fenestration endoscopique a été utilisée chez la majorité de nos patients. C'est une technique peu invasive avec de nombreux avantages pour le patient. Cela a atténué l'impact de la chirurgie et élargi la gamme des indications. Elle peut être utilisée seule ou associée à d'autres techniques en fonction de la localisation et des particularités de chaque kyste. Au vu des résultats obtenus dans notre étude, cette technique a réussi à résoudre le problème des kystes arachnoïdiens profonds d'un côté et à participer largement à la gestion d'autres localisations.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-12

La chirurgie endoscopique : état des lieux, et perspectives d'avenir ,

Y Ait M'barek, M Assamadi, L Benantar, A Lamhani, K Aniba, *Marrakech-Maroc*

Adresse e-mail : as.mouhssine@gmail.com

Introduction : La neuroendoscopie a considérablement évolué au cours des deux dernières décennies, au point qu'elle est devenue une surspécialité neurochirurgicale indépendante et reconnue. Ses indications sont devenues de plus en plus larges et ses techniques se sont améliorées. Elle joue un rôle à la fois dans le diagnostic et le traitement de plusieurs pathologies. L'indication principale de la neuroendoscopie est la ventriculocysternostomie VCS pour le traitement d'hydrocéphalies obstructives.

Matériel et méthodes : Notre travail est une étude rétrospective étalée de janvier 2015 à décembre 2017 de 139 patients ayant été opérés par voie endoscopique au service de neurochirurgie de l'hôpital Ibn Tofail de Marrakech. Parmi ces patients 62 cas d'hydrocéphalie ont bénéficié d'une VCS, 2 cas de kystes colloïdes de V3, les autres tumeurs de V3 sont répartis comme suit : 5 astrocytomes, 3 tumeurs épendymaires, 1 neurocytome et 1 processus fibreux organisé sans lésion spécifique, 3 tumeurs de la région pinéale. Notre série recense également des processus sellaires traitée par abord trans nasal transphénoïdal dont 48 cas d'adénome hypophysaire (40 non sécrétant et 8 sécrétant) , 5 craniopharyngiomes, 3 méningiomes et deux autres processus : 1 histiocytose X et 1 sarcoïdose . 8 kystes arachnoïdiens, 2 processus de la fosse cérébrale postérieure et 3 cas de névralgie faciale sur conflit vasculo-nerveux opérés par microchirurgie assisté par endoscopie. Les autres indications sont 2 brèches ostéoméningées et 3 patients ayant bénéficié de biopsie par voir endoscopique.

Résultats : L'activité endoscopique dans notre service a augmenté durant les dernières années et est passée de 5 à 30% en 2017. La tendance s'est faite vers la spécialisation du service dans les processus sellaires dont les adénomes hypophysaires qui ont vu leur taux passer de 19 à 58%. La moyenne d'âge de nos patients est de 30 ans avec des extrêmes de 1 mois et 69 ans. Le syndrome d'HTIC constitue le symptôme le plus fréquent (76% des cas) et

la macrocra nie constitue la présentation clinique la plus fréquente de l'hydrocéphalie chez les enfants de moins de 1 an. L'hydrocéphalie était d'origine tumorale dans 58 cas soit 80.6%, malformative dans 12 cas soit 16.6% et post-infectieuse dans 2 cas soit 2.8%. Le saignement intraventriculaire peropératoire a été rencontré dans 2 cas (soit 1.4%), l'échec du geste endoscopique intracrânien en peropératoire dans 3 cas (2.2%) et 4 cas d'échec en postopératoire (2.8%). On a noté 10 cas de méningites postopératoires (7.2%). Le taux de mortalité dans notre série a atteint 6.4%. L'évolution à long terme a été marqué par la récidive de 2 méningiomes, 4 adénomes hypophysaires et 1 craniopharyngiome tous repris par voie endoscopique.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-13

Sténose non tumorale du foramen de Monro :   propos de deux cas et revue de la littérature

I. Takbou*, N. Mentry, K. Djoulane, H. Bellhcene, K. Youbi, S. Tliba. *Béjaia, Algérie*
Adresse e-mail : drtakbou@gmail.com

Introduction : La sténose non tumorale du foramen de Monro est une entité anatomo-clinique rare qui engendre une hydrocéphalie asymétrique des ventricules latéraux quand la sténose concerne un seul foramen ou une dilatation biventriculaire quand elle est bilatérale.

Matériel et méthodes : Nous rapportons deux observations de sténose non tumorale des foramen de Monro. Le premier cas est une fille de 03 ans, sans antécédents particuliers qui présente une boiterie à la marche évoluant depuis 06 mois. A l'examen clinique, elle présente une hémiparésie droite avec signes d'hypertension intracrânienne. L'IRM cérébrale a montré une hydrocéphalie avec une dilatation asymétrique du ventricule latéral gauche. Le deuxième cas est un homme de 40 ans, suivi en psychiatrie pour un syndrome dépressif. Cliniquement, il présente un syndrome d'hypertension intracrânienne, une ataxie avec troubles de l'équilibre. L'IRM a révélé une hydrocéphalie biventriculaire active par sténose des deux foramen de Monro. Les deux malades ont bénéficié d'un traitement endoscopique avec réalisation d'une ventriculocisternostomie. Les suites opératoires ont été simples avec une amélioration clinique.

Discussion : La sténose du trou de Monro est une pathologie rare. Son mécanisme pathogénique est mal élucidé. L'obstruction des foramen interventriculaires peut être congénital ou acquise secondaire à une hémorragie intra ventriculaire, une infection, une tumeur ou un kyste des plexus choroïdes. Le tableau clinique est classiquement celui d'une hydrocéphalie active. L'IRM cérébrale permet de poser le diagnostic et d'éliminer une origine tumorale de la sténose. Les vingtaines de cas rapportés dans la littérature ont conduit la prédominance des sténoses unilatérale par rapport aux formes bilatérales. L'endoscopie cérébrale permet une meilleure visualisation de la sténose ainsi que les malformations intraventriculaires associées (ouverture du septum pellucidum, anomalies du plexus choroïde, latéralisation des fornix, déformation de l'hippocampe). Elle permet également la réalisation d'une ventriculocisternostomie.

Conclusion : La sténose non tumorale du foramen de monro est une affection peu fréquente. L'expression clinique est celle d'une hypertension intracrânienne. Son diagnostic est évoqué à l'IRM cérébrale. L'endoscopie cérébrale confirme l'étiologie non tumorale de la sténose et permet le traitement de l'hydrocéphalie en rétablissant les voies d'écoulement du LCR.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-14

Endoscopie transsphénoïdale : prise en charge progressive du lésions de la base du crâne

D. Rotariu*, B. Costachescu, R. Buga, L. Eva, Z. Faiyad, I. Poata, Iasi, Roumanie .

Adresse e-mail : danielrotariu@icloud.com

Introduction : La chirurgie endoscopique de la base du crâne par voie transsphénoïdale (TS) requiert une courbe d'apprentissage prolongée compte tenu de particularités techniques, de la proximité d'importantes structures neurovasculaires, et de l'arduité d'une fermeture étanche de la base du crâne.

Matériel et méthodes : Nous avons analysé d'une façon rétrospective les cas opérés par voie endoscopique TS, depuis l'introduction de cette technique (2014) dans le Service de Neurochirurgie du CHRU N. Oblu à Iasi. Les données pré et postopératoires cliniques, radiologiques et endocrinologiques ont été analysées.

Résultats : Au total, 114 interventions ont été effectuées par voie endoscopique transsphénoïdale dont 89 pour des adénomes hypophysaires, et 25 interventions pour lésions non adénomateuse, dont 5 mucocèles, 2 fuites de LCR, 1 encéphalocèle, 2 méningiomes de base, 1 tumeur orbitaire, 7 tumeurs rhinosinuales, 4 tumeurs de la base du crâne, 3 chordomes. L'évolution et l'expérience de l'équipe se traduisent par l'augmentation progressive du nombre de cas traités, à partir de 14 cas en 2014, puis progressivement à 17 cas en 2015, 22 en 2016, 25 en 2017 et au cours des huit premiers mois de 2018 - il y a déjà 26 interventions. Avec l'augmentation du nombre d'interventions, leur complexité a également été accrue ; pour les adénomes hypophysaires, ce fait est révélé par l'augmentation du volume tumoral moyen, à partir de 6.1 cm³ en 2014 et atteignant 16,86 cm³ en 2018, suite à l'approche endoscopique des lésions hypophysaires géantes. L'augmentation de la complexité des cas est également révélée par le rapport des lésions hypophysaires aux lésions de la base du crâne ; dont en 2014, le pourcentage de lésions de la base du crâne n'était que de 21,4%, passant à 31,8% en 2016, et en 2018 leur poids représentait 42,3% des pathologies traitées par voie endoscopique transnasale. Une particularité est représentée par la durée de la chirurgie, qui se maintient relativement constant, soit 174 minutes, ce qui peut s'expliquer par la complexité accrue des lésions et l'introduction des approches étendues pour le traitement des lésions de la base du crâne. Pour les lésions hypophysaires, une augmentation de la résection (NTR > 90%) a été observée de 54% en 2014 à 80% en 2018. Dans cette catégorie, la complication la plus fréquente était la fuite peropératoire de LCR, 18 cas, avec une distribution constante au cours de la période d'étude, dont 3 nécessitaient une réintervention pour la fermeture.

Conclusion: Le perfectionnement de la technique chirurgicale suite à un gain d'expérience, incluant l'optimisation des gestes chirurgicaux, une fermeture multicouches incluant un

lambeau nasoseptal pédiculé, semble avoir une influence considérable sur l'issue clinique suite à l'interventions endoscopique TS et ont permis la prise en charge de pathologie de plus en plus complexe avec bons résultats.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-15

Résultats d'une technique d'incision hypophysaire alternative sur le traitement de la maladie de Cushing. Montréal, Québec, Canada.

R Jabre, F Chennou, S Valette, A Lacroix, M Desrosiers, R Moumdjian. *Montréal, Canada*
Adresse e-mail : roland.jabre@gmail.com

Introduction La maladie de Cushing est une pathologie débilante et dangereuse. Le succès de son traitement est grandement lié à l'exérèse chirurgicale complète du microadénome hypophysaire responsable de la sécrétion trop abondante d'hormones adrénocorticotropes (ACTH). Afin de bien repérer le microadénome et de procéder à son exérèse, nous avons développé au fil du temps une méthode permettant l'exploration de la glande hypophysaire appelée l'incision en forme de « H ». Cette nouvelle technique a donc été évaluée en comparant son efficacité à celle de la technique traditionnelle pour traiter la maladie de Cushing.

Matériel et méthodes : Une revue rétrospective des dossiers des patients opérés pour une maladie de Cushing dans notre centre hospitalier entre les années 2007 et 2018 a été réalisée. Les données démographiques des patients ont été recueillies ainsi que les données des tests paracliniques (bilan sanguin et imagerie) et les trouvailles peropératoires. Le statut de rémission post-opératoire de chaque patient ainsi que les complications (ex : diabète insipide, fistule de liquide céphalorachidien) ont été notés le cas échéant et ont été analysés en fonction de la technique d'incision de la glande hypophysaire.

Résultats : Un nombre total de quarante-sept patients (dont quarante femmes) furent inclus dans cette étude. L'âge moyen des patients était de 46,1 ans. Ils furent suivis pour une période moyenne de 26,4 mois. Vingt-cinq (53,2%) patients ont été opérés avant l'instauration de l'incision en forme de « H », alors que vingt-deux (46,8%) patients ont subi l'incision hypophysaire en forme de « H ». Le taux de rémission était de 83,3% pour le premier groupe et de 77,3% pour le groupe de patients qui a subi une incision en forme de « H » ($p = 0,67$). Il n'y a pas eu de différence statistiquement significative entre les taux de complication des deux groupes. De plus, la majorité (46,4%) des microadénomes hypophysaires se retrouvaient postérieurement à l'adénohypophyse.

Conclusion : Bien que le taux de rémission post-intervention de cette étude semble adéquat lorsqu'il est comparé aux données disponibles dans la littérature, l'incision hypophysaire en forme de « H » ne semble pas démontrer de supériorité sur les autres techniques déjà décrites. Également, cette étude semble montrer que les microadénomes hypophysaires sécrétant de l'ACTH se retrouvent généralement postérieurement à l'adénohypophyse et cette localisation reculée pourrait expliquer la difficulté de réséquer ces lésions.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-16

Gliosarcome cérébral: A propos de 19 cas

F.Kolsi, A.Meddeb, B.Kammoun, H.Mechergui, F.Jarrya, Z.Boudawwara, *Sfax, Tunisie*

Adresse e-mail : medeb.alaeddine@gmail.com

Introduction : Le gliosarcome est une variante du glioblastome, caractérisée par une prolifération biphasique du système nerveux central associant un contingent glial de type glioblastome et un contingent sarcomateux. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), cette tumeur représente 2 % des glioblastomes, et est classée de grade IV. Ce sont des tumeurs rares, représentant 0,8 à 8% de l'ensemble des glioblastomes.

Matériel et méthodes : C'est une étude rétrospective de 2003 à 2015 colligée au service de Neurochirurgie, CHU Habib Bourguiba- Sfax. Il s'agissait de 19 patients. L'âge moyen était 48,16 ans (25 à 70 ans). Le sex ratio est de 11/7. La symptomatologie était faite de signes d'hypertension intra crânienne (10 cas), des signes de localisation (10 cas), une épilepsie (2 cas) et une altération de l'état de conscience (2 cas). La localisation était uni focale dans 16 cas et multi focale dans 3 cas. Les lésions touchaient l'hémisphère gauche dans 13 cas et droite dans 6 cas. L'exérèse était jugée totale dans 12 cas, et partielle dans les autres cas. L'examen histologique et immunohistochimique ont conclu à un gliosarcome dans tous les cas. 15 patients ont eu une radiothérapie post opératoire alors que seulement 2 patients ont eu une chimiothérapie. L'évolution était marquée par une récurrence dans 8 cas réopérée dans 7 cas. La survie moyenne était de 9 mois et demi (1 mois à 3 ans).

Conclusion : Le gliosarcome est une tumeur à double composante gliale et sarcomateuse. Le tableau clinique est polymorphe, les données de l'imagerie (TDM, IRM) sont évocatrices, la confirmation est histologique et immunohistochimique. Le traitement est essentiellement basé sur la chirurgie et la radiothérapie. Son pronostic est meilleur que le glioblastome classique

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-17

Gliomes des voies optiques et hypothalamo-chiasmatiques de l'enfant : proposition d'une classification à usage neurochirurgical.

I Stella*, M. Helleringer, A Joud, P Chastagner, O Klein , *Nancy, France*

Adresse e-mail : i.stella@chru-nancy.fr

Introduction : La place de la chirurgie pour les gliomes des voies optiques (GVO) de l'enfant reste à préciser. La variabilité de l'histoire naturelle et de la réponse aux traitements adjuvants rend difficile la standardisation des attitudes thérapeutiques, qui sont discutées individuellement par une équipe pluridisciplinaire à chaque étape de la maladie. Dans certains cas, on constate un échappement à la chimiothérapie, voire à la radiothérapie ; le recours à la chirurgie est donc évoqué. Dans le but de mieux définir le rôle de la chirurgie, nous proposons une classification anatomo-radiologique, pratique et facilement

reproductible, des GVO. Cinq groupes sont définis à la lumière de l'analyse d'une série de 38 enfants.

Matériel et méthodes : Les données de 38 enfants suivis dans la même institution entre 1990 et 2018 ont été recueillies rétrospectivement. 17/38 enfants ont bénéficié d'un traitement chirurgical (biopsie large, debulking, exérèse subtotale). La survie sans progression tumorale (PFS) après chirurgie est défini favorable en cas d'absence de progression oncologique pour un période égal ou supérieur à 18 mois.

Résultats : Parmi les 17 enfants opérés, 11 (64%) ont présenté au cours de leur histoire une stabilisation égale ou supérieure à 18 mois suite à la chirurgie. La PFS moyen est 17 mois (1-108 mois), comparable à d'autres données retrouvées dans la littérature. L'analyse du PFS moyen selon les groupes de la classification n'est pas statistiquement significative, mais il est à noter que la PFS plus élevé est retrouvé dans le groupe 4 (22,3 mois).

Conclusion : Les analyses démontrent que dans le traitement des gliomes des voies optiques la chirurgie peut offrir un complément thérapeutique valable à la chimiothérapie, en stabilisant la tumeur et en ralentissant la progression, en différant également la nécessité de la radiothérapie. Une nouvelle classification est proposée dans le but d'améliorer la sélection des patients qui méritent un acte chirurgical.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-18

L'efficacité de la VNS chez les enfants

C.Attieh, B.hannam, M.Alaywan, A.achanakian*, *Beyrouth, Liban*

Adresse e-mail : christian.attieh@hotmail.com

Introduction : La stimulation du nerf vague (VNS) est une modalité de traitement connue utilisée avec les patients épileptiques réfractaires non chirurgicaux. L'objectif de notre étude est d'évaluer rétrospectivement l'efficacité de la VNS chez les enfants de plus de 4 ans.

Matériel et méthodes : 83 enfants âgés entre 6 mois et 18 ans. N'étant pas candidats au traitement chirurgical de l'épilepsie, et traités par la VNS, les patients ont été évalués rétrospectivement. Pendant la période pré-chirurgicale, ils ont été évalués à travers l'électroencéphalographie, le protocole d'épilepsie, l'IRM ainsi que les tests métaboliques et génétiques, le cas échéant. La réduction de la fréquence des crises a été évaluée sur base de suivi régulier, à savoir à 6, 12 et jusqu'à 48 mois suite à l'implantation. L'efficacité de l'aimant et la qualité de vie (vigilance, mémoire, réussite scolaire, humeur, aptitudes verbales, mobilité et indépendance) chez ces patients ont également été évaluées.

Résultats : La gravité des crises s'est améliorée chez 49% des patients ($p < 0,05$) avec une diminution de 30% de la durée des crises et de la phase post-ictale. 27% des patients n'ont montré, quant à eux, aucune amélioration de leur qualité de vie. 47% des patients étaient dépendants de l'aimant pendant les épisodes de crise. 14% des patients ont arrêté ou diminué la consommation de leurs médicaments antiépileptiques et 75% ont poursuivi leur

traitement préopératoire. L'amélioration globale a progressivement augmenté avec le temps avec 62% après 6 mois et 82% après 36 mois.

Conclusion : La VNS est une bonne option thérapeutique utilisée pour le traitement des patients présentant des convulsions réfractaires en l'absence de lésions chirurgicales. Une vaste étude prospective et multicentrique sur une période de temps prolongée est nécessaire pour la vérification des résultats obtenus.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-19

Lésions ophtalmologiques dans le syndrome du bébé secoué : étude rétrospective de 121 cas entre 1992 et 2018 au CHRU de Nancy

R Moskwa*, O Klein, A-S Parentelli, Nancy, France

Adresse e-mail : r.moskwa@chru-nancy.fr

Introduction : Les hémorragies rétiniennes au fond d'oeil ne sont pas indispensables au diagnostic du syndrome du bébé secoué mais la constatation de leur présence dans un contexte d'hématome sous-dural du nourrisson rend ce diagnostic très probable. Les lésions rétiniennes dans le syndrome du bébé secoué sont estimées à 80% (HAS). L'objectif de cette étude est de déterminer la prévalence des lésions ophtalmologiques sur une série de 121 enfants victimes du Syndrome du Bébé Secoué pris en charge au CHRU de Nancy

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude épidémiologique rétrospective de 121 cas de syndrome du bébé secoué pris en charge au CHRU de Nancy entre 1992 et 2018. Nous avons étudié la prévalence des lésions ophtalmologiques ainsi que les différents types de lésions retrouvées dans cette série.

Résultats : La prévalence des lésions ophtalmologiques au fond d'oeil est de 63% dans cette série. L'atteinte est bilatérale dans 83.6% des cas. Dans les cas où une anomalie du fond d'oeil est retrouvée, il s'agit d'hémorragies rétiniennes dans 93.2% des cas, d'un oedème papillaire dans 9.5% des cas et d'une hémorragie intra-vitréenne dans 3.4% des cas. Parmi les hémorragies rétiniennes, dans 29.4% des cas on ne retrouve pas d'information sur la localisation précise du saignement dans le compte-rendu ophtalmologique ; on note 35.3% d'hémorragies du pôle postérieur, 3% en périphérie, 22.1% d'hémorragies diffuses et 10.3% d'hémorragie avec atteinte maculaire.

Conclusion : Dans cette série on retrouve des lésions au fond d'oeil dans 63% des cas. Il est à noter que dans 29.4% des hémorragies rétiniennes rapportées, le compte-rendu ophtalmologique ne permet pas de classer les lésions selon les critères de la HAS, cela reste un point à améliorer dans le futur.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-20

Craniopharyngiomes en âge pédiatrique : le pendule toujours vers une chirurgie d'exérèse raisonnée.

V. Blé, A. Szathmari, P-A. Beuriat, F. Di Rocco, K. Sweeney, C. Villanueva, C. Conter, C. Line, C. Mottolese*. Lyon, France

Adresse e-mail : carmine.mottolese@chu-lyon.fr

Introduction : Les craniopharyngiomes de l'enfant représentent un sujet de débat et un challenge chirurgical pour le neurochirurgien pédiatrique pour assurer des meilleurs résultats visuels, endocriniens, neuropsychologique et en termes de qualité de vie. Nous rapportons une série de patients traités entre 2004 et 2017 à Lyon.

Matériel et méthodes : Nous avons étudié 19 de 31 patients qui ont été traité à Lyon entre 2004 et 2017 pour un craniopharyngiome. Tous ont eu un bilan endocrinien, une consultation ophtalmologique, une IRM cérébrale et une évaluation neuropsychologique avant le traitement. Les donnée cliniques et radiologiques ont été examinée avec un test t-Student ou X2 avec significativité $p < 0,05$. Deux groupes de patients ont été individualisé : un de 5 patients, traité avec Interféron alpha-2A intrakystique et un autre de 14 patients traités avec une exérèse chirurgicale par voie transcrânienne. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes avant le traitement du point de vue clinique : visuel, endocrinien, neuropsychologique et radiologique.

Résultats : Après traitement, du point de vue endocrinien 92 % des patients du groupe chirurgical ont présenté un diabète insipide contre 20 % des patients traités avec interféron. Le BMI a long terme est meilleur chez les patients du groupe Interféron. Du point de vue ophtalmologique il n'y a pas de différence significative. En effet, 20% dans les deux groupes présentaient une aggravation visuelle, 40 % aucun aggravation et 40% une amélioration. Pour les patients améliorés, 60% étaient dans le groupe interféron contre seulement 40 % dans le groupe chirurgical, sans que cette différence soit statistiquement significative. Du point de vue neuropsychologique, un patient présentait de troubles de la mémoire dans le groupe traité par interféron et 3 patients dans le groupe chirurgical. Dans le groupe traité par interféron 4 patients ont présenté une augmentation de la composant solide nécessitant une chirurgie suivie d'une proton thérapie. Dans le groupe chirurgical, 5 patients ont présenté une récurrence nécessitant une nouvelle chirurgie avec une exérèse complète dans tous les cas.

Conclusion : Notre travail confirme que la chirurgie contrôle mieux cette maladie chronique à long terme. L'interféron permet des meilleurs résultats en termes de contrôle endocrinien et qualité de vie mais ces résultats sont limités dans le temps. En attendant des médicaments plus efficaces pour la prise en charge des craniopharyngiomes de l'enfant, la pendule décisionnelle semble être dirigé vers une chirurgie d'exérèse raisonnée.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-21

Résultats et complications de l'hémisphérotomie verticale para sagittale chez le jeune enfant. A propos de 11 cas.

SM Florea*, A Lepine, N Villeneuve, M Milh, G Pech Gourg, D Scavarda. *Marseille, France*
Adresse e-mail : sm.floreamd@gmail.com

Introduction : L'hémisphérotomie verticale para sagittale décrite par O. Delalande est un geste neurochirurgical de déconnexion hémisphérique. Elle est indiquée dans le traitement des épilepsies réfractaires dont la zone épileptogène est largement étendue sur un hémisphère. Nous rapportons notre expérience des dix dernières années.

Matériel et méthodes : Entre 2008 et 2018, 11 patients (6 filles et 5 garçons) ont bénéficié d'une hémisphérotomie verticale para sagittale pour une épilepsie réfractaire au traitement médicamenteux bien conduit dans le service de Neurochirurgie pédiatrique de Marseille. Tous les patients ont bénéficié d'un bilan pré opératoire complet (EEG, Vidéo EEG, Pet Scan, IRM, Bilan neuropsychologique) et ont été discuté en réunion multidisciplinaire de chirurgie de l'épilepsie pédiatrique. Tous les enfants ont bénéficié de la technique de Delalande. Ils ont été revus en consultation à 1 mois, 6 mois puis de façon annuelle. Tous ont bénéficié d'un examen anatomopathologique sur le cortex réséqué.

Résultats : Sur les 11 enfants, 4 présentaient une encéphalite de Rasmussen (36.4%), 4 autres souffraient d'une hémimégalencéphalie (36.4%), 2 présentaient une dysplasie corticale étendue (18.2%) enfin un enfant présentait une épilepsie secondaire à un accident vasculaire cérébrale ischémique. Tous les patients ont eu une rémission complète post opératoire immédiate des manifestations épileptiques, dont 8 (72.8%) restent stables pendant le suivi. Pour les autres 3 patients (27.3%), on a noté une re-apparition des crises à distance durant le suivi (18-36 mois postopératoire). Un patient a été repris au bloc opératoire pour une déconnexion incomplète, avec une rémission totale des crises après le geste complémentaire. Les complications postopératoires sont centrées sur l'hémi-parésie controlatérale, présente chez 100% des enfants. Le déficit prédomine à distance sur le membre supérieur. Nous n'avons pas enregistré d'hydrocéphalies postopératoires. 2 patients (18.2%) ont présenté une collection sous-durale homolatérale, traitée par une dérivation sous-duro-péritonéale, avec une bonne évolution. Ces HSD nous ont conduits à modifier notre technique opératoire.

Conclusion : L'hémisphérotomie verticale para sagittale est un traitement efficace des épilepsies réfractaires hémisphériques. Elle permet un contrôle complet des crises chez la majorité des enfants et une qualité de vie optimale. La récurrence de crises à distance doit faire envisager une déconnexion incomplète et envisager un second temps chirurgical. Les HSD peuvent être évités par une modification simple de la technique.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-22

Ependymomes spinaux de l'enfant. Etude française rétrospective

A.Szathmari*, M. Zerah, E. Gimbert, F. Di Rocco, C. Mottolese, D. Frappaz, *Bordeaux, Paris, France*

Adresse e-mail : alexandru.szathmari@chu-lyon.fr

Introduction : L'épendymome est la tumeur spinale la plus fréquente chez l'adulte mais il est plutôt rare chez l'enfant. L'objectif de cette étude est de résumer l'expérience clinique et thérapeutique rétrospective des épendymomes rachidiens pédiatriques dans plusieurs grands centres en France.

Matériel et méthodes : Des données épidémiologiques, liées à la tumeur et au traitement de patients âgés de moins de 18 ans, traités entre 2000 et 2010 pour épendymomes spinaux ont été collectées et analysées . Les facteurs pronostiques de la survie sans progression ont été évalués.

Résultats : Vingt-huit patients (22 M, 6 F) ont été identifiés. L'âge médian à la chirurgie était de 13,67 (0,7 à 17,6 ans). Une exérèse totale (ET) a été réalisée chez 22 enfants et une exérèse subtotale (EST) chez 6 enfants. Sur le plan histologique, 15 étaient des épendymomes myxopapillaires, 11 épendymomes de grade II et 2 de grade III. Une radiothérapie initiale adjuvante (RT) a été réalisée chez 6 patients. Le suivi médian était de 40 mois (2,3 à 127,5 mois). La survie sans progression SSP à 5 ans est de 51% (IC95% = 26,3 ; 71,2) et la survie globale est de 100%. En analyse univariée, seule l'exérèse totale avait une influence significative sur la SSP ($p = 0,0013$). Une analyse de sous-groupe a montré un bénéfice de la RT chez les patients ayant bénéficié d'une ET, mais elle n'a pas réussi à prévenir les rechutes dans le groupe avec une EST.

Conclusion : Ces données suggèrent que la radiothérapie adjuvante initiale chez les patients ayant eu une exérèse complète peut améliorer la SSP mais n'empêche pas la rechute chez les patients avec une exérèse subtotale. D'autres études sont nécessaires pour définir des traitements plus spécifiques dans ce dernier groupe.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-23

Plasticité et « régénérescence » cérébrale dans les hydrocéphalies graves de l'enfant.

S. Diarral, E Cisse, M. Ouologuem, M. Dama, O. Diallo, D. Kanikomo. *Bamako, Mali*

Adresse e-mail : madoucha@hotmail.com

Introduction : Les hydrocéphalies de l'enfant peuvent revêtir des tableaux cliniques particulièrement graves. Cependant les concepts de régénérescence neuronale et de neuroplasticité changent notre façon de poser un pronostic et de concevoir les fonctions du cerveau.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude descriptive à visée prospective sur 210 enfants opérés et suivis entre 2010 et Août 2018. Nous avons sélectionné 35 dossiers d'hydrocéphalies graves dont la sévérité et le mauvais pronostic pré-opératoire ont été déterminés sur des critères clinico-radiologiques La « régénéscence » cérébrale est peu décrite dans la littérature. Nous avons analysé les facteurs pouvant expliquer les évolutions radiologiques et cliniques favorables afin de resituer les limites des indications chirurgicales « classiques ».

Résultats : Tous les enfants avaient une hydrocéphalie compliquée (état général, important PC, hydranencéphalie / quasi absence de parenchyme, abcès ou pyocéphalie, durée pré-hospitalière etc..) et un pronostic défavorable. Malgré tout la demande restait forte pour l'intervention et le briefing était systématique avec la famille. Le suivi post opératoire a été marqué par le décès à moyen terme (quelques mois) de 11 patients (31,4%), mais surtout des évolutions favorables radiologiques et cliniques évoquant une véritable « régénéscence » cérébrale chez 11 enfants (31,4%) , y compris dans certains cas d'hydranencéphalie.

Conclusion : Malgré le retard diagnostique, le pronostic réservé et des indications plus que limites dans les cas graves d'hydrocéphalies, des évolutions favorables existent dans des cas avec une véritable « repousse cérébrale » radiologique, et une amélioration clinique liées à la neuroplasticité cérébrale de l'enfant.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-24

Fentes médullaires et syringomyélie, est-il possible de les différencier ?

M Faillot, A Herbrecht, D Ducreux, S Delphine, S Morar, F Parker, N Aghakhani. *Paris, France*
Adresse e-mail : matthieu.faillot@gmail.com

Introduction : Les fentes intramedullaires sont de petites cavités, localisées dans la moelle cervicale ou thoracique, étendues généralement sur deux trois niveaux vertébraux. Ces fentes sont parfois découvertes de manière incidentales mais souvent les patients présentent des douleurs radiculaires ou des douleurs cervicales dorsales ou lombaires. Devant ces tableaux généralement peu sévères, la plupart des neurochirurgiens ne recommandent pas de traitement et préconisent une surveillance. Toutefois, l'histoire naturelle de ces cavités n'est pas connue et il est difficile de prédire pour un patient donné l'évolution à long terme, notamment l'apparition d'une véritable syringomyélie. Nous souhaitons évaluer l'apport de l'imagerie en tenseur de diffusion afin d'identifier les patients à haut risque de dégradation neurologique.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une cohorte de patients suivis en centre de référence pour une fente intramédullaire. Les patients étaient évalués par un neurochirurgien, un kinésithérapeute, un psychologue et par un radiologue (IRM de flux et diffusion). Les caractéristiques cliniques et radiologiques (morphologie, flux ,tenseur de diffusion) de chaque patient ont été analysées .

Résultats : 42 patients sur 48 sont restés stables. 6 patients se sont aggravés avec apparition de déficit moteurs minimes. Les données de l'imagerie de diffusion et de l'imagerie de flux ne permettaient pas de prédire ces évolutions péjoratives.

Conclusion : Notre travail confirme que la grande majorité des patients avec des images typiques de fentes restent stables sur le long terme. Toutefois une minorité de patient a évolué défavorablement. Notre travail montre que malgré les progrès récents de la neuroimagerie, il reste difficile de faire la différence entre syringomyélie et fentes intramédullaires, et de prédire avec certitude l'évolution à long terme pour chaque patient.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-25

Réhospitalisation précoce après chirurgie du rachis dégénératif : Analyse des causes, prévention. A propos d'une série rétrospective de 28 cas sur deux années.

C. Zirhumana, F. Lefort, E. Emery. *Caen, France*

Adresse e-mail : zirhumanachris@yahoo.fr

Introduction : La problématique de la réhospitalisation constitue de nos jours une préoccupation des pouvoirs publics étant donné son impact économique. Ainsi la diminution de son taux constitue un facteur d'évaluation de la qualité des soins médicaux. Notre travail vise à en rapporter les principales causes et à proposer les éléments de sa prévention en évoquant les progrès concernant les pratiques professionnelles à 5 ans d'intervalle.

Matériel et méthodes : De 1171 interventions en rachis dégénératif sur les années 2012 et 2017 recueillis dans la base de données de codage des actes et des séjours, il a été extrait une casuistique de 28 cas correspondant aux critères de réhospitalisation à 30 jours de la sortie d'unité d'hospitalisation de court séjour de neurochirurgie (DMS < 5J) du CHU de Caen. Les données ont été analysées par le logiciel BiostaTGV.

Résultats : La fréquence globale des réadmissions était de 2,3% sur les deux ans. L'âge moyen était de 57,1 ans pour 2012 et 53,7 ans pour 2017. Le sex ratio (H/F) était de 1,1 en 2012 et de 1,14 en 2017. Les principales causes de réadmission étaient l'hématome du site opératoire (30,7% en 2012 ; 26,71 % en 2017 ; l'infection du site opératoire (23,54% en 2012, 33,3% en 2017). Une réintervention a été nécessaire pour 38,46% des patients. En analyse multivariée, les facteurs de risque retrouvés ont été : l'obésité (46,1% des cas en 2012, 53,3% des cas en 2017), la durée opératoire (54% des cas en 2012, 93% en 2017), l'ordre de passage en fin de programme (69% en 2012, 46% en 2017). La majorité des causes de réhospitalisation était évitable tant en 2012 (92,3% des cas) qu'en 2017 (100 % des cas). L'évolution des patients réhospitalisés a été favorable dans 100% des cas en 2012 et 2017. La réhospitalisation a engendré un surcoût financier de 115 202 euros sur les deux années.

Conclusion : L'intérêt de reconnaître les principales causes et facteurs favorisant de la réhospitalisation précoce après chirurgie du rachis dégénératif permet de mieux les prévenir et assurer la qualité des soins avec un impact potentiellement positif en terme économique.

Le succès de la prise en charge dépend de l'efficacité de la réactivité des équipes soignantes pour préserver autant le pronostic vital que fonctionnel des patients.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-26

Place de la chirurgie dans le traitement du mal de pott dorsolombaire

H Bezza, M Assamadi, M makoudi, A Ait El Qadi K Aniba. *Marrakech, Maroc*

Adresse e-mail : as.mouhssine@gmail.com

Introduction : Le mal de pott dorsolombaire ou spondylodiscite tuberculeuse est l'une des formes les plus graves de la tuberculose ostéo-articulaire. Le but de notre travail est d'éclaircir l'apport de la chirurgie au stade de déficit neurologique en passant en revue les aspects épidémiologiques, thérapeutiques et évolutifs de cet affection.

Matériel et méthodes : il s'agit d'une étude rétrospective de 51 patients atteints de mal de pott dorsolombaire, menée dans le service de neurochirurgie du centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Marrakech, sur une période de huit ans de janvier 2003 à décembre 2010.

Résultats : l'âge moyen de nos patients était 46,2 ans, avec une prédominance masculine de 57,2 %, la douleur rachidienne a motivé la consultation dans 86,7 % des cas, le déficit neurologique (paraplégie complète + parapariésie) a été retrouvé chez 72% ; la radiographie du rachis a été réalisée chez tous les patients, l'IRM chez 81,8 %, le scanner dans 49,5 % des cas. Le diagnostic a été retenu sur une preuve bactériologique et ou histologique dans 45% des cas. Le traitement chirurgical a été effectué par voie antérieure chez 5 patients et par voie postérieure chez 46 patients (90,19 %), associés à un traitement antibacillaire chez tous les patients. Les résultats fonctionnels et neurologiques ont été jugés comme satisfaisants.

Conclusion : la chirurgie permet d'affirmer le diagnostic et de raccourcir le durée du traitement.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-27

Traitement chirurgical des fractures traumatiques luxées de la colonne cervicale inférieure et de la jonction cervicothoracique avec la TDM intraopératoire AIRO®

L. Bertulli*, F. Marchi, P. Scarone, *Lugano, Suisse*

Adresse e-mail : lorenzo.bertulli92@gmail.com

Introduction : Les techniques chirurgicales pour le traitement des fractures luxées du rachis cervical inférieur et de la jonction cervico-thoracique comprennent une approche antérieure avec ADCF/ACCF et un positionnement d'une plaque, une fixation postérieure avec vis et tiges transpédiculaires / dans la masse latérale ou une combinaison des deux. Cette dernière est généralement choisie pour le traitement des fractures complexes avec atteinte des

structures antérieures et postérieures, luxation des structures osseuses et/ou des facettes articulaires, rupture ou hernie discale, avec ou sans lésion neurologique. Pour ce type de procédure, la TDM intraopératoire avec neuronavigation est fortement recommandée pour un placement optimal de la vis et pour confirmer la réduction ouverte de la fracture.

Résultats : Nous décrivons trois cas de fractures complexes traumatiques luxées de la colonne cervicale inférieure/jonction cervicothoracique avec luxation et atteinte des facettes, traitées par une fixation antérieure et postérieure combinée lors de la même séance opératoire. Dans deux cas, une discectomie antérieure a d'abord été réalisée pour décompresser la moelle spinale. Dans un cas, la réduction postérieure ouverte et la fixation étaient la première intervention chirurgicale, suivies d'une discectomie antérieure et d'une fusion. Une acquisition CT intraopératoire a été réalisée pour vérifier le placement des vis et confirmer la réduction satisfaisante des fractures.

Résultats : Nous avons obtenu de bons résultats postopératoires avec un placement optimal des vis, une décompression suffisante de la moelle spinale et une bonne réduction des fractures avec un réalignement adéquat de la colonne vertébrale.

Conclusion : La navigation par tomographie assistée par ordinateur intraopératoire permet de vérifier la décompression de la moelle épinière lors de l'approche antérieure, la réduction des luxations des facettes et la vérification de la précision des vis transpédiculaires / dans Les masses latérales. Un nombre plus élevé de patients et d'autres études sont nécessaires pour évaluer l'efficacité de cette technique par rapport à d'autres approches plus traditionnelles.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-28

Facteurs prédictifs de passage en état de mort encéphalique chez le patient traumatisé crânien grave.

H Mnakri , S Bouali, A Slimène, Yedeas MD, I Ben Said, H Jemel, *Tunis, Tunisie*

Adresse e-mail: helamnakri@gmail.com

Introduction : La mort encéphalique est une des conséquences du traumatisme crânien grave. Le but de notre étude cas-témoins était d'en déterminer les facteurs prédictifs.

Matériel et méthodes : Etude menée en neurochirurgie de 2012 à 2017, concernant les traumatisés crâniens graves ayant évolué vers la mort encéphalique. Les données cliniques, biologiques et radiologiques ont été recueillies à l'admission. L'âge, le sexe, le score de Glasgow , l'état des pupilles, la classification tomographique des lésions (Classification de Marshall), la notion de transport inter hospitalier et l'urée plasmatique ont bénéficiés d'une analyse statistique uni puis multivariée.

Résultats : Au total, 95 cas et 95 témoins ont été inclus dans notre étude. Tous ont bénéficiés d'une prise en charge thérapeutique sans limitation de soins. Plusieurs équipes se sont intéressées à la recherche de facteurs prédictifs de la mort encéphalique, certaines ont pu en

définir quelques-uns : Le volume d'hématome (Jouffroy). L'hyperglycémie (Rodrigues).
D'autres non (Lascarrou).

Conclusion : Prévoir l'évolution vers la mort encéphalique des patients hospitalisés pour traumatisme crânien peut être utile pour : en optimiser la prise en charge, anticiper une procédure de transplantation d'organes, recenser les donneurs potentiels,

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-29

Le glioblastome spinal intramédullaire primaire (GBM) : A propos de 2 cas

F. Lakhdar, M. Benzagmout, K. Chakour, M F. Chaoui, *Fez, Maroc*

Adresse e-mail : lakhdar.faycal@gmail.com

Introduction : Les glioblastomes intramédullaire (GBM) sont des tumeurs très rares, ne représentent que 1,5 % de toutes les tumeurs de la moelle épinière. Ces lésions entraînent généralement une détérioration neurologique rapide et sont associés à un très mauvais pronostic.

Matériel et méthodes : Nous rapportons deux observations, Un jeune homme de 16 ans et une jeune fillette de 5 ans, présentant dans le premier cas une paraplégie d'installation progressive avec incontinence urinaire, révélant à l'IRM médullaire un GBM s'étendant de T9 jusqu'au cône médullaire. Quant à la jeune fille, elle était admise pour un torticolis avec diparésie brachiale objectivant à l'IRM un GBM cervical diffus. Nos deux patients furent opérés avec une exérèse subtotale de la lésion avec un complément de traitement de radiothérapie et chimiothérapie adjacentes.

Discussion-Conclusion : A travers nos deux observations nous insistons sur le caractère rare de cette entité mais aussi de la prise en charge multidisciplinaire et les techniques chirurgicales ainsi que du pronostic très réservé. Les GBM sont rares dans le groupe d'âge pédiatrique. Malgré la résection tumorale intramédullaire agressive, suivie par chimiothérapie adjuvante et radiothérapie, les résultats ultimes à long terme du patient sont minimalement impactés (par exemple, la survie estimée à 6-16 mois).

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-30

Traitement chirurgical d'un cas rare de fistule artérioveineuse du filum terminal

F Lakhdar, M Benzagmout, K Chakour, M F Chaoui., *Fez, Maroc*

Adresse e-mail : lakhdar.faycal@gmail.com

Les fistules artérioveineuses filum terminales (FAVFT) sont un type rare de shunt artérioveineux généralement caractérisé par une seule communication directe entre l'artère du filum terminale et une veine de drainage unique. Seuls 40 cas de FAV du filum terminale ont

été rapportés dans la littérature. Nous avons analysé les caractéristiques cliniques et radiologiques et le traitement de cette entité.

Matériel et méthodes : Nous rapportons le cas d'un jeune patient de 30 ans sans antécédents particuliers, qui présente depuis 3 mois un tableau de myélopathie avec lourdeur progressive des membres inférieurs associées à des troubles sphinctériens. L'IRM médullaire objective une FAV lombaire à drainage périmédullaire et l'artériographie confirme la présence de la FAV du filum terminal. Le patient fut opéré avec la réalisation d'une laminectomie L3 L4 et repérage de la fistule, isolement des artères nourricières, du nidus et des veines de drainage et enfin la mise en place d'un clip vasculaire oblitérant le shunt artérioveineux. L'évolution post opératoire été favorable, le patient a commencé la récupération de son déficit neurologique à 3 mois et suit un programme de réadaptation et rééducation physique.

Discussion : Les FAV consistent habituellement en une seule communication entre l'artère spinale antérieure et une seule veine de drainage et leur localisation au niveau du filum terminal est rare. Les manifestations cliniques et les images IRM sont similaires à celles des FAV dures spinales. Ces shunts artério-veineux intraduraux sont trois fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes avec un âge moyen de 55 ans. La morphologie clinique d'une FAV FT est bien connue ; Cependant, les détails pathologiques de la partie fistulisée sont inconnus.

Conclusion : Les FAV spinales sont une cause rare de myélopathie, se présentant comme une cause d'échec du syndrome de la chirurgie lombaire et devraient être suspectés devant une paraparésie progressive.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-31

Adénomes hypophysaires

S.Hilmani, K.Ibahoin, A.El Azhari, A.Lakhdar. *Casablanca, Maroc*

Adresse e-mail : hilmani.said@yahoo.fr

Introduction : Les adénomes hypophysaires représentent 10 % des tumeurs intracrâniennes. Ils ont bénéficié des progrès réalisés dans les explorations radiologiques, immunologiques et surtout micro-chirurgicales. Le but est d'évaluer les modalités thérapeutiques et leur mode évolutive.

Matériel et méthodes : Ce travail représente une étude rétrospective de 80 cas d'adénomes hypophysaires colligés dans le service de Neurochirurgie du CHU Ibn Rochd de Casablanca entre 2008 et 2014, avec une confirmation biologique et/ou anatomo-pathologique. L'âge moyen de survenue était de 39.1 ans avec une nette prédominance féminine (58.87%). Des signes cliniques l'hypersécrétion hormonale ont été notés dans 68.75%. Une hypertension intracrânienne dans 63.75% et un trouble ophtalmologique dans 33.75% dont 11.5% en cécité.

Résultats : Un microadénome était noté dans 31.12% et un macroadénome dans 68.88%, avec un grade I de Hardy (28.75%), grade II (21.25%), grade III(27.5%) et grade IV (22.5%). Il s'agit de prolactinomes dans 47.7%, adénomes somatotropes dans 21.53% et adénomes corticotropes dans 13.84%. Les adénomes non fonctionnels représentaient 18.75% des cas. La chirurgie était indiquée chez 76.5 % de nos patients, par voie trans-sphénoïdale dans 57.5% et par voie endocrânienne dans 18.75% des cas. L'exérèse chirurgicale a été totale dans 34.42% des cas, subtotale dans 47.54% des cas et partielle dans 18.02% des cas. Une amélioration clinique et/ou biologique était rapportée chez 25 %. Une détérioration visuelle était notée dans 9.83%, de crises convulsives dans 6.55%, une méningite dans 3.27%, une rhinorrhée dans 1 cas et un cas de mortalité post-opératoire par saignement. Les récurrences étaient notées dans 41%.

Conclusion : L'adénome hypophysaire surtout sécrétant représente l'exemple de tumeur intracrânienne accessible à un traitement médical palliatif spécifique. La chirurgie, surtout la voie trans-sphénoïdale, conserve des indications à visée décompressive ou curative, restant le meilleur et le seul traitement qui permet une guérison définitive sans ou avec peu de séquelles.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-32

Présentation atypique d'un hémangiome caverneux dural : à propos d'un cas et revue de la littérature.

F Bteich*, G El Hage, R Moussa, G Abadjian, C A Kassab. *Achrafieh, Liban*

Adresse e-mail : fredbteich90@gmail.com

Introduction : La présentation durale d'un hémangiome caverneux est exceptionnelle. Classiquement, il se développe en intra-parenchymateux avec une symptomatologie variée incluant céphalées, crises épileptiques et dans de rares cas des mouvements anormaux.

Matériel et méthodes : Nous rapportons le cas d'un homme de 67 ans, droitier, qui s'est présenté en consultation pour mouvements atypiques choréiformes d'installation progressive au niveau de l'hémicorps droit. L'IRM cérébrale demandée a montré une tumeur pariétale gauche avec invasion intra et extradurale plus ou moins compatible avec un méningiome, qui ne traduit pas de par son emplacement une explication claire des symptômes fournis par le patient. Pour confirmer l'infiltration osseuse, un scan cérébral a été demandé, montrant une ostéolyse et un envahissement du calvarium pariétal gauche. Un scan thoraco-abdomino-pelvien injecté à la recherche d'une tumeur primitive est revenu négatif. Le patient est opéré de craniotomie le 29 Janvier 2018, durant laquelle une résection complète de la tumeur ainsi que de la dure-mère envahie est effectuée.

Résultats : Le rapport d'anatomie pathologique revient en faveur d'un hémangiome caverneux, un diagnostic inattendu vu la localisation de la tumeur. En post-opératoire, le patient récupère complètement sur le plan neurologique, sans symptômes résiduels, suggérant un effet de masse secondaire responsable des mouvements atypiques manifestés. A 6 mois de sa chirurgie, il est toujours asymptomatique, et a repris son travail de dentiste, sans problèmes au niveau

de la dextérité de la main droite. Une IRM cérébrale de contrôle confirme la résection totale satisfaisante, et l'absence de récurrence tumorale.

Conclusion : Nous pensons qu'il s'agit d'un cas très rare d'une malformation caverneuse durale, avec extension en intra et extra-dural et érosion du crâne, se présentant sous la forme d'une masse molle sous-galéale, avec symptômes inaugurateurs à type d'hémichorée droite et de problèmes moteurs liés à l'exécution des mouvements fins. Les hémangiomes caverneux cérébraux sont une tumeur bénigne de bon pronostic avec un taux de récurrence pratiquement inexistant en cas de résection macroscopique totale de toutes les structures envahies. Bien qu'exceptionnels, et malgré une imagerie non spécifique pouvant mimer un méningiome, les hémangiomes caverneux doivent figurer dans le diagnostic différentiel des masses intracrâniennes à attachement dural et érosion du crâne.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article

P-33

Les infiltrations périurales dans les névralgies cervico-brachiales : efficacité et sécurité, Beyrouth, Liban

F Bteich*, R Moussa, G Sleilaty, H Abou Zeid, Hotel Dieu de France, *Achrafieh, Liban*
Adresse e-mail : fredbteich90@gmail.com

But : Evaluer l'efficacité et la sécurité des infiltrations périurales cervicales à base de corticoïdes dans le traitement des névralgies cervico-brachiales.

Matériel et méthodes : 45 patients ont fait partie de l'analyse rétrospective faite sur les dossiers de 50 malades ayant bénéficié d'une ou de plusieurs infiltrations périurales cervicales au centre de la douleur de l'Hôtel Dieu de France, Beyrouth, entre 2005 et 2017, pour symptômes de radiculalgie ou de névralgie cervico-brachiale. Les patients ont été contactés par téléphone entre Décembre 2017 et Janvier 2018, afin d'évaluer l'amélioration de la cervicalgie et/ou de la radiculalgie après la (ou les) infiltration(s), à l'aide de l'échelle numérique (EN) cotée de 0 à 10. Ce chiffre a été comparé pour chaque malade à celui maximal retrouvé avant l'infiltration pour la cervicalgie et/ou la radiculalgie, permettant ainsi d'évaluer l'efficacité de la technique sur la réduction des symptômes. Le degré de satisfaction globale après l'intervention a été objectivé pour chacun en utilisant les critères d'ODOM, et le recours à une chirurgie au niveau cervical par la suite fut également noté. L'évaluation de la sécurité de la technique utilisée a consisté à rapporter les complications secondaires à l'intervention, et de les comparer à celles retrouvées dans la littérature.

Résultats : 60 infiltrations périurales par voie interlaminaire ont été faites par un seul opérateur chez les 45 patients, dont la majorité (84.4%) souffrait d'une névralgie cervico-brachiale. Un total de 6 complications mineures (10%) per et post-interventions ont été notées, se résumant par un malaise vagal (6.67%), une brèche de LCR (1.67%) et un arrêt de la procédure après ponction sanguinolente (1.67%). Le modèle d'analyse de covariance multivariée (MANCOVA) comparant l'EN maximale pré-infiltration et l'EN maximale post-infiltration (radiculalgie et cervicalgie) a montré une différence statistiquement significative pour la cervicalgie ($p = 0.030$), mais sans atteindre la signification statistique pour la

radiculalgie ($p = 0.115$), après ajustement sur les covariables. Les critères d'ODOM ont permis également de classer les patients entre complètement satisfaits (31%), partiellement (56%) et non satisfaits après les infiltrations, avec recours à la chirurgie dans 13% des cas.

Conclusion : Les infiltrations cervicales périurales à base de corticoïdes sont une technique efficace et sécurisée pour le traitement des névralgies cervico-brachiales. 9 patients sur 10 seraient satisfaits de cette modalité de traitement. La cervicalgie serait significativement améliorée suite à l'infiltration par rapport à la radiculalgie, en l'absence d'études comparant les 2 symptômes dans la littérature.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-34

Hydrocéphalie obstructive secondaire à une dolichoectasie de l'artère basilaire : à propos d'un cas (Namur, Belgique)

M. Di Santo*, S. Fastré, T. Gustin, *Namur, Belgique*.

Adresse e-mail : meli.ds@hotmail.com

Introduction : La dolichoectasie vertébrobasilaire (DVB) est généralement asymptomatique. Elle peut toutefois se manifester par des phénomènes ischémiques, une hémorragie, une compression des nerfs crâniens ou, beaucoup plus rarement, une hydrocéphalie. Nous décrivons un cas d'hydrocéphalie obstructive aiguë symptomatique secondaire à une DVB et traitée par dérivation ventriculo-péritonéale (DVP) unilatérale.

Matériel et méthodes : Un homme de 79 ans, connu pour une DVB, est admis en salle d'urgence pour hémiparésie gauche, confusion et malaise avec perte de connaissance transitoire. Par la suite, il présente une altération rapide de son état de conscience évoluant vers un coma. Le CT scanner cérébral met en évidence une importante hydrocéphalie consécutive à une dilatation majeure du tronc basilaire. Celui-ci est déplacé rostralement, s'invagine dans le diencéphale, comprime le plancher du 3ème ventricule et obstrue partiellement le foramen de Monroe du côté gauche. On note par ailleurs une nette croissance de la DVB par rapport aux examens précédents. Une IRM cérébrale permet d'exclure une ischémie du tronc cérébral. Une dérivation ventriculaire externe bilatérale est placée dans un premier temps, permettant la normalisation de l'état de conscience du patient. Une DVP unilatérale est dès lors réalisée. L'hémiparésie gauche régresse ensuite progressivement.

Conclusion : La DVB est une cause extrêmement rare d'hydrocéphalie obstructive, qui peut se manifester de façon aiguë ou progressive. La mise en place d'une DVP bilatérale ou unilatérale, avec éventuellement septostomie endoscopique, constitue le traitement de choix. La ventriculostomie endoscopique n'est envisageable que si les foramens de Monroe sont perméables et comporte un risque significatif de lésion de l'ectasie.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-35

Expulsion oropharyngée totale d'un matériel d'arthrodèse cervicale antérieure : à propos d'un cas

B Tarabay, H Smaily, E Khneisser, N Khoueir, R Moussa*. *Beyrouth, Liban*

Adresse e-mail : ronald_moussa@hotmail.com

Introduction : La discectomie et fusion par abord antérieur est une des techniques les plus utilisées dans le traitement des myélopathies, radiculopathies et lésions traumatiques du rachis cervical. Les érosions pharyngo-oesophagiennes sont des complications rares mais redoutables de cette chirurgie, notées dans 0.25 à 1.49% des cas. Au mieux de nos connaissances, uniquement deux cas de perforation pharyngée et expulsion du matériel d'arthrodèse cervicale sont reportés dans la littérature.

Matériel et méthodes : Nous reportons le cas d'une patiente de 57 ans qui se présente aux urgences pour expulsion de son matériel d'arthrodèse suivant un effort de toux, 5 ans après une discectomie antérieure et fusion par cage intersomatique pour myélopathie cervicale. Le scan cervical et la fibroscopie faits montrent une large érosion du mur postérieur de l'oropharynx de 7x10 mm, sans présence de saignement actif ni d'abcès pharyngé. Un scan cervical dynamique ne montre pas d'instabilité du segment C2-C3. A la gorgée aux hydrosolubles, une extravasation du produit de contraste vers l'espace pré-vertébral est notée. Vu l'absence de signes d'instabilité, ainsi que l'absence d'indication de réparation chirurgicale de l'ulcération pharyngée, un traitement conservateur est décidé. Une antibiothérapie prophylactique est débutée. La patiente est mise à jeun avec nutrition parentérale. Vu l'amélioration notée à la fibroscopie 2 semaines plus tard, une reprise de l'alimentation par régime mou a été envisagée, sans fausses routes ni odyndophagie.

Conclusion : La perforation du mur pharyngé postérieur et l'expulsion complète du matériel d'arthrodèse est une complication très rare mais redoutable de la fusion cervicale par abord antérieur nécessitant une prise en charge diagnostique et thérapeutique précoce.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-36

Les lésions postérieures du troisième ventricule et de la lame tectale chez les enfants : quelle est la meilleure stratégie ? Expérience Normande

A Borha *, V Gilard, F Villedieu, O Langlois, S Derrey, E Emery, *Caen, France*

Adresse e-mail : alin_borha@hotmail.com

Introduction : Les lésions de la partie postérieure du 3^{ème} ventricule (V3) et de la région tectale sont des lésions rares et représentent un challenge pour le neurochirurgien. Le but de l'étude est d'analyser la prise en charge, les techniques opératoires ainsi que les résultats d'une population pédiatrique des deux services de neurochirurgie normands (Caen-Rouen).

Matériel et méthodes : Nous avons analysé d'une façon rétrospective les patients (âge < 18ans) pris en charge pour des lésions de la partie postérieure du V3 et de la région tectale admis entre 2013 et 2018.

Quinze patients ont été pris en charge sur la période étudiée. Il y avait 9 patients de sexe masculin et 6 de sexe féminin. L'âge moyen des patients au diagnostic était de 10 ans (0,8-17). Le contexte de découverte de ces lésions était : un syndrome d'hypertension intracrânienne (HTIC) avec une hydrocéphalie dans 11 cas, un syndrome d'HTIC avec paresthésies et hémiparésie dans un cas, des céphalées isolées persistantes dans 3 cas. Cinq patients ont eu une biopsie en première intention. Onze interventions chirurgicales ont été réalisées pendant la prise en charge : 3 par voie interhémisphérique transforaminale, 3 par voie supra cérébelleuse infratentorielle, 3 par voie interhémisphérique sous occipitale transtentorielle, une par voie interhémisphérique transcalleuse postérieure et une par voie trans pariétale.

Résultats : Les résultats anatomopathologiques étaient en faveur d'une tumeur de la ligne germinale dans 3 cas, tumeurs bénignes de la ligne astrocytaire (3 cas), pinéaloblastome (1 cas), glioblastome (1 cas), tumeur tératoïde rhabdoïde atypique ATRT (1 cas), médulloblastome (1 cas), tumeur primitive neuroectodermique (1 cas), et un kyste neuroépithélial dans 2 cas. 2 cas ont été simplement suivis pour leur lésions. L'hydrocéphalie a été prise en charge par technique endoscopique dans 10 cas. Aucune mortalité ou morbidité sévère en postopératoire immédiat n'a été observée. Le suivi moyen était de 20 mois (3 mois et 5 ans). Deux patients avec des tumeurs malignes sont décédés lors du suivi, à environ deux ans après le diagnostic.

Conclusion : Les lésions de la partie postérieure du troisième ventricule sont découvertes surtout dans un contexte d'hydrocéphalie et hypertension intracrânienne qui est bien contrôlée par une ventriculocisternostomie. L'étiologie anatomopathologique est variée mais avec une prédominance germinale ou astrocytaire. La chirurgie par voie d'abord supratentorielle inter hémisphérique reste la voie préférentielle pour aborder ces lésions si la résection est décidée.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-37

Chromothripsis au sein d'un méningiome chordoïde récidivant précocément

C Baltus*, F London, P Delrée, S Toffol, C Gilliard, T Gustin. *Namur, Belgique* -
Adresse e-mail : cedric.baltus@student.uclouvain.be

Introduction : Le phénomène de chromothripsis est caractérisé par la survenue d'une multitude de réarrangements chromosomiques au cours d'un événement cellulaire cataclysmique unique. Il consiste en la désintégration d'un ou plusieurs chromosomes avec réassemblage chaotique des fragments générés. Il constituerait l'un des mécanismes de l'oncogenèse et de la progression tumorale. Il concerne 2 à 3% des cancers, mais sa détection dans des tumeurs bénignes est exceptionnelle. Nous décrivons un rarissime cas de chromothripsis massif au sein d'un méningiome chordoïde de croissance rapide.

Matériel et méthodes : Une patiente de 55 ans a présenté un processus expansif méningé développé de part et d'autre du sinus longitudinal supérieur. Elle a bénéficié de l'exérèse subtotale de la tumeur. L'examen histologique a conclu à un méningiome chordoïde (OMS

grade 2). Six mois après l'intervention, l'IRM a montré une importante récurrence tumorale nécessitant une exérèse chirurgicale complémentaire, ainsi qu'une radiothérapie sur le résidu tumoral.

Résultats : L'hybridation génomique comparative a permis d'identifier au sein de la seconde pièce d'exérèse un chromothripsis massif, faisant apparaître plus de 370 anomalies chromosomiques affectant les chromosomes 1 à 22. Ces anomalies n'étaient pas présentes dans le premier prélèvement.

Conclusion : Le chromothripsis a été décrit dans plusieurs types de tumeurs intracrâniennes. Un seul cas a toutefois été rapporté au sein d'un méningiome. Dans notre cas, le caractère massif des réarrangements chromosomiques est en outre inhabituel. Cette observation démontre d'autre part que le chromothripsis peut se produire tardivement dans la progression tumorale. Un rôle éventuel du stress chirurgical dans son apparition pourrait être évoqué. La relation entre le chromothripsis et la récurrence tumorale rapide reste enfin hypothétique.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-38

Abord transmaxillaire par incision de sinus lift dans la chirurgie endoscopique de la base du crane

G. Reuter, O Bouchain, D Martin, Service de Neurochirurgie, Liège, Belgique

Adresse e-mail : gilles.reuter@chuliege.be

Introduction : Lors d'une chirurgie endoscopique de la base du crâne, en usant des techniques conventionnelles d'endoscopie bi-narinales, certaines lésions s'étendant au delà du plan sagittal peuvent être difficiles à atteindre. Aussi, un manque de perception de la profondeur et un champ opératoire étroit sont des limitations reconnues de ces approches. La chirurgie endonasale peut être étendue via des modules coronaux et sagittaux bien décrits mais ces derniers n'offrent pas nécessairement suffisamment d'espace à l'instrumentation. Nous présentons ici une approche endoscopique multiportale combinant une approche bi-narinaire à une approche transmaxillaire utilisant une incision gingivale prémaxillaire employée de manière routinière en chirurgie d'implantologie dentaire.

Matériel et méthodes : Nous avons procédé à une étude cadavérique sur 11 spécimens frais. Nous avons réalisé chez chacun d'eux un abord transmaxillaire bilatéral via une incision gingivale en U proposée en dentisterie dans la chirurgie du « sinus lift ». Nous avons évalué la possibilité d'exploitation de cette incision lors d'abord endoscopiques de la base du crâne et évalué le gain en amplitude de travail apporté par l'ajout d'un port maxillaire itérativement sur 22 sinus maxillaires sur base d'images de scanners osseux en coupes fines de la base du crâne, à l'aide d'un système de neuronavigation pour différentes zones-cibles de la base du crâne, antérieure, moyenne et postérieure.

Discussion : L'utilisation de l'incision de « sinus lift » permet à l'instrumentation dédiée à la base du crâne d'être introduite sans difficulté jusqu'aux structures à disséquer (de la jonction

fronto-ethmoïdale au clivus). L'ajout d'un port maxillaire à la chirurgie endonasale offre un gain d'amplitude médian de 18,3 degrés supplémentaires (16,8°-20,3°).

L'incision gingivale de « sinus lift » autorise un accès transmaxillaire peu délabrant et peu risqué. Une approche transmaxillaire ajoutée à une approche endonasale augmente l'angle de travail et l'aisance de travail, rend possible l'application des principes de triangulation endoscopique de la célioscopie et diminue l'encombrement de la zone de travail, surtout dans la profondeur du champ, ce qui peut être un avantage en cas d'événement chirurgical soudain.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-39

Anatomie fonctionnelle et structurale du plexus triangulaire du nerf trijumeau.

F Bernard*, Ph Mercier, M Sindou, *Angers, France*

Adresse e-mail : bernardflorian.bf@gmail.com

Introduction : Le nerf trijumeau dans le cavum trigéminale est classiquement segmenté en deux parties : (1) le ganglion trigéminale et (2) le plexus triangulaire. Il comporte une racine sensitive et une racine motrice. L'anatomie du plexus triangulaire est plutôt relativement méconnue dans les dissections anatomiques récentes. Cette revue de la littérature utilisant la terminologia anatomica résume les connaissances actuelles concernant ses descriptions anatomiques et explique ses implications cliniques et chirurgicales.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une revue systématique de l'anatomie du plexus triangulaire selon le modèle PRISMA auprès de bases bibliographiques diverses. - Avant 1947 : Medic@ Library (BIU Santé Paris, 2017) ; Index-Catalog of the Library of the Surgeon-General's Office (US National Library of Medicine, 2017) ; Gallica (Bibliothèque Nationale Française, 2017). - Après 1947 : PUBMED, PubMed Central et MEDLINE.

Résultats : Le plexus triangulaire est situé dans un prolongement arachnoïdien de la citerne de l'angle ponto-cérébelleux, formant la citerne trigéminale du cavum de Meckel. Le plexus triangulaire est une entité anatomique située dans le cavum trigéminale avec des particularités anatomiques propres : sa forme triangulaire, sa distribution plexuelle siège d'une réorganisation somatotopique faisant suite au ganglion trigéminale.

Conclusion : Une compréhension de l'anatomie du plexus triangulaire peut contribuer au succès de la chirurgie de la névralgie du trijumeau et jouer un rôle dans la compréhension des pathologies chirurgicales en particulier tumorales du cavum trigéminale (schwannome, le kyste dermoïde et épidermoïde, kyste arachnoïdien).

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-40

La lipomatose épидurale : une cause rare de lombosciatiques

K Radhouane*, N Mezghani, S Khemakhem, S Achoura, M Yedeas, R Chkili, *Tunis, Tunisie.*

Adresse e-mail : radhouane.khaled@gmail.com

Introduction : La lipomatose vertébrale épidurale (LVE) est une accumulation de tissu adipeux non encapsulé dans l'espace épidural. Sa localisation lombaire peut être responsable d'un tableau mimant un canal lombaire étroit.

Matériel et méthodes : C'est un patient âgé de 70 ans dyslipidémique et obèse (BMI à 31), aux antécédents d'hématome sous dural chronique il y a 10 ans, traité médicalement par corticoïdes et hyperhydratation et qui consulte pour des lombosciatalgies. L'IRM lombaire a montré la présence d'une formation graisseuse intracanaulaire compressive en regard de L4 et L5. La décompression chirurgicale a permis la disparition de la symptomatologie.

Discussion : L'espace épidural est physiologiquement comblé par de la graisse de consistance semi fluide servant de structure de glissement. En grande quantité elle donne lieu à une lipomatose épidurale. Certains facteurs ont été incriminés tels que l'hypercorticisme (corticothérapie, syndrome de cushing) l'obésité, la dyslipidémie. Mais certaines formes plus rares restent idiopathiques. L'IRM permet le diagnostic en montrant un dépôt de graisse en hypersignal sur les séquences pondérées en T1 se saturant sur les séquences T1 en saturation de graisse avec dans la région lombaire un aspect centripète et une image caractéristique en Y. La décompression chirurgicale est le traitement de choix en cas d'échec du traitement conservateur ou en cas de signes compressifs.

Conclusion : La lipomatose épidurale est souvent asymptomatique mais peut être compressive. L'origine corticoinduite reste la plus fréquente. L'examen clé est l'IRM médullaire et le traitement est habituellement chirurgical.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-41

Macrocrânie évolutive révélant une thrombose veineuse cérébrale sur malformation de Dandy Walker

K Radhouane, H Hammami, H Mechrgui, D Yedeas, M Yedeas, R Chkili. *Tunis, Tunisie.*

Adresse e-mail : radhouane.khaled@gmail.com

Introduction : La survenue d'une TVC chez le nourrisson est peu courante et elle se manifeste exceptionnellement par une macrocrânie. L'association à une malformation de Dandy Walker n'a été rapporté que chez deux patients dans la littérature .

Observation : Il s'agit d'un nourrisson âgé de 10 mois qui a présenté une macrocrânie évoluant depuis 2 mois et qui a été évaluée à +3DS et mise sur le compte d'une hydrocéphalie communicante sur malformation de Dandy Walker. Deux mois après, la macrocrânie a continué à évoluer malgré la dérivation ventriculopéritonéale fonctionnelle déjà mise en place. Une nouvelle imagerie a montré une thrombose veineuse du sinus latéral droit et du sinus sagittal supérieur dont le traitement par héparine a permis la reperméabilisation et la stabilisation du périmètre crânien.

Discussion-conclusion : La malformation de Dandy-Walker et ses variantes sont caractérisées par une agénésie ou hypoplasie du vermis cérébelleux, une dilatation kystique du quatrième ventricule et un élargissement de la fosse postérieure. La survenue d'une hydrocéphalie dans ce cas se voit dans 70 à 90%. La thrombose veineuse cérébrale peut être responsable d'hypertension intracrânienne par la turgescence cérébrale et l'hydrocéphale qu'elle peut entraîner. L'association d'une thrombose veineuse cérébrale « idiopathique » et d'une malformation de Dandy Walker est exceptionnelle. S'agit-il alors d'une coïncidence ou plutôt l'une serait la conséquence de l'autre. Dans les deux cas, leurs effets respectifs sur l'hypertension intracrânienne se potentialisent et la pérennisent.

La thrombose veineuse cérébrale, se révèle rarement par une hydrocéphalie. Le diagnostic est d'autant plus difficile sur un terrain déjà pathologique ou malformatif. L'angiographie cérébrale en temps veineux confirme le diagnostic. Le traitement repose sur une anticoagulation et le pronostic dépend du terrain.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article

P-42

Tumeur spinale en sablier : est-ce toujours un schwannome ? A propos de deux cas d'hémangiomes épiduraux et revue de la littérature

F Bteich*, E Samaha, G Abadjian, T Rizk. *Achrafieh, Liban*

Adresse e-mail : fredbteich90@gmail.com

Introduction : Une tumeur spinale en sablier évoque en premier lieu un schwannome. Nous rapportons 2 cas de lésions dorsale et lombaire, qui se sont révélées être en per opératoire des hémangiomes épiduraux.

Observations : Le premier cas concerne un homme de 43 ans, présentant un tableau de lombosciatique mécanique L5 droite. L'IRM du rachis lombaire objective une tumeur intracanalairé lombaire en sablier, hypoT1, hyperT2 et rehaussée par le contraste. Le second concerne une femme de 67 ans, avec syndrome de Brown Séquard et découverte à l'IRM du rachis dorsal d'une tumeur de caractéristiques similaires à celle décrite ci-dessus, au niveau D5-D6. En per opératoire, on découvre une tumeur de couleur rouge-noirâtre, très hémorragique, extradurale dans sa totalité, qu'on résèque en bloc après coagulation des vaisseaux nourriciers.

Résultats : Les rapports d'anatomopathologie reviennent en faveur d'hémangiomes, à prédominance capillaire pour la lésion lombaire ; une entité exceptionnelle avec 13 cas publiés, dont 2 uniquement au niveau lombaire. En post-opératoire, les patients notent une disparition complète de leurs symptômes et l'imagerie à distance confirme la résection totale. Le pronostic est favorable, sans récurrence.

Conclusion : L'hémangiome épidual primaire est une entité rare qui doit être évoquée dans le diagnostic différentiel de tumeurs canalaire spineale en sablier, vu les particularités per opératoire d'exérèse.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-43

Carcinome épidermoïde frontal intracrânien révélé par un méningiome a propos d'un cas et revue de la littérature

B.Merrouche*, A.Bedjou, B.Abdennebi, L.Mahfouf. *Alger Algérie*

Adresse e-mail : b.merouche@yahoo.fr

Introduction : Un carcinome épidermoïde ou carcinome malpighien est un carcinome développé aux dépens d'un épithélium malpighien. Ce type de cancer peut être retrouvé au niveau de plusieurs organes et s'oppose classiquement à l'adénocarcinome qui se développe aux dépens d'un épithélium glandulaire. Le carcinome épidermoïde cutané, également appelé carcinome spinocellulaire, vient au deuxième rang des cancers de la peau par ordre de fréquence, après le carcinome basocellulaire. La localisation intracrânienne est exceptionnelle

Matériel et méthodes : Patiente âgée de 70 ans aux ATCD d'HTA admise pour prise en charge d'un processus expansif intra crânien. L'examen neurologique à son admission retrouve un syndrome d'hypertension intracrânienne associée à un syndrome frontal. L'imagerie IRM montre un volumineux processus du tiers antérieur de la faux du cerveau en région frontale gauche envahissant la partie antérieure du sinus sagittal.

Résultats : La patiente a bénéficié avec d'une exérèse tumorale macroscopiquement totale avec des suites opératoires favorables. Le profil immunohistochimique de la pièce opératoire était en faveur d'une tumeur de collision associant hémangiopéricytome de haut grade et localisation méningée d'un carcinome épidermoïde. Après deux mois la patiente présente la même clinique avec une tuméfaction en regard du site opératoire ; une imagerie fut réalisée montre une récurrence du processus tumoral comblant la cavité opératoire avec extension exocrânienne envahissant la voûte frontale et les parties molles en regard. La patiente fut réopérée, une exérèse carcinologique type Simpson 2 fut réalisée avec ablation du volet osseux.

Conclusion : Le carcinome épidermoïde de localisation cutanée reste exceptionnelle en intracrânien.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-44

Le kyste hydatique de l'orbite : à propos de deux cas

M.I. Krifa*, Z. Souaij, R.Jdidi, K. Saadaoui, H. Krifa. *Sousse, Tunisie.*

Adresse e-mail : krifa_med_ilyes@yahoo.fr

Introduction : Le Kyste hydatique est une parasitose due au tænia echinococcus. Ce dernier peut se développer dans plusieurs sites de l'organisme. La localisation intra-orbitaire reste exceptionnelle et représente 1 à 2 % toutes les localisations.

Matériel et méthodes : Les auteurs présentent une étude rétrospective de deux patientes ayant présenté une exophtalmie unilatérale par hydatidose intra-orbitaire sans autres localisations viscérale, opérée au service de neurochirurgie du CHU Sahloul-Sousse. Nous décrivons les aspects cliniques, para cliniques et thérapeutiques de cette affection rare.

Conclusion : L'hydatidose orbitaire est rare mais non exceptionnelle. Il faut obligatoirement y penser devant une exophtalmie unilatérale chez un jeune originaire d'un pays endémique. Le diagnostic est basé sur un faisceau d'argument anamnestique, clinique et radiologique. Le traitement est uniquement chirurgical. Cette localisation aberrante de l'hydatidose est grave par ses conséquences surtout d'ordre fonctionnel, d'où l'intérêt de la prévention.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-45

La Tumeur Glomique Intra Orbitaire : Un Mythe ou une Réalité ?

M.I.Krifa*, Z.Souai, Y.Beltaifa, A.Ben Tebra, K.Saadaoui, H.Krifa. *Sousse, Tunisie.*

Adresse e-mail : krifa_med_ilyes@yahoo.fr

Introduction : Les tumeurs glomiques ou glomangiomes, appelées aussi tumeurs non chromaffines ou paragangliome, sont issues des corps glomiques, thermorégulateurs péri vasculaires. Elles sont rares, bénignes et se localisent le plus souvent dans la région péri unguéale. La localisation orbitaire est exceptionnelle

Matériel et méthodes : Nous présentons un cas de tumeur glomique intra-orbitaire traité dans notre service avec une revue de la littérature.

Observation : Patient âgé de 22 ans ; présentant progressivement depuis 2 ans une exophtalmie gauche sans baisse de l'acuité visuelle ni diplopie. L'exophtalmie est non axiale, non pulsatile, irréductible, sans signes inflammatoires locaux. L'oculomotricité est conservée et le reflexe photo-moteur est présent. L'acuité visuelle ainsi que le champ visuel sont normaux. L'examen du fond d'oeil ne montre pas d'anomalie papillaire. La TDM de l'orbite montre un processus expansif intra orbitaire, rétrobulbaire, bien limité, de densité liquidien, refoulant le globe oculaire, le nerf optique et les muscles oculomoteurs sans les envahir. Le patient a été opéré par une orbitotomie antéro-latérale avec dépose osseuse permettant une exérèse en monobloc d'une lésion bien limitée n'infiltrant pas les structures intra orbitaires. L'examen anatomopathologique a conclu à un gliomangiome kystique intra orbitaire typique. L'évolution post opératoire a été simple avec une amélioration de l'exophtalmie sans séquelles visuelles et sans récurrence locale après un suivi de 9 ans.

Conclusion : Les tumeurs glomiques sont des tumeurs bénignes rares et leur localisation intra orbitaire est exceptionnelle. Leur diagnostic est exceptionnellement évoqué avant l'examen anatomopathologique. L'exérèse chirurgicale est la seule alternative thérapeutique. Leur pronostic est favorable mais la surveillance clinique et radiologique s'impose.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-46

Les abcès épiduraux primitifs du rachis : étude radio-clinique et bactériologique de 8 cas.

M.I. Krifa*, Z. Souai, R.Jdidi, K. Saadaoui, H. Krifa. *Sousse, Tunisie.*

Adresse e-mail : krifa_med_ilyes@yahoo.fr

Introduction : Les abcès épiduraux du rachis sont rares et surviennent aussi bien chez les sujets immunocompétents qu'immunodéprimés. Le diagnostic positif et étiologique repose sur un faisceau d'arguments cliniques, radiologiques et bactériologiques. Le pronostic fonctionnel dépend de la précocité du diagnostic et de l'instauration de l'antibiothérapie.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective de huit cas de patients traités pour abcès épidural rachidien dans le Service de Neurochirurgie du CHU Sahloul-Sousse entre les années de 2008 et 2017.

Résultats : L'âge des patients varie de 3 mois à 70 ans, avec un sexe ratio de 1/1, qui présentent un tableau de compression médullaire par un abcès épidural cervicale (2 cas), dorsale (4 cas) et lombaire (2 cas) évoluant sur un mode subaigu sans tableau septicémique. Le diagnostic positif de la compression médullaire a été posé cliniquement. Les radiographies standards et la myélographie ont permis de retenir le type extra-dural de la lésion en cause. Le scanner médullaire a permis de confirmer l'existence d'un matériel hyperdense occupant les espaces épiduraux postéro-latéraux, étendus sur environ quatre étages dorso-lombaires dans 6 cas, et deux étages cervicaux dans 2 cas. Nos 8 patients ont été opérés, le germe isolé a été le staphylocoque dans 6 cas. L'antibiothérapie post-opératoire prolongée et adaptée a permis le contrôle de l'infection dans 6 cas, et l'amélioration spectaculaire du tableau neurologique dans 4 cas.

Conclusion : Les abcès épiduraux primitifs du rachis constituent une affection sévère mettant en jeu le pronostic fonctionnel de la marche. Le tableau clinique n'est pas spécifique mais les aspects radiologiques sont fortement évocateurs. L'évacuation chirurgicale a un double intérêt : la décompression nerveuse immédiate et l'identification du germe causal. L'antibiothérapie adaptée doit être suffisamment prolongée.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-47

Irritation péritonéale par l'extrémité distale de dérivation ventriculo-péritonéale : à propos de 3 cas

P. Michel, E. Fomekong, C. Raftopoulos. *Bruxelles, Belgique*

Adresse e-mail : pauline.michel@uclouvain.be

Introduction : La dérivation ventriculo-péritonéale (DVP) est une procédure neurochirurgicale fréquente et de choix dans l'hydrocéphalie communicante. Cette technique relativement simple présente néanmoins un taux élevé de complications (23,8%) prédominant dans la

première année de l'intervention. Les douleurs abdominales par irritation péritonéale sont peu décrites dans la littérature mais sont certainement sous-estimées

Matériel et méthodes : Trois cas de douleurs abdominales après mise en place de DVP sont rapportés. Le bilan par radiographie a mis en évidence un trajet du drain distal en contact avec le péritoine que ce soit en région sous-phrénique droite (2) ou au niveau du pelvis (1). Les hypothèses diagnostiques abdominales (colique, péritonite, affection gynécologique, etc.) n'étant pas confirmées, les patients ont bénéficié du repositionnement du drain distal.

Résultats : Tous les patients ont présenté une amélioration immédiate après le repositionnement du drain distal. Dans un cas, le drain distal présentait une adhérence au niveau du pelvis. Dans la littérature, peu de cas de douleurs abdominales secondaires à une irritation péritonéale du drain distal sont rapportés mais elles sont probablement sous-évaluées.

Conclusion : Les douleurs abdominales engendrées par l'irritation péritonéale par le drain distal d'une DVP sont probablement sous-estimées dans la littérature. Un simple repositionnement permet la résolution des plaintes avec peu de risques.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-48

Cavernome Intramédullaire : à propos d'un cas et revue de la littérature.

N D A Bankole, H Selhi, Y Oudrihiri, A Melhaoui, M Boutarbouch, A El Ouahabi. *Rabat, Maroc*

Adresse e-mail : bankolenouroudine@yahoo.fr

Introduction : Les cavernomes sont des anomalies vasculaires bénignes consistant en des cavités dans lesquelles le sang circule à faible débit et à basse pression. La localisation intramédullaire est inhabituelle, représente environ 5 à 12% des malformations vasculaires rachidiennes et 3% des malformations vasculaires intra-durales (5% des lésions vasculaires médullaires).

Observation : Une patiente âgée de 59 ans a consulté pour l'instauration soudaine d'une douleur dorsale modérée suivie d'une faiblesse musculaire prédominante dans les deux membres inférieurs d'aggravation progressive, responsable de troubles de la marche. La patiente a signalé une hypoesthésie et une lourdeur des deux membres inférieurs évoluant depuis deux ans. L'examen a révélé un syndrome de compression médullaire dorsale avec une paraparésie à 2/5 à droite et 3/5 à gauche. Sur l'IRM, il y avait des anomalies du signal intramédullaire de la moelle épinière thoracique (T11) avec des stigmates hémorragiques évocateurs de cavernomes intramédullaires. La malade a bénéficié d'une laminectomie T10-T11 suivie de durotomie puis on procède à une exérèse macroscopiquement totale du cavernome confirmé à l'histologie. A noter qu'en peropératoire on objectivait une infiltration de la radicelle de T11 par le cavernome qu'on a été obligé de sectionner. La patiente a été transférée en service de rééducation fonctionnelle et kinésithérapie.

Discussion : Le cavernome du système nerveux central peut être unique ou multiple, rarement intramédullaire. Il existe des formes sporadiques et des formes familiales avec une prédisposition génétique. Les manifestations cliniques du cavernome intramédullaire dépendent du niveau lésionnel, le plus souvent thoracique. L'IRM est l'examen de choix pour le diagnostic avec un signal mixte en T1 et une hypo intensité en pondération T2. Dans notre cas, le niveau est thoracique (T11).

Conclusion : La prise en charge du cavernome médullaire est essentiellement neurochirurgicale avec résection microchirurgicale complète de la malformation. En l'absence de traitement chirurgical, l'évolution peut être due à une myélopathie chronique ou à une aggravation neurologique.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-49

Hernie discale lombaire de l'enfant et de l'adolescent

Z. Souei* , M.I. Krifa, H. Ben Selma, K. Saadaoui, R. Jdidi, H. Krifa. *Sousse, Tunisie.*

Adresse e-mail : zohra.souei@gmail.com

Introduction : La hernie discale lombaire (HDL) de l'enfant et de l'adolescent est une entité rare. Le diagnostic positif est similaire à l'HDL de l'adulte. Le traitement médical, même s'il est moins efficace que chez l'adulte doit rester le traitement de choix. La chirurgie est associée à d'excellents résultats malgré que les remaniements chirurgicaux sur un rachis encore en croissance expose à un risque accru de difformités iatrogènes.

Matériel et méthodes : Les auteurs rapportent leur expérience à propos de 20 cas opérés d'HDL de l'enfant et de l'adolescent, colligés en 10 ans allant de janvier 2007 à décembre 2016.

Discussion, Conclusion : Les particularités de cette pathologie dans cette série est une plus grande fréquence du facteur traumatique dans l'étiopathogénie de l'affection, la violence de la douleur et de la raideur du rachis et par conséquent une résistance au traitement médical usuel, et à l'imagerie une fréquence des fractures de l'insertion du listel marginal réalisant le plus souvent des hernies discales rétromarginales.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-50

Tumeur fibreuse solitaire de l'orbite : à propos d'un cas et revue de la littérature.

Z.Souei*, R. Jdidi, M.I. Krifa, K. Saadaoui, I .Ksira, H. Krifa. *Sousse, Tunisie.*

Adresse e-mail : zohra.souei@gmail.com

Introduction : La tumeur fibreuse solitaire de l'orbite (TFS) est une tumeur ubiquitaire exceptionnellement retrouvée dans l'orbite, classée actuellement parmi les tumeurs mésoenchymateuses bénignes ou de faible degré de malignité. Nous rapportons un nouveau cas que nous confrontons aux données de la littérature. Le diagnostic de TFS est anatomopathologique. Il s'agit d'une masse à prolifération mésoenchymateuse. On note une forte expression de l'antigène CD99 et CD34 en immuno-histochimie.

Matériel et méthodes : Un homme âgé de 37 ans, présentait une exophtalmie axiale irréductible et indolore de l'oeil gauche évoluant depuis 2 mois, aggravée d'une baisse de l'acuité visuelle. L'IRM orbitaire a mis en évidence une masse tissulaire intra-orbitaire et extra-conique en hypo-signal sur les séquences en pondération T1 et T2. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire obtenue par voie supra-orbitaire gauche a permis de poser le diagnostic de TFS orbitaire.

Conclusion : La TFS est une entité rare surtout au niveau de la région orbitaire. Il s'agit d'une tumeur habituellement bénigne. L'exérèse chirurgicale complète est le traitement de choix. Une surveillance au long cours s'impose vu le risque de récurrence.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-51

Hématome sous-dural chronique bilatéral révélé par une paraplégie : à propos de 2 cas

A. Maatoug, F.kolsi, B.Kammoun, H.Mechirgui , F.Jarraya , Z.boudawara. *Sfax, Tunisie*

Adresse e-mail : ahmedmaatoug52@hotmail.fr

Introduction : Les hématomes sous-duraux chroniques sont fréquemment observés dans la pratique neurochirurgicale, mais à cause de la multitude de leurs présentations cliniques, le diagnostic approprié n'est souvent pas fait dans les premiers stades. L'hématome sous-dural chronique touche surtout les personnes âgées. Un antécédent de traumatisme crânien direct est absent dans plus de 50% des cas.

Matériel et méthodes : 1er cas : Un homme de 68 ans, asthmatique, admis pour lourdeur des deux membres inférieurs d'installation rapidement progressive évoluant depuis 72 heures sans autres signes associés entre autre pas céphalées, pas crise épileptique pas de troubles de la sensibilité et pas de notion de traumatisme crânien. L'examen neurologique trouve une paraplégie spastique avec des réflexes ostéotendineux vifs. L'IRM médullaire réalisée en urgence montre un rachis dégénératif sans signes de compression. La TDM cérébrale montre un hématome sous dural chronique bilatéral. Le patient a été opéré en urgence avec évacuation d'un hématome sous dural chronique bilatéral sous pression à travers quatre trous de trépan. Une amélioration clinique nette a été constatée avec régression totale du déficit moteur. 2ème cas : un homme âgé de 61ans, admis pour lourdeur des deux membres inférieurs d'installation rapidement progressive évoluant depuis 1 semaine, associé à des céphalées non calmées par le traitement médical. L'examen neurologique trouve une paraprésie avec des réflexes ostéotendineux normaux. La TDM cérébrale montre un

hématome sous dural chronique bilatéral. Le patient a été opéré en urgence avec évacuation d'un hématome sous pression à travers 4 trous de trepan. Une amélioration clinique nette a été constatée en post opératoire avec disparition du déficit moteur initial

Conclusion : Les hématomes sous-duraux chroniques peuvent se présenter par des tableaux inhabituels. Ils peuvent se développer dans en absence de toute l'histoire de traumatisme crânien, et sans aucun changement évident des les fonctions supérieures. Ils peuvent présenter une paraplégie voire une quadriplégie. Le diagnostic d'hématome sous-dural chronique doit être envisagé lorsque l'étiologie de la paraplégie ou de la tétraplégie est incertaine.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-52

Radicotomies dorsales avec abord type KIDr et monitoring EMG per-opératoire

A Joud*, M Sindou, I Stella, O Klein, Nancy, France

Adresse e-mail : a.joud@chru-nancy.fr

Introduction : la Radicotomie Dorsale, intervention ancienne indiquée essentiellement chez l'enfant diplégique spastique, peut-être réalisée selon des abords interlamaires segmentaires de type KIDr (Keyhole Interlaminar Dorsal rhizotomy) permettant un monitoring EMG per-opératoire précis. Nous rapportons les résultats des 7 premiers cas de la série nancéenne réalisés selon ses modalités.

Matériel et méthodes : Chez chaque enfant, une charte pré-opératoire a été établie de façon multidisciplinaire avec les objectifs attendus et la quantification de la section de chacune des racines sélectionnées. Les 7 interventions ont été réalisées selon les mêmes modalités avec abords interlamaires type KIDr et monitoring EMG per opératoire par stimulation des racines ventrale et dorsale de toutes les racines lombo-sacrées de L2 à S2 de chaque côté réalisé avec le stimulateur Icare d'Innopsys. Un contrôle par observation clinique des réponses motrices était également réalisé en parallèle par un kinésithérapeute. La durée d'hospitalisation fut de 9 jours en moyenne. Tous les patients ont ensuite été transféré en centre de rééducation spécialisée pour une durée de 6 semaines.

Résultats : La durée moyenne de l'intervention était de 5h30. Aucune complication per -ou post-opératoire hormis un pseudoméningocèle n'a été observé. La spasticité a diminué chez tout les enfants à 1 mois (Ashworth de 3,3 à 1,7). 3 patients sur 7 ont eu une aggravation fonctionnelle pour le 1er mois (marche), en relation avec l'hypotonie, cette dernière a toujours récupéré à 6 mois laissant une spasticité améliorée. 5 patients ont décrits dès le 1er mois une diminution des douleurs des membres inférieurs présentes avant l'intervention. 6 familles sur 7 se déclaraient satisfaites.

Conclusion : la radicotomie dorsale réalisée avec l'abord de type KIDr et monitoring EMG per opératoire donne des résultats satisfaisants chez l'enfant en permettant une diminution de la spasticité et une amélioration fonctionnelle.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-53

Hématome intracérébral : mode inhabituel de révélation d'une leucémie aiguë lymphoblastique : à propos d'un cas et revue de la littérature.

A Hachicha, M Khrifech, A Meddeb, K Ayadi, F Jarraya, MZ Boudawara. *Sfax, Tunisie.*

Adresse e-mail : dr_hachicha@yahoo.fr

Introduction : L'hématome intra cérébral représente 20% de la mortalité de la leucémie aiguë lymphoblastique (LAL). Il est inhabituel que l'hématome intra cérébral soit la 1ère manifestation de la LAL. Nous rapportons un mode inhabituel de présentation d'une LAL.

Observation : Nourrisson de sexe féminin, âgé de 1 an, sans antécédents particuliers, issue d'un mariage non consanguin, admise pour macrocranie évoluant depuis 2 mois dans un contexte d'apyrexie et sans notion de traumatisme.. L'examen a objectivé une fontanelle antérieure tendue, avec une dysmorphie faciale. La biologie a montré une hyperleucocytose à 14400, une thrombopénie à 97000 et une hémoglobine à 9,7 g/dl. La TDM cérébrale a montré une collection sous durale hémisphérique droite qui se rehausse au PDC associé à une masse temporale droite spontanément hyperdense avec ostéolyse du rocher et de l'os temporal droit. L'IRM cérébrale a conclu à un empyème hémisphérique droit avec un hématome intra parenchymateux temporal droit. En per opératoire, il s'agit d'un envahissement complet de la dure mère et de l'espace sous dural par du tissu fibreux, épais, peu vascularisé et en continuité à un hématome intra parenchymateux, dont l'évacuation complète permet la détente cérébrale. En post opératoire, on a constaté une bi-cytopénie avec une leucopénie à 1900 EB/mm³ et une anémie sévère à 5,3g/dl nécessitant sa transfusion. Le patient est décédé dans les suites opératoire précoces. L'examen anapath : Leucémie Aigüe Lymphoblastique T. .

Conclusion : L'hyperleucocytose chez un patient ayant un hématome intracérébral doit faire suspecter la Leucémie Aiguë comme cause de cet hématome. Un diagnostic rapide et précis permettra de faire le bon choix thérapeutique et d'améliorer le pronostic.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-54

Tératome du rachis lombaire de l'adulte : à propos de deux cas.

M Khrifech ; A Hachicha ; K Ayadi ; A Maatoug ; F Jarraya ; MZ Boudawara

Adresse e-mail : Mansourkhrifech@gmail.com

Introduction : Le tératome rachidien lombaire intradural est rare. Il se développe plus fréquemment chez les enfants. Il est souvent associé au dysraphisme. Des antécédents de traumatisme du rachis, de ponction lombaire ou d'interventions chirurgicales sont décrits dans quelques cas. Nous rapportons deux cas de tératome rachidien lombaire de l'adulte

Observations : Observation 1 : Une femme de 44 ans, consulte pour des lombalgies chroniques avec irradiation récente aux deux membres inférieures à type de lombosciatalgies bilatérales, mal systématisées, sans notion de troubles vésico-sphinctériens. L'examen trouve une discrète hypoesthésie crurale à prédominance droite sans déficit moteur évident. L'IRM lombaire montre un processus intra canalaire intra dural, bien limité en regard de L3-L4. La patiente a été opérée avec exérèse complète d'une tumeur jaunâtre à double composante kystique et charnue. L'examen histologique a conclu à un tératome mature kystique.

Observation 2 : Un homme de 32 ans, consulte pour des lombosciatalgies bilatérales mal systématisées rebelles aux traitements symptomatiques sans notion de troubles vesico-sphinctériens. L'examen trouve un syndrome rachidien lombaire sans déficit sensitivo-moteur, sans signe clinique de dysraphisme. L'imagerie lombaire montre une diastématomyélie à la hauteur de L2 associée à un processus intra dural de signal hétérogène développé au dépend de l'hémi moelle gauche. Le patient est opéré avec exérèse partielle d'une lésion jaunâtre très adhérente à l'hémi moelle gauche. L'histologie a conclu à un tératome.

Conclusion : Rares sont les séries rapportées de tératome rachidien lombaire dans la littérature. Une dysraphie spinale est souvent associée. Le tératome rachidien, non associé à une dysraphie est plus fréquent chez les nourrissons et les adolescents que chez les adultes. La localisation dorso-lombaire est la plus fréquente, en particulier au niveau du cône terminal. Le traitement curatif de cette tumeur est sa résection totale. Elle ne nécessite aucun traitement adjuvant.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-55

Tumeur embryonnaire avec rosettes maligne supratentorielle type ETMR (Embryonal Tumor with Multi-layered Rosettes) : une entité rare

Z.Souei*, M.I. Krifa, K. Saadaoui ; R.Jdidi, H. Ben Selma, H. Krifa. *Sousse, Tunisie.*

Adresse e-mail : zohra.souei@gmail.com

Introduction : Les tumeurs Embryonnaires avec les rosettes multicouches (ETMR) sont des tumeurs cérébrales rares et mortelles qui affectent principalement des enfants aux dessous de l'âge de 4 ans. On trouve 300 cas enregistrés dans le monde mais probablement il existe d'autres car cette tumeur est souvent mal diagnostiquée. Les tumeurs embryonnaires avec des rosettes multicouches (ETMR), incluant une tumeur embryonnaire avec un neuropil abondant et de vraies rosettes (ETANTR), ainsi qu'un épépendymoblastome (EBL) : constituent une entité distincte de la famille des tumeurs neuro ectodermiques primitives (PNET). Ils surviennent surtout chez les enfants de moins de 2 ans. Dans la littérature, la localisation de la tumeur primitive est le plus fréquemment en supra tentorielle avec des signes d'hypertension intracrânienne. Le traitement de l'ETMR commence habituellement par une résection chirurgicale maximale. Le rôle du traitement adjuvant par chimiothérapie et / ou radiothérapie n'a pas encore été bien établi pour cette maladie.

Observation : Nous rapportons le cas d'une fillette de 3 ans qui se présente aux urgences pour des crises convulsives toniques. Son examen neurologique et ophtalmologique sont sans

particularités. L'exploration radiologique (scanner, IRM cérébrales) montre un processus expansif frontal droit sans effet de masse ni oedème péri lésionnel. La patiente est mise sous traitement antiépileptique avec surveillance clinique et radiologique. L'évolution a été marquée par une reprise 1mois plus tard, des crises convulsives associée à l'installation rapidement progressive des signes d'HTIC et une lourdeur de l'hémicorps gauche. L'IRM cérébrale objective la présence d'un volumineux PEIC fronto-temporo-pariétal droit à double composante kystique, charnu et des calcifications. L'exérèse chirurgicale totale a été effectuée (lésion et l'examen anatomopathologique conclu à une tumeur embryonnaire type ETMR selon la classification OMS 2016. Deux mois plus-tard la patiente a été réopéré avec le même résultat a l'examen anatomopathologique) suivie d'une chimio puis radio thérapie. la patiente est décédée 8 mois plus tard.

Conclusion : ETMR sont des tumeurs cérébrales rares du jeune enfant. Un diagnostic biologique avec immunohistochimie LIN28A et la recherche de l'amplification du locus 19q13.42 doivent être systématiquement effectués pour assurer le diagnostic.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-56

Anévrisme carotido-ophtalmique révélé par une cécité monoculaire brutale : à propos d'un cas et revue de la littérature.

A. Maatoug, G.Gader, M.Zouaghi, M.Badri, M.Rkhami, K.Bahri, I.Zammel. *Tunis, Tunisie*

Adresse e-mail: ahmedmaatoug52@hotmail.fr

Introduction : Les troubles visuels ont de multiples étiologies neurologiques qui peuvent être causées par des lésions se développant au niveau des régions sellaires ou suprasellaires comprimant le nerf optique. Les anévrysmes à la jonction de l'artère ophtalmique avec l'artère carotide interne sont rares.

Matériel et méthodes : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 57 ans, hypertendue sous traitement, admise pour cécité gauche et céphalées d'installation brutale survenues une semaine avant l'admission. L'examen a retrouvé une patiente consciente non déficitaire, avec absence de signes méningés. L'examen des ophtalmologique note une cécité totale de l'œil gauche avec un strabisme convergent du même œil. Un scanner cérébral a montré une hémorragie méningée interhémisphérique. L'angio IRM a mis en évidence un anévrisme sacciforme carotido-ophtalmique gauche. La patiente a bénéficié d'une embolisation de l'anévrisme en question avec des suites marquées par une récupération partielle de l'acuité visuelle de l'œil gauche cotée à 2 sur 10.

Discussion : Les anévrysmes carotidiens-ophtalmiques représentent environ 5% de tous les anévrysmes intracrâniens. Elles sont les moins susceptibles de se rompre. Elles peuvent causer des symptômes même lorsque non rompus. Ces manifestations sont principalement représentées par une baisse de l'acuité visuelle et une paralysie oculomotrice. La perte visuelle monoculaire peut être une complication sous-estimée des hémorragies sous arachnoïdiennes. Un examen ophtalmologique soigneux faciliterait le diagnostic précoce et la prise en charge des déficits visuels.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-57

Traitement chirurgical des tumeurs neuro épithéliales dysembryoplasiques : A propos de 5 cas

I. Cherif*, B. Kammoun, F. Kolsi, A. Meddeb, F. Jarraya, MZ. Boudawara. *Sfax-Tunisie*

Adresse e-mail : ines.cherif114@gmail.com

Introduction : Individualisées en 1988 par Daumas-Duport et al, les tumeurs neuro épithéliales dysembryoplasiques (DNET) représentent un groupe de tumeurs cérébrales bénignes affectant essentiellement les sujets jeunes et associées à une épilepsie pharmaco résistante. Le traitement de ces tumeurs est rarement chirurgical.

Matériel et méthodes : Nous rapportons une étude rétrospective de 5 cas de tumeurs neuroépithéliales dysembryoplasiques colligés au service de neurochirurgie CHU HB Sfax. Il s'agit de 2 hommes et 3 femmes, avec un âge moyen de 21,4 ans. Tous les patients avaient une histoire d'épilepsie pharmacorésistante avec une durée d'évolution allant de 5 ans à 19 ans. Les crises épileptiques étaient de type partiel dans 2 cas et de type généralisé dans 3 cas. Le lobe droit était plus touché (3 cas) que le lobe gauche (2 cas). Les lésions se localisaient au niveau frontal dans 3 cas et du lobe temporal dans 2cas. Les cinq cas ont été opérés avec une exérèse macroscopiquement totale.

Résultats : L'évolution était favorable dans 4 cas qui n'ont présenté aucune crise épileptique après l'exérèse chirurgicale avec un recul allant de 9 mois à 36 mois. Cependant, une récurrence tumorale locale a été notée chez le cinquième cas et qui a été réopéré avec une bonne évolution postopératoire.

Conclusion : Les DNET sont des tumeurs bénignes très particulières révélées par une épilepsie isolée chez l'enfant et le sujet jeune. La chirurgie reste un moyen thérapeutique efficace chez les patients ayant une épilepsie pharmaco résistante.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-58

Métastase cérébrale d'un primitif pancréatique : à propos d'un cas et revue de la littérature.

I. Cherif*, F. Kolsi, B. Kammoun, M. Borni, F. Jarraya, MZ. Boudawara. *Sfax-Tunisie*

Adresse e-mail : ines.cherif114@gmail.com

Introduction : L'adénocarcinome pancréatique est une pathologie létale. La large majorité des patients se présentent à un stade avancé de la maladie (local ou métastatique). Les métastases d'un carcinome pancréatique affectent fréquemment le foie ; la localisation cérébrale est rare avec un pronostic souvent péjoratif.

Matériels et Méthodes : On rapporte le cas d'un patient âgé de 52 ans présentant un adénocarcinome pancréatique avec métastase cérébrale, 7 ans après le traitement de la tumeur primitive. Un patient âgé de 52 ans, opéré il y a 7 ans d'un adénocarcinome

pancréatique, se présentait pour des céphalées d'installation progressive évoluant depuis un mois. L'examen neurologique était normal. L'imagerie cérébrale montrait une masse temporo-insulaire compressive avec rehaussement périphérique irrégulier et un important oedème péri lésionnel. Le patient a été opéré avec exérèse incomplète de la tumeur, et l'étude anatomopathologique a conclu à une lésion métastatique d'un primitif pancréatique. Le patient a reçu 10 séances de radiothérapie cérébrale. Le bilan d'extension a montré, après un an, de multiples lésions osseuses et pulmonaires avec une récurrence métastatique cérébrale. Il a été réopéré avec résection tumorale complète. Une chimiothérapie post-opératoire a été administrée pendant 6 séances. Une détérioration clinique du patient s'est installée progressivement puis il est décédé au 8ème mois post-opératoire.

Conclusion : Généralement, le pronostic des patients porteurs de métastases cérébrales d'un carcinome pancréatique est péjoratif. Malgré une stratégie thérapeutique palliative des carcinomes pancréatiques avec métastase cérébrale dans la plupart des cas, plusieurs cas ont été rapportés décrivant une chirurgie agressive des métastases cérébrales entraînant une amélioration de la survie.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-59

Le rhabdomyosarcome sinusien avec extension intra orbitaire et intracrânienne : une tumeur rare avec un pronostic péjoratif.

F. Kolsi, I. Cherif*, B.Kammoun, H.Mechergui, F. Jarraya, MZ. Boudawara. *Sfax, Tunisie*
Adresse e-mail : ines.cherif114@gmail.com

Introduction : Les rhabdomyosarcomes sont des tumeurs sarcomateuses rares dont les localisations nasosinusiennes sont peu fréquentes chez l'adulte. Toutefois, une extension intra orbitaire et / ou intra crânienne reste exceptionnelle.

Matériel et méthodes : Nous rapportons le cas d'une patiente porteuse d'un rhabdomyosarcome extensif, opérée. Il s'agit d'une patiente âgée de 29 ans suivie pour rhabdomyosarcome éthmoïdal traité par chimio-radiothérapie, et qui présente un syndrome d'hypertension intracrânienne d'aggravation progressive. L'examen neurologique a été sans particularité. L'IRM cérébrale a montré un processus expansif intra crânien frontal droit et intra orbitaire. La patiente a été opérée avec exérèse complète et des suites opératoires simples. L'examen anatomopathologique a conclu à un rhabdomyosarcome. L'évolution a été marquée par la récurrence tumorale au bout de 2 mois avec altération de l'état général et le décès au bout de 4 mois.

Conclusion : Le rhabdomyosarcome est une tumeur mésenchymateuse touchant essentiellement l'enfant et l'adolescent. Le diagnostic repose essentiellement sur l'analyse immuno-histochimique. L'association chirurgie et chimioradiothérapie constitue le traitement idéal mais l'exérèse chirurgicale est souvent impossible compte tenu de l'extension locale. Le pronostic reste sombre chez l'adulte.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-60

Les neurocytomes extra ventriculaires.

F. Kolsi, I. Cherif*, B. Kammoun, H. Mechergui, F. Jarraya, MZ. Boudawara. *Sfax, Tunisie*
Adresse e-mail : ines.cherif114@gmail.com

Introduction : Les neurocytomes extra ventriculaires sont des tumeurs rares du parenchyme cérébral. Il s'agit d'une tumeur neuronale histologiquement similaire au neurocytome central, mais survenant dans le parenchyme cérébral en dehors des ventricules. La littérature médicale rapporte seulement quelques cas le plus souvent malins.

Matériel et méthodes : On rapporte le cas d'une patiente opérée d'une tumeur frontale intra parenchymateuse, s'avérant à l'examen histologique un neurocytome extra ventriculaire. Il s'agit d'une femme âgée de 37 ans sans antécédent pathologiques particuliers qui a présenté des crises convulsives tonico-cloniques généralisées non équilibrées par le traitement médical. L'examen neurologique a été sans particularités. L'IRM cérébrale a montré un processus expansif intracrânien frontal droit. La patiente a été opérée avec exérèse macroscopiquement totale d'une lésion frontale droite ferme de couleur rosâtre assez distincte du parenchyme cérébral facilement dissécable, avec suite opératoire simple. L'examen histologique a conclu à un neurocytome extra ventriculaire de grade II.

Conclusion : Les neurocytomes extra ventriculaires sont des tumeurs rares associant des cellules gliales et une différenciation neuronale. La chirurgie combinée à la radiothérapie, offrent un bon résultat. Les données de la littérature sont limitées, rendant difficile de dicter un protocole thérapeutique. Le rôle du traitement adjuvant est encore discutable et doit encore être validé.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-61

Rejet de cage intersomatique dans la chirurgie de la myélopathie cervico-arthrosique sur hernie discale cervicale : une complication insolite.

I. Takbou* , N. Mentri, K. Djoulane, H. Bellahcene, S. Zidani, S. Tliba. *Béjaia, Algérie.*
Adresse e-mail : drtakbou@gmail.com

Introduction : La chirurgie du rachis cervical dégénératif peut être émaillée de certaines complications (infectieuses, mécaniques, neurologiques, fistules oesotrachéales ou de LCS). Nous rapportons un cas de rejet d'une cage intersomatique par voie buccale lors d'un effort d'une toux chez un patient opéré pour hernie discale cervicale.

Observation : Il s'agit d'un homme âgé de 58 ans, sans antécédents médicaux notables. Sur le plan clinique, il a présenté un syndrome de compression médullaire cervicale fait d'un syndrome pyramidal aux quatre membres avec troubles sensitifs à type de parésie grade 4 de Nurick. La neuroimagerie (TDM et IRM cervicale) a retrouvée une myélopathie cervico-arthrosique sur hernie discale à hauteur de C3C4. Un abord antérieur a été effectué avec

dissectomie C3-C4 et mise en place d'une cage intersomatique. Les suites opératoires immédiates ont été simples avec une bonne récupération sur le plan moteur hormis une gêne à la déglutition. Après une année d'évolution, le patient a rapporté l'expulsion d'un corps étranger (la cage intersomatique) lors d'un effort de toux. Une radiographie du rachis cervical confirme l'absence de la cage. La fistulographie oesophagienne est revenue sans anomalies.

Discussion : Les complications classiques dans la chirurgie du rachis cervical avec mise en place d'une cage intersomatique sont les déplacements secondaires antérieurs (avec risque d'atteinte oesotrachéale) ou (postérieurs avec risque d'atteinte radiculo-médullaire). Ces déplacements pourraient être liés à un problème technique (malposition de la cage, dimensions non adaptées) engendrant l'absence de fusion corporeale. Le rejet pourrait aussi être lié à une intolérance d'ordre immunitaire du patient au corps étranger (cage intersomatique).

Conclusion : Le rejet de la cage somatique par voie buccale est une complication extrêmement rare et insolite. Sa survenue n'a pas été rapporté auparavant comme une complications de la chirurgie du rachis cervical. Il nous semble qu'il s'agit du premier cas décrit dans la littérature.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-62

Tumeur rhabdoïde térétoïde atypique : A propos de six cas.

I. Cherif*, B. Kammoun, F. Kolsi, A. Maatoug, F. Jarraya, MZ. Boudawara. *Sfax, Tunisie.*

Adresse e-mail : ines.cherif114@gmail.com

Introduction : Les tumeurs rhabdoïdes malignes sont des tumeurs rares mais extrêmement agressives. Les localisations principales sont le système nerveux central, le rein ou d'autres tissus mous. Elles représenteraient 2 à 3 % des tumeurs cérébrales pédiatriques. Ces tumeurs sont dotées d'un très mauvais pronostic avec une médiane de survie de 6 à 11 mois. Aucun protocole thérapeutique actuel n'a pu démontrer son efficacité.

Matériel et méthodes : Nous rapportons une étude rétrospective de 6 cas de tumeur rhabdoïde maligne du système nerveux central colligés dans le service de neurochirurgie CHU HB Sfax.

Résultats : L'âge moyen des patients a été de 10 ans dont cinq étaient des enfants. La symptomatologie clinique a été dominée par un syndrome d'hypertension intracrânienne. L'imagerie par résonance magnétique a révélé un processus tumoral hétérogène localisé respectivement dans le tronc cérébral (un cas), insulaire (un cas), temporofrontal (trois cas) et médullaire (un cas). Le diagnostic a été porté sur l'examen histologique couplé à des études immunohistochimiques en montrant une prolifération de cellules de grande taille dont le cytoplasme était chargé d'une inclusion hyaline positive pour la vimentine et la kératine en faveur d'une tumeur térétoïde rhabdoïde atypique. Une radiothérapie adjuvante a été indiquée pour deux patients. L'évolution a été marquée par une récurrence tumorale dans deux cas. Le décès est survenu pour les six patients après un recul maximal de 18 mois.

Conclusion : La tumeur rhabdoïde maligne du système nerveux central constitue une des tumeurs les plus agressives et les plus malignes pour laquelle un protocole thérapeutique efficace n'a pas encore été décrit.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-63

Lymphome de burkitt chez l'enfant de localisation cérébrale : A propos d'un cas

S.Zidani, K.Izirouel, H.Khechfoud, K.Djoulane, N.Mentri, S.Tliba. *Béjaia, Algérie.*

Adresse e-mail : drszidani@gmail.com

Introduction : Le lymphome de Burkitt (LB) est un cancer appartenant au groupe des lymphomes malins non Hodgkiniens (LMNH) caractérisée par la prolifération monoclonale lymphoblastique de cellules B particulières appelées cellules de Burkitt. C'est la première hémopathie maligne de l'enfant africain.

Observation : Nous rapportons une illustration clinique d'un de lymphome de burkitt de localisation cérébrale d'un enfant âgé de 7ans. Cliniquement, il présentait une somnolence, un syndrome d'hypertension intracrânienne et un syndrome cérébelleux. La TDM cérébrale a objectivé un processus de la fosse cérébrale postérieure compliqué d'une hydrocéphalie tri ventriculaire. Une dérivation ventriculo-péritonéale suivie d'une chirurgie décompressive ont été effectuées dans le cadre de l'urgence puis l'enfant était repris pour exérèse large de la tumeur. L'étude anatomopathologique retrouve une prolifération cérébelleuse d'une localisation lymphomateuse B. L'enfant a été orienté vers un centre d'oncologie.

Discussion : Trois variantes cliniques décrite dans la littérature : la forme endémique appelée lymphome de Burkitt africain, la forme sporadique observée en occident et le LB lié a l'infection par le VIH. Le traitement du lymphome de Burkitt est essentiellement basé sur une chimiothérapie intensive de quelques mois en association avec du rituximab.

Conclusion : Des progrès thérapeutiques importants ont été enregistrés améliorant nettement la survie des patients, permettant de noter sa chimio sensibilité. Malgré ces progrès thérapeutiques, il n'y a pour l'instant aucun protocole thérapeutique universellement admis ; ce qui explique les variétés des protocoles utilisés par la plupart des auteurs.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-64

Maladie de Rosaï Dorfman mimant un méningiome : à propos d'un cas

G. Gader, M. Badri, M. Zouaghi, M. Rkhami, K. Bahri, I. Zammel. *Ben Arous, Tunisie.*

Adresse e-mail : gastghagad@yahoo.fr

Introduction : La maladie de Rosai-Dorfman est définie comme étant une lymphohistiocytose bénigne, impliquant généralement les ganglions lymphatiques, et qui se présente

généralement par des adénopathies massives avec une histiocytose sinusienne. Des atteintes extraganglionnaires peuvent être assez couramment rencontrées. Toutefois les localisations nerveuses de la maladie de Rosai Dorfman sont très rares. Nous rapportons le cas d'une patiente traitée pour une lésion initialement étiquetée comme un méningiome, dont l'examen anatomopathologique en a révélé la nature histiocytaire traduisant une localisation endocrânienne de la maladie de Rosai Dorfman.

Observation : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 35 ans, dyslipidémique, porteuse d'une obésité morbide, qui s'est présentée pour un tableau fait de céphalées, vertiges, comitialité et lourdeur de l'hémicorps droit. Cette symptomatologie est survenue d'une façon insidieuse durant 2 ans. L'examen a permis d'objectiver une hémiparésie droite. L'IRM cérébrale a mis en évidence la présence d'un processus expansif intracrânien extraaxial pariétal gauche dont les caractéristiques concordent avec la description sémiologique d'un méningiome. La patiente a été opérée. Une exérèse complète de la lésion a pu être effectuée. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique a conclu à une histiocytose hémophagocytaire : Maladie de Rosai Dorfman. Aucun traitement adjuvant n'a été proposé à la patiente.

Conclusion : La maladie de Rosai Dorfman mimant un méningiome est très rare et ne peut être diagnostiquée en préopératoire en dehors des cas où s'y associent des manifestations systémiques de l'histiocytose. Les données radiologiques sont identiques à celles du méningiome. L'exérèse complète de la lésion intracrânienne permet d'obtenir une guérison de la localisation nerveuse. Néanmoins, un suivi d'au moins 5 ans est recommandé par la plupart des auteurs pour détecter les rechutes précoces.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-65

Candidose cérébrale à révélation hémorragique : à propos d'un cas

S.Zidani, H.Khechfoud, K.Izirouel, I.Takbou, S.Tliba. *Béjaia, Algérie.*

Adresse e-mail : drszidani@gmail.com

Introduction : Les mycoses du système nerveux central (SNC) semblent de plus en plus fréquentes, même si les données épidémiologiques sont peu précises. Ceci est lié à l'amélioration de nos connaissances et des moyens diagnostiques de ces affections mais aussi à la multiplication des actes thérapeutiques ou diagnostiques, comme les cathétérismes. La physiopathologie exacte de l'atteinte du système nerveux central par le candida demeure inconnue. L'hypothèse la plus couramment retenue est celle d'une dissémination hématogène à partir de sites périphériques variés.

Observation : Nous rapportons un cas d'une candidose cérébrale, révélé par un syndrome d'hémorragie cérébroméningée chez un enfant de 11ans, aux antécédents de valvulopathie opéré à deux reprises. A l'admission enfant comateux, l'imagerie retrouve un volumineux hématome intraparenchymateux opéré en urgence. En per opératoire une formation bien organisée avec une capsule bien identifiée constatée après évacuation de l'hématome. Etude anatomopathologie révèle un aspect de spores et filaments évoquant une candidose.

Discussion : Le premier cas de candidose cérébrale a été rapporté par Heller en 1895. L'atteinte vasculaire dans les candidoses disséminées est rare, mais peut être responsable d'un infarctus cérébral, d'une nécrose hémorragique et d'anévrisme mycotique. Outre la prise en charge de l'hypertension intracrânienne et des troubles neurologiques, la chirurgie conserve une place importante dans la thérapie des infections fongiques cérébrales, permettant une certitude histologique. La mortalité est élevée en raison des délais diagnostiques et thérapeutiques fréquents et de la gravité de ces infections chez les patients affaiblis.

Conclusion : Le traitement chirurgical contribue au diagnostic des lésions expansives et doit être complété par un traitement antifongique. La prise en charge thérapeutique repose sur des recommandations de faible grade qui ne précisent pas la durée de traitement et n'intègrent pas les nouvelles molécules disponibles.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-66

Adénome hypophysaire mixte à GH et à Prolactine : à propos d'1 cas

A. Elmamoune, S.M. Salihy. *Nouakchott, Mauritanie.*

Adresse e-mail : abdamamo@yahoo.fr

Introduction : Les adénomes hypophysaires à sécrétion mixte à Growth Hormone (GH) et à prolactine sont exceptionnels. Si le diagnostic est facile sur les données cliniques, radiologique et biologique, le traitement reste discutable.

Observation : Nous rapportons le cas d'un patient de 50 ans qui présente une acromégalie d'installation insidieuse évoluant depuis 5 ans. Elle est associée à une baisse progressive de l'acuité visuelle. Le bilan radiologique montre une volumineuse lésion expansive intra et suprasellaire. Le bilan biologique montre un taux de prolactine à 4 chiffres et un taux de GH et d'IGF1 élevé. Il fut traité par agonistes dopaminergiques (Cabergoline).

Résultats : L'évolution a été marquée par une amélioration rapide de l'acuité visuelle au bout de 4 mois ainsi qu'une diminution de la taille de la tumeur et du taux sanguin de la GH et de la prolactine. Par la suite, il a été noté une disparition quasi-totale de la tumeur et une normalisation hormonale. La Cabergoline a été arrêtée au bout de 3 ans et le patient a pu reprendre une activité socioprofessionnelle normale.

Discussion : Physiologiquement, la Dopamine stimule la sécrétion de la GH, mais Shiodini a démontré qu'il y a plus de 30 ans un effet paradoxal inhibant cette sécrétion chez les patients ayant une acromégalie. Plusieurs études ont par la suite confirmé l'efficacité de cette molécule dans le traitement des adénomes à GH à côté de son effet sur les adénomes à Prolactines. Les adénomes mixtes à GH et à Prolactines sont exceptionnels. Le traitement médical à base d'agonistes dopaminergiques semble donner de bons résultats.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-67

Les anévrismes intra crâniens : notre début d'expérience

EA.Sid'El Haj, M. Ahmedou, M. Sidi Salem, S.Mohamed Bouya, M. Abdallahy, M. Salihy Sidi.
Nouakchott, Mauritanie.

Adresse e-mail : ouldsalihy@yahoo.fr

Introduction : La prise en charge des anévrismes intracrâniens constitue un challenge dans les pays en voie de développement. Nous présentons les résultats préliminaires de l'expérience du service de Neurochirurgie de Nouakchott .

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 10 patients opérés entre Janvier 2015 et Aout 2018 pour anévrismes intra crâniens au Centre Hospitalier de Nouakchott. L'âge des patients était compris entre 22 et 70 ans Les anévrismes étaient localisés sur : l'artère cérébrale moyenne (4cas), l'artère communicante antérieure (2cas), la bifurcation carotidienne (2cas), l'artère péri calleuse (2cas). Le diagnostic a été fait par l'Angioscanner et/ou l'Angio-RM (par manque de salle d'angiographie). Les résultats étaient globalement encourageants.

Résultats : Nous déplorons deux décès chez des patients opérés dans un tableau d'emblée grave. Dans les 8 autres cas le résultat a été jugé excellent. Ce début d'expérience a été possible grâce à l'amélioration du plateau technique et nous a permis d'éviter des risques liés au transport des patients à l'étranger. Les résultats sont en cours d'amélioration.

Conclusion : La prise en charge des anévrismes intra crâniens reste difficile en Afrique subsaharienne. L'amélioration des plateaux techniques et l'augmentation du nombre de neurochirurgiens a nettement contribué à améliorer les résultats et rendre cette chirurgie possible dans les pays en voie de développement.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-68

Les plaies vertébro-médullaires par arme blanche : à propos de 13 cas.

A Naja* , Y Tahrir , A Laidi , O Jamal , L Edderaz , J Saidy. *Casablanca , Maroc.*

Adresse e-mail : yass.med90@gmail.com

Introduction : Les plaies vertebro-médullaires sont rares et constituent une cause peu fréquente de lésions médullaires traumatiques. Elles constituent la 3eme cause de traumatismes médullaires ouverts après les plaies par arme à feu et les plaies par accident de la voie publique. Les plaies vertébro-médullaires réalisent des tableaux de gravité variable parfois sévère du fait de la possibilité des complications neurologiques d'où la nécessité d'une prise en charge précoce et coordonnée.

Matériel et méthodes : Notre travail est une étude rétrospective portant sur 13 cas de plaies vertébro-médullaires par arme blanche colligés au service de neurochirurgie de CHU Ibn

rochd de Casablanca sur une période de 8 ans , allant de mai 2008 à mai 2018 . Il a pour but d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques, évolutives et pronostiques comparativement aux données de la littérature.

Résultats : L'age moyen est de 27,6 ans avec des extrêmes allant de 11 ans à 52 ans, le sexe masculin est le plus atteint (84,6 %) avec un sex-ratio 1F/5H. 11 malades avaient à l'admission un déficit neurologique qui a été classé selon le grading de frankel : Grade A chez 2 malades , grade B chez un seul malade , grade C chez 3 malades, grade D chez 5 malades et grade E chez 2 malades .Tous nos malades ont initialement bénéficié d'un bilan radiologique standard suivi d'une TDM dans 4 cas et d'une IRM médullaire centrée sur le niveau lésionnel dans 11 cas. L'atteinte du rachis dorsal était prédominante avec 53% suivi du rachis cervical et lombaire avec 3 malades pour chaque soit 23,1%. 6 de nos patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical, 4 d'entre eux en urgence et les deux autres 48 heures après l'apparition d'écoulement du LCR . Un traitement médical symptomatique associé à une prophylaxie antitétanique a été mise dans tous les cas . La rééducation motrice a été complément thérapeutique chez tous les patients déficitaires .

Conclusion : Les plaies vertébro-medullaires représentent une pathologie rare à prédominance masculine. Leur diagnostic est facile quand il s'agit d'une plaie rachidienne associée à un syndrome neurologique franc. L'exploration radiologique comprend systématiquement une radiographie standard. L' IRM est l'examen de choix en présence de signes neurologiques car permet de préciser le siège , l'étendue ainsi que la nature des lésions médullaires. Les patients sans atteinte médullaire ont un bon pronostic par rapport à ceux qui ont des lésions de contusion ou de section dont le pronostic est réservé.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-69

Caractéristiques radiologiques paramagnétiques et prise en charge des gliomes bi-thalamiques : Etude de deux cas et revue de la littérature.

B Loukil*, M Badri, M Rkhami, M Ben Salem, K Bahri, I Zammel. *Ben Arous, Tunisie.*

Adresse e-mail : bilel_loukil@hotmail.fr

Introduction : Les gliomes bi-thalamiques sont exceptionnels et posent un problème de diagnostic positif et de prise en charge. Ce travail a pour objectif d'étudier les caractéristiques radiologiques paramagnétiques de ces lésions thalamiques et d'exposer l'approche thérapeutique pour ces tumeurs profondes.

Observations : Deux patients de sexe masculins ont été suivis dans notre service pour des lésions bi-thalamiques. Tous les deux ont eu une IRM cérébrale. Les données cliniques et de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ont été recueillies et analysées. Les patients sont âgés respectivement de 29 et 65 ans. La symptomatologie était des céphalées isolées pour le premier et une démence pour le deuxième patient. L'IRM cérébrale a mis en évidence une anomalie de signal bi-thalamique, qui ont un aspect tuméfié et symétrique, hypointense en T1, hyperintense en T2 hétérogène et diffus, exerçants un effet de masse sur le 3ème ventricule pour le premier cas et s'étendant au mésencéphale pour le deuxième cas. La

spectroscopie a objectivé une élévation de la choline avec diminution du NAA et une élévation de myo-inositol. Une biopsie en conditions stéréotaxiques a été réalisée chez les deux patients. L'examen anatomopathologique a conclu à un astrocytome fibrillaire grade 2 pour les deux patients qui ont été alors adressés pour radiothérapie et chimiothérapie complémentaire.

Conclusion : Les lésions bi-thalamiques sont rares et d'étiologies variées. L'étiologie tumorale est exceptionnelle et peut mettre en jeu le pronostic vital nécessitant une prise en charge spécifique. L'IRM multimodale est d'un grand apport au diagnostic positif et étiologique de ces atteintes bi-thalamiques.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-70

Xanthogranulome intrasellaire : à propos d'un cas.

B Loukil*, M Znazen, M Rkhami, M Badri, K Bahri, I Zammel. *Ben Arous, Tunisie.*

Adresse e-mail : bilel_loukil@hotmail.fr

Introduction : Le xanthogranulome intrasellaire est extrêmement rare. Il représente environ 1,9% des tumeurs de la région sellaie et parasellaie avec 83 cas décrits dans la littérature. Le diagnostic préopératoire est difficile par le manque de spécificités cliniques et radiologiques. A travers ce travail, nous reportons le deuxième cas de xanthogranulome de la région sellaie décrit en Tunisie.

Observation : Un patient âgé de 27 ans s'est présenté pour céphalée et une baisse rapidement progressive de l'acuité visuelle surtout à droite cotée à 1/10. Le bilan hormonal a conclu à une insuffisance antéhypophysaire. L'IRM cérébrale a montré une volumineuse lésion kystique intra et suprasellaie. Le patient a été opéré par voie trans sphénoïdale. L'examen anatomopathologique a conclu à un Xanthogranulome intrasellaire.

Conclusion : Le xanthogranulome sellaie est une entité rare de diagnostic difficile en préopératoire vu ses similitudes avec les autres lésions kystiques de la région sellaie, surtout le craniopharyngiome. Le diagnostic positif repose sur les critères anatomo-pathologiques. L'exérèse chirurgicale est le traitement de choix. Quelques rares cas de récurrence après exérèse complète ont été décrits.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-71

Hydatidose vertébro-médullaire : à propos de deux cas.

B Loukil*, A Maatoug, M Rkhami, M Badri, K Bahri, I Zammel. *Ben Arous, Tunisie.*

Adresse e-mail : bilel_loukil@hotmail.fr

Introduction : L'hydatidose osseuse est une affection très rare et redoutable justifiant la nomination de "cancer blanc ». Les localisations rachidiennes ou hydatidose vertébro-médullaire (HVM) sont les plus fréquentes et les plus graves.

Observation : A travers ce travail, nous reportons deux cas d'hydatidose vertébro-médullaire en détaillant la prise en charge chirurgicale et les modalités évolutives.

Conclusion : L'hydatidose vertébrale est très agressive à cause de l'extension des lésions et la récurrence fréquente. Son traitement est essentiellement chirurgical et son pronostic reste péjoratif ce qui rend le rôle de prévention fondamental.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-72

Un cas rare d'hémangiome caverneux bilatéral de l'orbite

H Mnakri , S Bouali, A Slimène, Yedeas MD, I Ben Said, H Jemel. *Tunis, Tunisie*

Adresse e-mail: helamnakri@gmail.com

Introduction : L'hémangiome caverneux de l'orbite est une lésion bénigne à croissance lente de l'espace intra-conique. Sa présentation la plus commune est la masse unilatérale dans la partie latérale du tiers moyen de l'orbite.

Matériel et méthodes : Seuls 11 cas d'hémangiomes caverneux bilatéraux orbitaux ont été rapportés dans la littérature. Nous rapportons un nouveau cas d'hémangiome caverneux orbitaire bilatéral qui entraîne une perte de vision unilatérale.

Un homme de 54 ans s'est présenté à l'hôpital avec des antécédents d'acuité visuelle altérée depuis un an. La meilleure acuité visuelle corrigée était de 8/10 dans l'œil gauche et de 10/10 dans l'œil droit. L'IRM orbitaire présentait une masse homogène ronde et bien définie, de 28 mm de diamètre dans l'espace intra-conique de l'orbite gauche et une lésion similaire de 11 mm de diamètre dans l'espace conique extra-médial extra-large de l'œil droit. Ces lésions étaient hypo-intenses en pondération T1 et iso intense sur des images pondérées en T2 avec une amélioration uniforme marquée après injection de gadolinium

Une orbitotomie de la paroi supérieure a été réalisée. Nous avons trouvé une grande masse molle encapsulée de couleur framboise. La tumeur a été totalement éliminée. La lésion droite a été respectée puisque le patient était totalement asymptomatique de l'œil droit.

Résultats : L'examen histopathologique a confirmé le diagnostic d'hémangiome caverneux. Les lésions sont généralement traitées de façon conservatrice, et l'excision chirurgicale est réservée à ceux qui présentent une compression du nerf optique. Les neurochirurgiens préfèrent la craniotomie tandis que les ophtalmologistes favorisent diverses modalités des orbitotomies.

Conclusion : Les hémangiomes caverneux bilatéraux sont extrêmement rares mais ils semblent être plus fréquents que prévu par la littérature.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-73

Les cavernomes intracrâniens : à propos de 15 cas.

Y Tahrir*, A Naja, A Seddam , A Laidi , L Edderaz , K Guettabi. *Casablanca, Maroc.*

Adresse e-mail : yass.med90@gmail.com

Introduction : Les cavernomes sont des malformations vasculaire appartenant au groupe des hamartomes . Ils peuvent se révéler à tous les ages même extrême de la vie. L'étiopathogénie des cavernomes intracrâniens a été récemment attachée a des mutations génétiques . Ces malformations se manifestent essentiellement par des crises convulsives , une hémorragie intracrânienne et un déficit neurologique . La forme familiale est la plus fréquente.

Matériel et méthodes : Nous avons analysé , de façon rétrospective , 15 cas de cavernomes intracrâniens au service de Neurochirurgie du CHU Ibn rochd de Casablanca durant la période étalée entre janvier 2010 et décembre 2016. Cette étude s'est fixée pour objectifs de souligner le profil épidémiologique , sémiologique , clinique et radiologique du cavernome intracrânien dans notre population , de ressortir l'intérêt du traitement chirurgical.

Résultats : L'age moyen est de 38,5 avec légère prédominance masculine et un sex-ratio de 1,5 . La symptomatologie clinique était dominée par des crises d'épilepsies. Le cavernome était solitaire dans tous les cas , la localisation sus tentorielle était la plus fréquente . L'IRM a été réalisé chez la majorité des patients et le diagnostic a été positif dans tous les cas avec une corrélation radio-histologique à 92% .Le traitement était chirurgical dans tous les cas . L'exérèse était totale dans 97% avec ou sans ablation de la gliose réactionnelle et subtotale dans 3% des cas. L'examen anatomopathologique a permis le diagnostic histologique pour notre série . L'évolution a été marqué par une amélioration de l'état neurologique dans 80% et un état stationnaire chez 13%.

Conclusion : A côté du diagnostic précoce, de l'exérèse macroscopiquement totale, une surveillance à long terme par IRM s'impose vu le risque de récidence. Le pronostic des cavernomes dépend de l'état clinique du patient au moment du diagnostic et du siège de la malformation , ainsi est-il d'autant meilleur que l'acte chirurgical est précoce.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-74

Chordome rachidien du filum terminal : une localisation exceptionnelle.

B Loukil*, M Badri, M Rkhami, M Chabaane, K Bahri, I Zammel. *Ben Arous, Tunisie.*

Adresse e-mail : bilel_loukil@hotmail.fr

Introduction : Les chordomes sont des tumeurs rares dans l'axe crano-spinal provenant des restes notochordaux persistants fréquemment observés dans la base du crâne et la région sacro-coccygienne. De rares cas de localisation intradurale sont signalés. A travers ce cas rapporté et une revue de la littérature, nous précisons les particularités cliniques et radiologiques de cette lésion.

Observation : Une femme de 44 ans a été admise avec une faiblesse progressive des membres inférieurs. L'examen radiologique a montré une masse intra-durale attachée au filum terminale. La masse a été totalement réséquée sans incidents. L'examen anapathologique a conclu à un chordome.

Conclusion : Le chordome de la queue de cheval est une tumeur rare dont le diagnostic peut être évoqué sur les données radiologiques mais seulement l'examen anatomo pathologique pourra apporter la confirmation diagnostique.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-75

Epilepsie et tumeurs gliales : Série de 61 cas.

B Loukil*, M Badri, M Rkhami, M Ben Salem, K Bahri, I Zammel. *Ben Arous, Tunisie*

Adresse e-mail : bilel_loukil@hotmail.fr

Introduction : L'épilepsie est une manifestation fréquente chez les patients atteints de tumeurs cérébrales. Les crises épileptiques sont inaugurales et vont amener à la découverte de la lésion cérébrale, mais des crises plus tardives dans l'évolution de la maladie peuvent également se rencontrer. On se propose d'analyser les particularités épidémiologiques, cliniques et radiologiques des tumeurs gliales, d'évaluer les résultats cliniques et évolutifs de l'épilepsie après un traitement médico-chirurgical et de rechercher d'éventuels facteurs pronostiques dans le contrôle et la prise en charge de l'épilepsie préopératoire secondaire aux tumeurs gliales.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive mono-centrique ayant porté sur 61 patients opérés pour une tumeur gliale et qui ont présentés dans le cours évolutif de leur maladie une épilepsie. Ces patients sont colligés au service de neurochirurgie du Centre de Traumatologie et des Grands Brulés de Ben Arous, sur une période allant de octobre 2012 à décembre 2015.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 47,85 ans. Vingt-quatre malades ont présenté des crises épileptiques en préopératoire dont 5 seulement étaient connus épileptiques. La moyenne des crises calculée par rapport à tous les malades est de 1,79 crises/mois. Dix-sept patients ont présenté des crises généralisées et 7 patients ont présenté des crises focales. Deux patients ont fait un état de mal épileptique. Le scanner cérébral a été réalisé chez 72,13% des cas, l'IRM morphologique a été réalisée chez 88,52% des cas et l'IRM multimodale a été réalisée chez 24,6% des cas. Les localisations préférentielles des lésions étaient frontale dans 29% des cas et temporale dans 15% des cas. Sur le plan thérapeutique, 73,77% des patients ont bénéficié d'un traitement antiépileptique en préopératoire. Tous les malades ont bénéficié d'un traitement chirurgical. L'épilepsie comme complication postopératoire a été notée chez les 37 patients qui n'ont pas fait de crises épileptiques en préopératoire, soit 60,6% des cas. L'examen anatomopathologique a conclu à une tumeur gliale de bas grade chez 32,8% des cas et à une tumeur gliale de haut grade chez 67,2% des cas. Pour les 37 patients qui ont fait une épilepsie en postopératoire, ils étaient tous bien équilibrés sous

traitement antiépileptique. Pour les 24 patients qui ont fait une épilepsie en préopératoire, presque les deux tiers de cette population ont été classés Engel I. Respectivement 37,4% et 40% de ces patients ont continué à faire des crises épileptiques à 6 et à 12 mois post opératoire ce qui a permis de les classer soit Engel II soit Engel III. La majorité des patients classés Engel II et Engel III avaient des tumeurs gliales de bas grade. Le contrôle postopératoire de l'épilepsie pour ces 24 patients a été évalué selon différents critères. Seulement la durée d'évolution des crises épileptiques en préopératoire avait une valeur statistiquement significative ($p = 0,003$) dans le contrôle postopératoire de l'épilepsie.

Conclusion : L'épilepsie est un effet collatéral et souvent dévastateur des tumeurs gliales. Le contrôle de cette épilepsie est plus difficile pour les gliomes de bas grade par rapport aux gliomes de haut grade. La gestion de cette pathologie est un problème quotidien pour les patients porteurs d'une tumeur gliale qui ne doit pas se limiter à une vision épileptologique mais doit intégrer le risque oncologique global.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-76

Les anévrismes de la bifurcation carotidienne : Difficultés opératoires

H Mnakri, S Bouali, MD Yedeas, I Ben Said, J Kallel, H Jemel. *Tunis-Tunisie*

Adresse e-mail : helamnakri@gmail.com

Introduction : Les anévrysmes de la bifurcation de l'artère carotide interne représentent 5% de tous les anévrysmes intracrâniens.

Ces anévrysmes ont tendance à se produire chez des patients relativement jeunes. La chirurgie est considérée difficile en raison de la relation étroite avec les artères perforantes.

Matériel et méthodes : Nous avons opéré treize patients avec des anévrysmes de la bifurcation carotidienne, les deux tiers ont été rompus, tous nos patients ont été opérés par voie ptériale.

Résultats : La moyenne d'âge est de 26 ans. Dans quatre cas, les anévrysmes sont multiples, deux sont associés à une artère communicante antérieure, dans un cas à une artère choroïdienne antérieure et dans un cas à une artère communicante postérieure du même côté.

Conclusion : Il n'existe aucun traitement préventif permettant d'éviter la formation d'un anévrysme, lésion dont la survenue est fortement conditionnée par des facteurs congénitaux et parfois héréditaires. Ainsi il fallait mieux explorer les techniques micro chirurgicales pour les mieux prendre en charge.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-77

Denosumab et sa place dans le traitement des tumeurs à cellules géantes avec kyste anévrysmal secondaire récidivantes du rachis lombaire : à propos d'un cas.

C Fakhfakh*, H Ammar, S Achoura, K Radhouen, R Chkili, M Yedeas. *Tunis, Tunisie*

Adresse e-mail : Chaden.Fakhfakh@gmail.com

Introduction : La prise en charge thérapeutique des tumeurs à cellules géantes (TCG) lombaires à composante lytique reste difficile vue la fréquence des récurrences locorégionales, parfois inextirpables à cause de ses rapports avec des structures neuro-vasculaires vitales. Le Denosumab est un anticorps anti-RANKL qui est un inhibiteur de la différenciation des ostéoclastes ayant un rôle majeur dans la genèse des TCG et dans certaines lésions apparentées sur le plan histologique comme le kyste osseux anévrysmal. L'objectif est de reporter l'importance de ce traitement dans les TCG du rachis lombaire récidivantes après traitement chirurgical.

Observation : Nous reportons le cas d'un patient ayant été opéré à plusieurs reprises pour une TCG avec kyste anévrysmal secondaire au dépend de la troisième vertèbre lombaire. Un an après la première intervention chirurgicale, avec exérèse jugée complète, le patient a présenté une récurrence tumorale locale, révélée par un syndrome de la queue de cheval et confirmée par une IRM lombaire d'où la reprise chirurgicale avec exérèse partielle d'une lésion très hémorragique et complément par une radiothérapie lombaire adjuvante. Deux ans après, le patient a présenté de nouveau un syndrome de la queue de cheval avec une récurrence tumorale comprimant le fourreau dural et les gros axes vasculaires soit l'aorte et la veine cave inférieure d'où la reprise chirurgicale marquée par une décompression insuffisante vu le problème d'hémostase. La décision thérapeutique était de mettre le patient sous Denosumab une injection de 120 mg toutes les 4 semaines pendant six mois avec une dose supplémentaire de 120 mg aux jours 8 et 15 du traitement.

Résultats : L'évolution était favorable sur le plan clinique et radiologique marquée par une amélioration progressive des déficits radiculaires dès les premières injections de Denosumab et une calcification de la lésion et une diminution de son volume au contrôle radiologique.

Conclusion : L'utilisation du Denosumab lors des TCG avec kyste anévrysmal secondaire récidivantes au traitement chirurgical permet une recalcification et une régression des lésions lytiques et ainsi une amélioration sur le plan clinique et radiologique des patients.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-78

Histoires d'un kyste arachnoïdien intracranien : à propos de 4 cas

K Somrani*, M Rkhami, B Loukil, M Chabaane, I Zammel. *Tunis, Tunisie*

Adresse e-mail : somrani.kaouther1@gmail.com

Introduction : Le kyste arachnoïdien est une formation arachnoïdienne congénitale contenant du liquide céphalorachidien. La plupart des kystes arachnoïdiens sont petits et

asymptomatiques et se situent dans la fosse temporale. Nous décrivons à travers 4 cas différentes présentations cliniques des kystes arachnoïdiens et leurs prises en charge.

Matériel et méthodes : Il s'agit de 4 patients âgés entre 9 et 40 ans, 2 patients se sont présentés avec un syndrome d'HTIC dont 1 associé à un déficit moteur hémicorporel, une autre patiente souffrait d'une névralgie du V et une 4ème patiente était admise en réanimation pour un état de mal épileptique. L'exploration radiologique a objectivé dans les 2 premiers cas un hématome sous dural chronique en rapport avec un kyste arachnoïdien qui a saigné. Dans le 3ème cas il s'agissait d'un kyste arachnoïdien de l'angle pontocérébelleux et chez la 4ème patiente on a retrouvé un volumineux kyste temporal gauche. La prise en charge était différente ; puisque les 2 premiers patients avaient bénéficié d'une évacuation par 2 trous de trépan alors que les 2 autres patients ont nécessité une marsupialisation du kyste arachnoïdien.

Résultats et discussion : Les kystes arachnoïdiens sont souvent de découverte fortuite donc asymptomatiques, leur manifestation clinique est non spécifique. La TDM permet de poser le diagnostic, elle va montrer une formation bien limitée isodense par rapport au LCR sans rehaussement des parois après injection du produit de contraste et pouvant exercer un effet de masse sur les structures cérébrales adjacentes. Le traitement chirurgical s'impose en cas de manifestations cliniques ; il peut s'agir d'une évacuation par 2 trous de trépan si le kyste s'est compliqué d'une hémorragie intrakystique. Dans les autres cas et selon la localisation, le patient bénéficiera d'une exérèse avec résection des parois du kyste marsupialisation du kyste arachnoïdien. Le pronostic est souvent favorable.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-79

Ostéosarcome cervical : à propos d'un cas.

J.Saidy, K.Sylla, S.Hilmani, A.Lakhdar. *Casablanca, Maroc.*

Adresse e-mail : jihanesaidy@gmail.com

Introduction : L'ostéosarcome est une tumeur osseuse de haut grade de malignité avec une atteinte fréquente des extrémités ; son atteinte vertébrale cervicale notamment est extrêmement rare ; il s'agit d'une tumeur localement agressive et de très mauvais pronostic ; le diagnostic précoce permet d'améliorer le pronostic et la qualité de vie des patients. Les traitements actuels comprennent la résection chirurgicale, la radiothérapie et la chimiothérapie.

Observation : Nous reportons le cas d'un patient de 36 ans présentant une douleur occipito-cervicale avec une lourdeur des quatre membres. L'imagerie par Résonance Magnétique (IRM) retrouve la présence d'un processus tumoral hétérogène occupant l'hémi vertèbre gauche de C2, étendu vers C1 et vers C3, avec compression et souffrance médullaire. Le patient a bénéficié d'une large exérèse chirurgicale avec ostéosynthèse par fixation occipito-cervicale et une radio-chimiothérapie adjuvante.

Résultat : L'examen anatomopathologique a conclu à un ostéosarcome conventionnel type ostéoblastique infiltrant les parties molles, L'évolution post chirurgie a été marqué par une nette amélioration clinique.

Conclusion : L'ostéosarcome cervical est une tumeur rare, nécessitant une prise en charge rapide et multidisciplinaire .

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-80

Les tumeurs de la voûte crânienne. Etiologies et prise en charge. A propos de 10 cas

K Somrani*, M Rkhami, B Loukil, M Zouaghi, L Zammel. *Tunis, Tunisie* .

Adresse e-mail : somrani.kaouther1@gmail.com

Introduction : Les tumeurs de la voûte crânienne sont rares ; leurs manifestations cliniques ne sont pas très polymorphes mais leurs étiologies sont très variables ; pouvant être primitives ou secondaires ; bénignes ou maligne ; à développement strictement osseux ou étendues en intracrânien. Nous exposerons à travers 10 cas recensés dans notre service les caractéristiques cliniques, radiologiques, les particularités de la prise en charge chirurgicale et du traitement adjuvant ainsi que le pronostic propre à chaque type de tumeur.

Matériel et méthodes : Il s'agit de 10 patients 5 hommes et 5 femmes, admis pour des tuméfactions crâniennes dont la découverte remontait à une période allant de 1 mois à 5 ans ; leurs aspects étaient très variables pouvant être solide ou molle, douloureuse ou indolore et dont la taille variait entre 1 et 20 cm de grand axe ; l'exploration radiologique a montré une lésion ostéolytique dans 6 cas et une extension endocrânienne dans 4 cas .

Tous les patients ont bénéficié d'une chirurgie par craniectomie emportant la lésion tumorale. Un patient a bénéficié d'une embolisation préopératoire. 4 des lésions étaient d'origine métastatique les autres étaient des lésions osseuses primitives dont 2 étaient malignes. Certains patients ont nécessité un traitement adjuvant. L'évolution était variable et on a rapporté 2 cas de récurrence locale. Le pronostic dépendait du primitif en cause dans le cas des lésions métastatiques .

Discussion, Conclusion : Le diagnostic étiologique des tumeurs de la voûte est très polymorphe, nous avons rapportés 10 cas dont le diagnostic histologique était tous différents les uns des autres ; la présentation clinique elle, était quasiment la même. L'aspect radiologique a permis une orientation diagnostique en mettant en évidence les signes d'ostéolyse qui témoignent du degré d'agressivité de la lésion. La chirurgie permet le diagnostic histologique et reste le seul moyen thérapeutique pouvant se limiter à une craniectomie d'exérèse avec reconstruction osseuse ou nécessiter une exérèse de la portion endocrânienne envahie par la lésion (dure mère ou sinus sagittal supérieur). Malgré une présentation clinique banale pouvant être ignorée par le patient, les tumeurs de la voûte peuvent cacher un diagnostic fâcheux, d'où la nécessité d'une exploration radiologique suivie d'une prise en charge spécialisée.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-81

Agénésie pédiculaire cervicale bilatérale chez un enfant : traiter ou ne pas traiter ?

V. Joris, C. Raftopoulos. *Bruxelles, Belgique.*

Adresse e-mail : vincent.j.joris@uclouvain.be

Introduction : L'agénésie pédiculaire est un diagnostic rare et environ 70 cas ont été rapportés à ce jour. La découverte est souvent fortuite et de fait chez de jeunes adultes. La prise en charge, particulièrement chez l'enfant, n'est pas claire.

Observation : Nous rapportons le cas d'un jeune enfant de 7 ans, atteint d'un syndrome oto-palato-digital diagnostiqué d'une agénésie pédiculaire bilatérale de C4 dans un bilan pour cervicalgies après un saut de petite hauteur.

Discussion : Dans la majorité des cas, la lésion est stable et un traitement conservateur est proposé. Une intervention est exceptionnellement indiquée en cas de signe franc d'instabilité ou en cas de déficit neurologique. Dans notre cas, des radiographies dynamiques ont été réalisées et ont montré une fusion C2-C3-C4 avec un antélisthesis de C3 sur C4 et de C4 sur C5. Le bloc fusionné rend l'antélisthesis C3-C4 stable mais l'antélisthesis C4-C5 montre une majoration supérieure aux valeurs normales en flexion. En l'absence de symptômes neurologique et de myélopathie à l'IRM, nous avons jugé la lésion stable actuellement et avons recommandé un traitement conservateur.

Conclusion : Nous rapportons le cas unique d'une agénésie pédiculaire bilatérale de C4 dans un contexte de malformation cervicale complexe chez un jeune enfant atteint d'un syndrome oto-palato-digital. La lésion a été jugée stable et un traitement conservateur a été proposé. Un suivi est prévu pour exclure une instabilité secondaire.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-82

Neurinome des nerfs mixtes : à propos d'un cas et revue de la littérature

A.Hachicha, M.Khrifech, S.Yameogo, K.Ayedi, A.Bouhoula, H.Jemel. *Tunis, Tunisie*

Adresse e-mail : dr_hachicha@yahoo.fr

Introduction : Le neurinome des nerfs mixtes est une entité pathologique rare. Il peut se développer au niveau de la région cervicale, du foramen jugulaire et du canal de l'hypoglosse. L'espace para-pharyngé est la localisation la plus commune de cette tumeur et représente 31%, suivi par la région cervicale 23%. Le développement de cette tumeur au niveau de la base du crâne ne représente que 19% des cas.

Observation : il s'agit d'une jeune âgée de 16 ans sans antécédents pathologiques particuliers, qui se plaignait de vertiges, céphalées et vomissements paroxystiques évoluant sur un mode

progressif depuis une année. L'examen neurologique trouve une surdité gauche et une discrète paralysie faciale périphérique gauche sans atteinte trigéminal ni syndrome cérébelleux. L'IRM cérébrale montre une lésion extra axiale de l'angle ponto-cérébelleux gauche. Cette lésion est centrée sur le trou déchiré postérieur, elle ne pénètre pas dans le conduit auditif externe. Elle est en iso-signal T1, prenant le gadolinium d'une façon homogène après injection et exerçant un effet de masse sur le quatrième ventricule sans hydrocéphalie sus-tentorielle. La patiente a été opérée par voie retro sigmoïde. La tumeur était de couleur jaunâtre collant à la face postérieure endocrânienne du rocher et affleurant le trou déchiré postérieur. On a individualisé le paquet acoustico-facial en haut et en avant qui était indemne. Par ailleurs, on a identifié les nerfs mixtes en bas qui présentaient quelques filets nerveux tumoraux collant à la capsule tumorale qu'on a sacrifié. L'exérèse tumorale était complète avec décompression des nerfs mixtes et préservation du nerf facial. En postopératoire, la patiente n'a pas présenté de troubles de la déglutition ni autres signes d'atteinte des nerfs mixtes. Toutefois, elle a gardé la surdité et la paralysie faciale gauche. Cette dernière a régressé au bout d'un mois

Conclusion : Les neurinomes des nerfs mixtes à développement intracrânien sont rares. Leur présentation clinique mime celle du neurinome de l'acoustique qui représente de loin la tumeur bénigne la plus fréquente de l'angle ponto cérébelleux et de la fosse cérébrale postérieure.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-83

Hydatidose cérébrale : à propos de 15 cas et d'une revue de la littérature

M.I.Krifa*, Z.Souai, K.Saadaoui, Y.Beltaifa, A.Ben Tebra, H.Krifa. *Sousse, Tunisie.*

Adresse e-mail : krifa_med_ilyes@yahoo.fr

Introduction : La localisation cérébrale du kyste hydatique (KH) est très rare. Sa fréquence par rapport aux autres localisations varie de 0,5 à 4 %, et par rapport aux autres processus intracrâniens, elle est estimée à 2 %. La présentation clinique de l'hydatidose cérébrale simule un syndrome tumoral intracrânien, avec les risques vitaux et fonctionnels qu'elle comporte. La tomodensitométrie (TDM), représente l'examen de choix pour le diagnostic et le suivi post opératoire. Le pronostic de cette affection, réputé bénin grâce à l'amélioration des moyens diagnostiques et thérapeutiques, peut devenir très péjoratif en cas de rupture pré ou récidive post opératoire.

Matériel et méthodes : Nous rapportons dans cette étude, les résultats radio-cliniques de l'analyse rétrospective de 15 observations de KH cérébral, colligées pendant les 18 dernières années dans notre service, en vue de décrire les tableaux cliniques, les aspects radiologiques, la conduite thérapeutique et les profils évolutifs de cette affection.

Résultats : La majorité des patients étaient âgé de moins de 25 ans, avec une prédominance masculine. Le tableau de présentation clinique était dominé par le syndrome d'hypertension intracrânienne avec des signes neurologiques de localisation, néanmoins, un patient s'est

présenté au stade du coma. La TDM cérébrale, par sa sémiologie quasipathognomonique, était l'examen paraclinique clé du diagnostic. La sérologie hydatique est un autre élément orienteur, mais il est rarement positif. D'autres localisations extra cérébrales, hépatiques et pulmonaires, étaient présentes chez 5 patients. Tous les patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical. Les suites postopératoires ont été marquées par la récupération du déficit neurologique chez 80% des patients, 2 cas de récurrence à 22 et 30 mois respectivement, 2 patients ont gardé des séquelles à type de d'hémiplégie et un décès.

Conclusion : L'hydatidose cérébrale est rare mais non exceptionnelle. Il faut y penser dans les pays endémiques devant un tableau clinique et radiologique évocateur. Le traitement est uniquement chirurgical. Cette localisation aberrante de l'hydatidose est grave par ses conséquences d'ordre fonctionnelle et parfois vitale, d'où l'intérêt du dépistage et de la prévention.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-84

Résultats du traitement des craniopharyngiomes kystiques par de la bléomycine

M.I.Krifa*, Z.Souai, R.Jdidi, K.Saadaoui, H.Ben Selma, H.Krifa. *Sousse, Tunisie.*

Adresse e-mail : krifa_med_ilyes@yahoo.fr

Introduction : Les craniopharyngiomes sont des tumeurs épithéliales bénignes, prenant naissance des métaplasies squameuses liées à l'embryogenèse hypophysaire, se développant dans la région sellaire et supra-sellaire. Leurs formes kystiques sont les plus fréquentes. Ils représentent une affection grave en raison des séquelles endocriniennes et neuro-intellectuelles et le risque élevé des récurrences post opératoire. La chimiothérapie insitu, à base de bléomycine intrakystique, reste une alternative thérapeutique pour une rémission post opératoire plus prolongée. L'objectif de notre étude est d'évaluer les résultats cliniques et radiologiques du traitement d'un craniopharyngiome par la bléomycine et comparer notre expérience à celle de la littérature.

Matériel et méthodes : Nous avons analysé les dossiers de trois patients de sexes différents, âgés respectivement de 3,4 et 5 ans et qui présentent un craniopharyngiome kystique intra et supra sellaire. Les trois ont eu une exérèse chirurgicale avec une mise en place d'un réservoir Sophysa, à travers lequel ils ont eu un cycle de chimiothérapie à base de bléomycine, pendant une période de 20 à 25 jours, la dose totale de bléomycine pour chaque enfant était de 51,5mg à 60mg soit 2 à 3 mg par injection avec un espacement de 48 à 72 heures. Un d'eux a eu une radiothérapie post opératoire. Les trois enfants sont suivis respectivement dans notre service depuis 2003, 2005 et 2016.

Résultats : Le résidu tumeur a manifestement diminué de volume après la chimiothérapie, à la fin du traitement par la bléomycine, nous constatons une calcification totale du kyste après un contrôle scannographique pour les trois enfants. Au cours du suivi, des récurrences ont eu lieu après 2ans et 3 ans et demi pour deux patients.

Conclusion : La chimiothérapie adjuvante du craniopharyngiome kystique par la bléomycine insitu a donné des résultats satisfaisants avec une régression quasi complète du résidu tumoral, et avec des périodes de rémission plus prolongées.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-85

Compression médullaire cervicale par léiomyome primitif : à propos d'un cas et revue de la littérature

N. Mentri*, I. Takbou, K. Djoulane, H. Bellahcene, S. Zidani, S. Tliba. *Béjaia, Algérie.*

Adresse e-mail : mentrinesrine@gmail.com

Introduction : Les compressions médullaires constituent un motif fréquent de prise en charge dans la pratique neurochirurgicale. Nous rapportons un cas extrêmement rare de compression médullaire cervicale lente d'origine tumorale par un léiomyome primitif.

Observation : Femme de 53 ans, opérée à l'enfance d'une malformation du voile du palais. Elle présente 03 mois au préalable un tableau clinique de compression médullaire lente cervicale fait de tétraparésie spastique avec des troubles sensitifs. L'IRM cervicale a objectivé une lésion intradurale extramédullaire cervicale en regard de C2C3. En peropératoire, la tumeur était facilement clivable et hémorragique au contact. Une exérèse tumorale totale par abord postéro-latéral a été pratiquée. L'étude histologique a identifié un léiomyome. Une exploration radiologique à la recherche d'autres localisations est revenue négative. L'évolution postopératoire après un recul de quatre mois a été marquée par une récupération complète du déficit moteur. L'IRM médullaire de contrôle a objectivé une exérèse totale de la tumeur avec absence de récurrence tumorale.

Discussion : Le léiomyome est une prolifération musculaire lisse bénigne qui se développe classiquement au dépend du myomètre utérin. Plusieurs études ont démontré des localisations métastatiques bénignes en extra utérin tels que le pancréas, le foie, les bronches, la base du crâne et le cordon médullaire. Il peut se présenter de façon isolée primitif ou bien en métastase bénigne d'un léiomyome utérin. La localisation médullaire métastatique bénigne du léiomyome a été rapportée chez une dizaine de malades dans la littérature. Tandis que la localisation primitive a été décrite seulement dans deux cas par Steel en 1993 et Tao Yang en 2014. Le traitement optimal repose sur la résection chirurgicale totale possible vue le caractère encapsulé et clivable de la tumeur. Seule l'étude histologique avec l'immunohistochimie permettent un diagnostic de certitude. L'hormonothérapie est indiquée afin d'éviter les récurrences quand l'expression immunohistochimique est positive aux récepteurs de progestérone et d'oestrogène.

Conclusion : La compression médullaire cervicale par léiomyome primitif est une affection extrêmement rare. Il s'agit du troisième cas rapporté par la littérature. Son diagnostic est confirmé par l'histologie et l'immunohistochimie de la pièce opératoire. L'exérèse chirurgicale totale permet une amélioration clinique. Le potentiel évolutif reste inconnu. La surveillance à long terme de ces malades doit s'imposer.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-86

Les kystes épidermoïdes du crâne chez l'enfant : à propos de 3 cas et revue de la littérature

N. Mentri*, K. Izirouel, H. Himeur, H. Khechfoud, S. Zidani S. Tliba. *Béjaia, Algérie.*

Adresse e-mail : mentrinesrine@gmail.com

Introduction : Le kyste épidermoïde est une tumeur bénigne rare au niveau de la voûte et qui peut intéresser tous les os du crâne. Tous les âges peuvent être concernés, voire même des cas découverts en période prénatale. Dans ces observations nous illustrons 03 cas pédiatriques de kystes épidermoïdes développés au niveau du crâne.

Matériel et méthodes : Notre série comporte 3 enfants dont 2 filles et 1 garçon. Aucun antécédent traumatique n'a été rapporté à l'interrogatoire. Les motifs de consultation étaient une tuméfaction isolée sous cutanée dont une en regard de la fontanelle antérieure chez un nourrisson de 1 mois et l'autre frontale droite chez un enfant de 4 ans. Le troisième enfant avait 4 ans et présentait une hyposmie avec des céphalées chroniques en rapport avec une localisation éthmoïdale. Tous nos malades ont été explorés radiologiquement. Une exérèse chirurgicale totale a été réalisée chez les 3 enfants. Le résultat anatomopathologique est revenu en faveur d'un kyste épidermoïde. Le follow up est satisfaisant et l'IRM de contrôle ne décèle aucune récurrence tumorale.

Discussion : Le kyste épidermoïde, anciennement dénommé cholestéatome primitif, est une lésion bénigne qui représente moins de 0,3 à 2 % de toutes les tumeurs intracrâniennes primitives. La pathogénie de ces kystes est essentiellement dysembryoplasique ou post-traumatique. Sur le plan topographique, la localisation extracrânienne est peu fréquente et concerne habituellement la région de la voûte au voisinage du ptériorion et des parties latérales de la suture coronale. L'expression clinique est frustrante. Elle dépend du volume et de la topographie lésionnelle. La neuroimagerie permet de préciser les limites du kyste, son contenu et son extension intracrânienne. L'indication chirurgicale ne sera posée qu'en cas de préjudice esthétique, devant l'importance de la taille tumorale et en cas de manifestations neurologiques. Les rapports de la lésion avec les structures vasculaires et cérébrales peuvent compliquer le traitement chirurgical.

Conclusion : Les kystes épidermoïdes du crâne sont une entité pathologique peu fréquente. Malgré leur évolution particulièrement lente et généralement bénigne, seule l'exérèse totale de cette tumeur permet d'éviter les récurrences et remédier aux préjudices disgracieux.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-87

Apoplexie hypophysaire révélée par un hématome intraparenchymateux spontané : à propos de deux cas

K. Izirouel, N. Mentri, K. Djoulane, R. Chenna, F. Senhadji, S. Tliba. *Béjaia, Algérie.*

Adresse e-mail : mentrinesrine@gmail.com

Introduction : L'apoplexie hypophysaire est une complication connue des macroadénomes hypophysaires. Nous rapportons deux observations d'apoplexie hypophysaire de découverte fortuite survenues à la phase aiguë d'un hématome intraparenchymateux spontané.

Observations : Il s'agit de deux patientes, de sexe féminin, avec un âge moyen de 46 ans, aux antécédents d'hypertension artérielle, présentant une clinique brutale d'hypertension intracrânienne avec troubles de la conscience. Les explorations neuroradiologiques ont révélées une hémorragie cérébrale. L'analyse minutieuse de la TDM cérébrale a décelé une lésion hypodense au niveau sellaire. Une IRM sellaire a objectivé une apoplexie hypophysaire. Le bilan hormonal a retrouvé un déficit hypophysaire corticotrope et thyrotrope chez les deux malades avec un bilan ophtalmologique perturbé. Un abord microscopique endonasale transphénoïdale a été réalisé avec une bonne évolution clinique post opératoire. L'étude anatomopathologique a confirmé le diagnostic.

Discussion : L'apoplexie hypophysaire est une urgence neurochirurgicale rare et potentiellement mortelle. Elle peut être déclenchée par certains facteurs tels que le traitement par bromocriptine, les oestrogènes, la radiothérapie, les anticoagulants et le traumatisme crânien. Des AVC ischémiques compliquant une apoplexie pituitaire ont été rapportés dans des études menées sur des faibles effectifs. Par ailleurs, des lésions nécrotiques et hémorragiques hypophysaires ont été rapportées dans de rares études autopsiques post hémorragie méningée. Les auteurs ont conclu que ces résultats sont en faveur d'un mécanisme vasculaire, de compression de la glande pituitaire par l'hypertension portale. Néanmoins, l'apoplexie hypophysaire associée à un hématome intraparenchymateux n'a pas été décrite dans la littérature. Le pronostic vital et fonctionnel dépend d'un diagnostic précoce et de l'urgence thérapeutique ainsi le degré de gravité est lié au volume de l'hématome intraparenchymateux.

Conclusion : Hormis les anciens résultats post mortem d'hémorragie méningée, il n'existe à notre connaissance aucun cas dans la littérature discutant la survenue d'apoplexie hypophysaire lors de la phase aiguë d'un hématome intraparenchymateux spontané. Les mécanismes à l'origine de cette association restent mal élucidés.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-88

Carcinome neuroendocrine à petites cellules du sinus sphéno-clival : à propos d'un cas et revue de la littérature

K. Izirouel*, N. Mentri, R. Ait Ahcen, F. Senhadji, S. Tliba. *Béjaia, Algérie*

Adresse e-mail : mentrinesrine@gmail.com

Introduction : Le carcinome neuroendocrinien des sinus paranasaux à extension clivale est une tumeur extrêmement rare et agressive. Elle est associée à une récurrence locale fréquente et de nouvelles métastases à distance entraînant un mauvais pronostic.

Observation : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 37 ans, diabète diagnostiqué récemment, qui présente depuis 03 mois des céphalées frontales avec épistaxis de moyenne abondance. L'examen des nerfs crâniens retrouve un strabisme divergeant avec ptosis de l'oeil gauche. L'exploration neuroradiologique a objectivé une lésion tumorale maligne du sinus sphénoïdal étendue au clivus avec engainement des sinus caverneux. Le bilan d'extension notamment ophtalmologique et thoraco-abdomino-pelvien est négatif. Une exérèse subtotale par voie microscopique endonasale a été effectuée suivie d'un complément de radio-chimiothérapie. L'étude histopathologique a objectivé un carcinome neuroendocrine à petites cellules. L'évolution a été marquée par une régression de la symptomatologie initiale. Le patient a présenté une bonne tolérance au traitement adjuvant. Néanmoins, il présentait une surdité de perception et des troubles intellectuels post radiques transitoires. L'évaluation neuroradiologique après 02 ans élimine une récurrence tumorale.

Discussion : Les néoplasies des sinus paranasaux représentent 0,2 à 0,8 % de toutes les tumeurs malignes. Le carcinome neuroendocrine est une entité très rare. Sa localisation dans le sinus sphénoïdal ne représente que 3 % des néoplasies des sinus paranasaux. La symptomatologie clinique n'est pas spécifique. L'étude anatomopathologique avec l'immunohistochimie confirme le diagnostic et permettent d'établir le grade pour une évaluation pronostique. Le carcinome neuroendocrine à petites cellules est peu différencié et correspond au grade 3 (à petites cellules et à grandes cellules) selon la classification de l'OMS 2010. En raison de la rareté du carcinome neuroendocrine des sinus paranasaux et surtout de localisation sphéno-clivale, il n'existe pas un protocole thérapeutique bien standardisé jusqu'à ce jour. La prise en charge thérapeutique repose sur quelques recommandations développées à partir de données rétrospectives associant la chirurgie comme traitement initial suivie d'une radio-chimiothérapie.

Conclusion : Le carcinome neuroendocrine du sinus sphénoïdal à extension clivale est une tumeur rare et extrêmement agressive. Un diagnostic précoce et une prise en charge thérapeutique adéquate permettraient d'améliorer le pronostic comme nous l'avons constaté dans notre observation.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-89

Le traumatisme du rachis cervical négligé : challenge thérapeutique

R.Chenna*, K.Izirouel, K. Djoulane, O. Dehmeche, M. Berdache, S. Tliba. *Béjaia, Algérie.*

Adresse e-mail : rabahchenna8@gmail.com

Introduction : Le traumatisme du rachis cervical négligé est une pathologie très complexe dont la prise en charge demande beaucoup de réflexion.

Observation : Nous rapportons un cas de traumatisme du rachis cervical négligé, chez une femme âgée de 43 ans, victime d'un attentat terroriste à la bombe en 2008. Depuis, elle présente une symptomatologie faite de cervico-brachialgies bilatérales. Neuf ans après, la malade consulte pour un déficit sensitivo-moteur d'aggravation progressive ainsi une attitude vicieuse cervicale. Les examens neuro-radiologiques objectivent une luxation C3-C4 et C4-C5 avec une angulation compressive sur la moelle épinière. La patiente a été opérée par un abord antéro-latéral avec arthrodèse (cage intersomatique) et ostéosynthèse. Le follow up à 20 mois retrouve une évolution clinico-radiologique favorable.

Discussion : Les traumatismes cervicaux négligés sont dus à un retard de prise en charge initiale et précoce. Certains auteurs délimitent le délai de 03 semaines suivant le traumatisme. Ce retard est souvent imputé à une clinique insidieuse comme dans notre observation. Une exploration neuroradiologique et neurophysiologique permettent de choisir la voie d'abord ainsi que la technique chirurgicale appropriées. La restauration de la lordose cervicale est difficile vu la complexité de la réduction pré et per opératoire d'un rachis cervical négligé.

Conclusion : Le traumatisme du rachis cervical négligé est une pathologie complexe, qui met en jeu le pronostic fonctionnel. Sa prise en charge doit être rigoureuse. La complexité de la réduction per opératoire rend difficile le rétablissement de la biomécanique cervicale habituelle.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-90

Kyste dermoïde intra-orbitaire : A propos d'un cas.

R. Chenna*, K. Izirouel, H. Khechfoud, H. Frissou, S. Tliba. *Béjaia, Algérie*

Adresse e-mail : rabahchenna8@gmail.com

Introduction : Les kystes dermoïdes intra-orbitaires sont des tumeurs bénignes représentant 1% des tumeurs intracrâniennes. Ce sont des lésions embryonnaires relevant d'une anomalie au cours de la gastrulation et de la neurulation. Le pronostic est bon sous réserve d'une exérèse chirurgicale précoce et de qualité.

Observation : Nous rapportons le cas d'une patiente de 64 ans, prise en charge au niveau du service de neurochirurgie du CHU Bejaïa. La patiente présente une exophtalmie gauche axiale, non pulsatile et non réductible isolée évoluant depuis plus de 6 mois. L'exploration radiologique révélant une lésion intra-orbitaire extra-conique bien circonscrite en hyper signal en T1, T2 et flair. Un abord microchirurgical ptérional a été entrepris chez elle. L'aspect macroscopique était blanc nacré, lamellaire en cire de bougie bien encapsulée. Les suites opératoires ont été bonnes.

Discussion : Le but du traitement chirurgical dans les kystes dermoïdes intra-orbitaires est l'ablation complète emportant la capsule. Notre cas se distingue par l'âge de manifestation assez avancée 65 ans et la localisation assez rare intra-orbitaire.

Conclusion : Les kystes dermoïdes intra-orbitaires sont considérés comme des tumeurs bénignes rares. La difficulté chirurgicale est en rapport avec l'adhérence capsulaire aux éléments vasculo-nerveux et aux muscles de l'oculo-motricité.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-91

Hémangiome vertébral avec extension épidurale : à propos d'un cas et revue de la littérature

A.Hachicha, M.Khrifech, S.Yameogo, K.Ayedi, K.Abderrahmene, H.Jemel. *Tunis, Tunisie.*

Adresse e-mail : dr_hachicha@yahoo.fr

Introduction : Les hémangiomes vertébraux sont des tumeurs bénignes de nature vasculaire, fréquentes, et la plupart vont rester quiescentes. Le diagnostic est radiologique. 1 % de ces tumeurs vont être évolutives et symptomatiques comportant des troubles neurologiques avec un tableau de compression médullaire dans moins de 50% des cas. Dans ce cas un geste de décompression chirurgicale urgente s'impose. Un traitement complémentaire peut être envisagé ultérieurement.

Observation : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 38 ans sans antécédents pathologiques notables qui se présente d'un tableau de compression médullaire évoluant sur un mode rapidement progressif sur deux semaines fait d'un syndrome rachidien lombaire, une paraparésie spastique, un niveau sensitif L1 sans troubles vésico-sphinctériens. L'IRM médullaire faite en urgence a montré un angiome agressif de la vertèbre D6 avec extension épidurale postérieure comprimant la moelle. La patiente a été opérée en urgence. La patiente a eu une laminectomie de D5 à D7 avec exérèse de la portion épidurale de la tumeur. L'os était très hémorragique contrairement à la tumeur. Cette dernière était bien limitée, de consistance friable et facilement dissécable de la dure mère. La patiente a nécessité une transfusion en peropératoire. L'évolution a été marquée par une nette amélioration de la force musculaire et de la marche qui devient autonome. Elle a été par la suite adressée au service de radiothérapie pour traitement adjuvant.

Conclusion : Les hémangiomes vertébraux sont des tumeurs bénignes qui peuvent évoluer et provoquer des complications neurologiques graves. Bien qu'aucun traitement ne soit nécessaire en présence de formes quiescentes, une surveillance clinique et radiologique est conseillée. Les formes neurologiques nécessitent une prise en charge neurochirurgicale. La radiothérapie complémentaire est nécessaire si l'exérèse de l'hémangiome est incomplète.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-92

Lymphocèle rétro-péritonéale après chirurgie rachidienne lombaire par abord antérieur

C. Joubert, N. Beucler, A. Sellier, C. Junca-Laplace, C. Bernard, A. Dagain. *Toulon, France.*

Adresse e-mail : christophe.joubert@neurochirurgie.fr

Introduction : L'abord antérieur rétropéritonéal du rachis lombaire s'est démocratisé au cours des dernières décennies, en pathologie dégénérative et traumatique, mais également en oncologie et en pathologie infectieuse. Il offre de nombreux avantages en permettant une décompression centrale et foraminale sans manipulation directe des éléments nerveux mais permet également des résultats fonctionnels satisfaisants en restaurant de l'équilibre sagittal. Si les complications représentent moins de 3% des procédures et sont bien identifiées, les complications lymphatiques demeurent confidentielles et relèvent de traitements non consensuels. Nous proposons ainsi de rapporter un cas de lymphocèle rétropéritonéale post chirurgicale qui permet d'illustrer une revue de la littérature.

Matériel et méthodes : Revue de la littérature à partir d'une recherche Medline avec les mots clés « chyloretroperitoneum », « spinal surgery », « lymphocele ». Cas rapporté et illustratif.

Résultats : 33 cas ont été rapportés dans la littérature. La moyenne d'âge était de 49,9 ans [14-85], avec un sex-ratio de 2,3/1 (F/M). Le délai moyen de survenue de la complication après chirurgie était de 20,6 jours [0-180]. Les signes cliniques traduisant l'effet de masse de la lymphocèle étaient présents dans 75,8% des cas (n=25). Le scanner thoraco abdomino pelvien était l'examen de choix pour confirmer le diagnostic, quantifier la collection, et le plus souvent éliminer les diagnostics différentiels. L'analyse du liquide de ponction permettait d'éliminer une complication infectieuse ou urinaire post opératoire. La ponction seule était grevée d'un fort taux de récurrence. En cas de nécessité de drainage prolongé, en absence de tarissement de la lymphorrhée, la marsupialisation laparoscopique avec fenestration péritonéale est le traitement de choix.

Conclusion : La lymphocèle rétropéritonéale post abord antérieur, rétropéritonéale du rachis lombaire demeure une complication rare. La ponction seule est généralement grevée d'un fort taux de récurrence. La marsupialisation avec fenestration péritonéale par voie laparoscopique constitue le traitement de choix en cas d'absence de tarissement.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-93

L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke : à propos d'un cas avec une présentation inhabituelle

K Ayadi*, F Kolsi, H Mechrgui, G Souissi, B Kammoun, Z Boudawara. *Sfax, Tunisie.*

Adresse e-mail : khalilayadi@gmail.com

Introduction : L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke est un trouble neurologique dû à une carence en thiamine. Non traitée, cette maladie peut évoluer vers le coma et la mort.

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 37 ans enceinte à 32 SA qui a présenté de façon brutale des céphalées intenses holocrâniennes associées à des vomissements dans un contexte d'apyrexie. Le tableau d'hémorragie méningée a été suspecté et la patiente a été

admise en urgence. Vu la non disponibilité de l'IRM en urgence et après consentement éclairé de la patiente une TDM cérébrale a été réalisée (avec mesures de radioprotection). La TDM était sans anomalies. Une ponction lombaire avec recherche de pigments biliaires qui a été donc pratiquée, elle était négative. Une IRM cérébrale a été pratiquée objectivant l'absence de signe en faveur d'hémorragie et la présence d'un hypersignal FLAIR au niveau des 2 corps mamillaires. Une encéphalopathie de Gayet-Wernicke a été évoquée. La patiente a été mise sous thiamine avec une bonne évolution clinique.

Conclusion : La carence en vitamine B1 peut se manifester par des tableaux atypiques et doit être évoquée surtout chez les sujets à risque.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-94

Fibromatose desmoïde infantile infiltrant l'os frontal

A.Meddeb, F.Kolsi, A.Meddeb, B.Kammoun, H .Mechergui, F.Jarrya, Z.Boudawwara. *Sfax, Tunisie.*

Adresse e-mail : medeb.alaeddine@gmail.com

Introduction : La fibromatose de type desmoïde infantile est une tumeur rare, bénigne qui infiltre les tissus mous. Peu de cas des patients atteints de fibromatose infantile infiltrant les os du crane sont décrits dans la littérature . Bien que l'excision chirurgicale soit le traitement de choix, la récurrence locale est fréquente. L'échographie, la tomodensitométrie et l'IRM ne permettent pas de différencier les différents types de lésions fibreuses, mais sont très essentiels, montrant la localisation et les tissus infiltrés . L'examen histologique est le seul à poser le diagnostic .

Observation : Nous rapportons un cas inhabituel de fibromatose de type desmoïde infiltrant l'os frontal chez un garçon de 2 ans découverte a l'occasion d'une imagerie d'exploration d'une tuméfaction frontale compliquant un traumatisme crânien bénin datant de 10 mois. Une mise à plat chirurgicale de la tuméfaction avec complément de cranioplastie ont été réalisés . L'histologie a confirmé le diagnostic d'une fibromatose de type desmoïde détruisant l'os frontal .

Conclusion : La localisation au niveau du muscle frontal d'une fibromatose infantile est très rare , se manifestant par une tuméfaction frontale isolée . Les explorations radiologiques ne sont pas spécifique. Le diagnostic est histologique. Le seul traitement reste l'excision chirurgicale.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-95

Chordome cervical mimant un abcès pottique

M Assamadi, M Makoudi, A Ait El Qadi, K Aniba. *Marrakech, Maroc*

Adresse e-mail : as.mouhssine@gmail.com

Introduction : Les chordomes sont des tumeurs rares qui proviennent du sacrum, du rachis et de la base du crâne. La prise en charge chirurgicale de ces tumeurs peut être difficile, en raison de leur comportement destructeur local et de leur prédilection pour la croissance à proximité de structures délicates et critiques.

Matériel et méthodes : nous rapportons le cas d'une patiente prise en charge dans notre service pour un chordome cervical. La patiente dans ce cas était une femme de 26 ans qui a présenté une tétraparésie. L'imagerie par résonance magnétique a mis en évidence une grande tumeur vertébrale intra et extra-rachidienne du C3-4, réalisant un aspect en rapport avec une spondylodiscite tuberculeuse. La tumeur a été complètement réséquée en un seul temps par voie antérieure, et une corporectomie de C3-C4 a également été réalisée.

Résultats : Les résultats de l'examen histopathologique postopératoire ont confirmé que la tumeur était un chordome typique. L'évolution postopératoire du patient s'est déroulée sans incident.

Conclusion : Bien que la résection en bloc soit la procédure idéale dans d'autres localisations, il existe une controverse concernant l'abord de cette lésion lorsqu'elle siège au niveau du rachis cervical. La résection en bloc peut être difficile à réaliser sans endommager les structures adjacentes et provoquer une morbidité significative

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-96

Ostéome ostéoïde géant de l'étage postérieur de la base du crâne

M Assamadi, A Ouakrim, A Ait El Qadi, K Aniba. *Marrakech, Maroc.*

Adresse e-mail : as.mouhssine@gmail.com

Introduction : L'ostéome ostéoïde est une tumeur osseuse bénigne intéressant surtout les os longs. Les localisations crâniennes sont rares, atteignant surtout la voûte et l'étage antérieur de la base du crâne. L'ostéome ostéoïde de l'étage postérieur de la base du crâne est exceptionnel.

Observation : nous rapportons un cas rare d'ostéome ostéoïde géant, pétro-occipital gauche, chez un homme de 26 ans, admis dans un tableau d'hypertension intracrânienne associé à un syndrome cérébelleux avec présence d'une volumineuse tuméfaction rétroauriculaire gauche. L'IRM objective une volumineuse lésion de la fosse cérébrale postérieure avec érosion du rocher et de la partie gauche de l'occiput. Une exérèse large a été réalisée par un abord rétro-sigmoïde gauche. L'examen anapathologique a mis en évidence un ostéome ostéoïde. A notre connaissance, la revue de la littérature ne retrouve pas de cas similaire à ce jour.

Conclusion : Bien que rare et bénin, l'ostéome ostéoïde peut être responsable de signes neurologiques objectifs dus à l'effet de masse ou à l'envahissement de structures nerveuses, spécialement au niveau de l'étage postérieur de la base du crâne.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-96

Paraplégie révélant un abcès intramédullaire: à propos d'un cas

M Assamadi, A Lamhani, A Ait El Qadi, K Aniba. *Marrakech, Maroc.*

Adresse e-mail : as.mouhssine@gmail.com

Introduction : L'abcès intramédullaire est une affection exceptionnelle chez l'enfant et chez l'adulte, pouvant se manifester de façon aiguë ou chronique et poser un certain nombre de problèmes diagnostiques.

Observation : Enfant de 10 ans, sans antécédent pathologique particulier présente une impotence fonctionnelle totale des 2 membres inférieurs, des troubles sphinctériens et des lombalgies intermittentes, évolution progressive dans un contexte fébrile. L'IRM a objectivé une lésion kystique médullaire avec prise de contraste périphérique avec une hyperleucocytose à l' NFS faisant évoquer un abcès médullaire. L'enfant a été opéré en urgence. L'examen cyto bactériologique du pus n'a pas montré de germes. Le patient a été mis sous triantibiothérapie parentérale pendant 1 avec un relais par voie orale pendant 3 mois. L'évolution a été marquée par une discrète amélioration du déficit neurologique.

Conclusion : L'abcès intramédullaire est une entité rare. L'abcès médullaire peut être secondaire à un traumatisme pénétrant, une infection cutanée sur dysraphisme ou une embolie septique artérielle. L'examen de choix est l'IRM et diagnostic différentiel se pose avec les tumeurs kystiques. Le traitement associe un drainage et une antibiothérapie.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-97

La prise en charge des syringomyélies. : Expérience du service de neurochirurgie hôpital Ibn Tofail CHU Mohammed VI

M Assamadi, H. Sahraoui, A Ait El Qadi, K Aniba. *Marrakech, Maroc.*

Adresse e-mail : as.mouhssine@gmail.com

Introduction : La syringomyélie est une affection d'étiologie diverse, caractérisée par l'apparition d'une cavité intramédullaire remplie de liquide cérébro-spinal (LCS), provoquée par une gêne à la circulation du LCS entre le crâne et le rachis.

Matériel et méthodes : Notre travail est une étude rétrospective comportant 25 cas de syringomyélie ayant bénéficié d'une prise en charge au service de neurochirurgie du CHU Mohammed VI de Marrakech d'une période allant de janvier 2001 à décembre 2015

Résultats : La moyenne d'âge est de 38,1 ans, les symptômes de début les plus fréquents étaient les troubles moteurs dans 63,6%, les troubles sensitifs dans 47,5%, les cervicalgies dans 27%, les névralgies cervicobrachiales dans 36,4%, des troubles trophiques et des déformations rachidiennes dans 28%. L'examen clinique de nos patients a révélé un déficit moteur dans 63.6%, un syndrome pyramidal dans 54.5%, des troubles trophiques et une altération de la sensibilité tactile superficielle dans 27,3% des cas, ainsi qu'une déformation scoliothique dans 18,2%. L'imagerie a confirmé la syringomyélie et son origine chez tous les patients et l'origine foraminale dans 90,9%. L'origine post-traumatique est retrouvée dans 9.1% des cas. Tous les patients ont bénéficié d'une décompression ostéo-durale. Les patients ayant une syringomyélie foraminale ont bénéficié d'une craniectomie occipitale, une laminectomie de C1, avec une plastie durale dans 63,6% et une résection arachnoïdienne dans 9,1%. Tandis que le patient ayant la syringomyélie post traumatique a bénéficié d'une décompression dorsale sans plastie durale, une dissection arachnoïdienne et une dérivation kysto-sous-arachnoïdienne. Les résultats étaient dans l'ensemble bons, avec une amélioration dans 54.5% des cas et une stabilisation dans 36,4% avec une mortalité de 9.1%.

Conclusion : la syringomyélie est une affection très rare, nécessitant une bonne compréhension du mécanisme physiopathologique pour une bonne indication de son traitement.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-98

L'os odontoïdeum à propos d'un cas et revue de la littérature.

Y Ait M'barek, M Assamadi, J Bouzari, A Ait El Qadi, K Aniba, *Marrakech, Maroc*

Adresse e-mail : as.mouhssine@gmail.com

Introduction : L'os odontoïdeum ou apophyse odontoïde mobile est une malformation rare de la charnière cervico-occipitale (MCCO) qui met en jeu le pronostic vital et fonctionnel par le risque de compression de la jonction bulbo-médullaire.

Matériel et méthodes : Nous rapportons le cas d'un patient porteur d'un os odontoïdeum pris en charge au service de neurochirurgie de l'hôpital ibn tofail de CHU Mohammed 6 de Marrakech. Observation : âgé de 22 ans, victime d'un traumatisme cervical à l'âge de 2 ans, chez qui cette affection a été révélée par des torticolis récidivants, puis par l'installation d'une tétraparésie.

Discussion : Bien qu'une symptomatologie déficitaire soit fréquemment révélatrice, la notion de cervicalgie récidivante (même isolée) doit attirer l'attention. Le bilan fait appel aux clichés radiographiques dynamiques, à la TDM et l'IRM. L'étiopathogénie reste méconnue congénitale ou traumatique. Le traitement est chirurgical chez les patients symptomatiques et repose sur l'arthrodèse et l'ostéosynthèse postérieure, tandis que chez les sujets asymptomatiques une simple surveillance est préconisée.

Conclusion : Un diagnostic et un traitement précoces permettent d'obtenir une stabilisation et une amélioration clinique dans la majorité des cas.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-99

Compression médullaire cervicale par exostose héréditaire multiple : cas clinique et revue de la littérature

Y Ait M'barek, M Assamadi, F moussaid, A Ait El Qadi, K Aniba. *Marrakech, Maroc*

Adresse e-mail : as.mouhssine@gmail.com

Introduction : L'exostose héréditaire multiple (HME) est une maladie héréditaire, caractérisée par la présence de multiples ostéochondromes ; 7 % des patients avec exostose multiple héréditaire présentent une atteinte rachidienne.

Observation : Il s'agit d'une femme de 45 ans, opérée il y dix ans pour une exostose du péroné droit et fémur gauche. Elle présente, depuis quelques années, des paresthésies des quatre membres à prédominance distale, une fatigabilité à la marche à type de claudication médullaire. L'IRM objective, au niveau de la deuxième vertèbre, un volumineux ostéome cervical comprimant la moelle. La patiente est opérée avec exérèse macroscopiquement complète de l'exostose et laminectomie de C2.

Conclusion : L'exostose cervicale associée à une HME est une pathologie rare. Le tableau clinique est dominé par la compression médullaire et le traitement chirurgical permet l'obtention d'excellents résultats cliniques.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-100

Le traitement chirurgical d'un kyste colloïde du quatrième ventricule : à propos d'un cas et revue de la littérature.

K Chtira, M Makoudi, M Assamadi, L Benantar, M Khalouki, K Aniba. *Marrakech, Maroc*

Adresse e-mail : k.chtira@gmail.com

Introduction : Le kyste colloïde intracrânien est une tumeur desembryoplasique rare 0,6 à 1% des tumeurs intracrâniennes. Sa localisation au niveau du quatrième ventricule est très exceptionnelle, seulement quelques cas sont rapportés dans la littérature. Les auteurs discuteront les aspects épidémiologique, clinique, radiologique et thérapeutique en rapportant le cas d'une patiente opérée pour cette lésion.

Observation : Une patiente âgée de 35 ans, transférée de Libreville (Gabon) à Marrakech (Maroc) pour la prise en charge d'une lésion kystique de la fosse postérieure, révélée par un syndrome de l'hypertension intracrânienne et atteinte des nerfs mixtes. Elle a été opérée pour une ponction per endoscopique du kyste colloïde du quatrième ventricule qui a permis sa guérison avec un recul de 2 ans.

Conclusion : La localisation du kyste colloïde au niveau du V4 est très exceptionnelle, seulement très peu de cas sont rapportés dans la littérature, une simple ponction permet la guérison, et il faut l'évoquer devant toute lésion kystique du V4.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-101

Saignement pan médullaire spontané, complication exceptionnelle d'une métastase de tumeur embryonnaire NOS : rapport de cas et revue de la littérature.

K Kouki, A Bedoui, C Fakhfekh, M Boukhit, H Ammar, A Harbaoui. *Tunis, Tunisie*
Adresse e-mail : drkoukikmar@gmail.com

Introduction : Les tumeurs primitives neuro ectodermiques PNET du système nerveux ont été reclassifiées dans la dernière classification OMS 2016 des tumeurs du système nerveux en une entité appelée tumeurs embryonnaires NOS (not otherwise specified). Ces tumeurs sont agressives et rares affectant essentiellement les enfants.

Observation : On rapporte dans ce travail une localisation intra médullaire chez un patient de 24 ans sans antécédents révélée par un syndrome de compression du cône médullaire avec une évolution rapidement fatale. L'intervention première a consisté en une exérèse subtotale de la tumeur médullaire suivie à 3 semaines post opératoire par l'installation spontanée d'une tétra parésie ainsi que de troubles de la conscience. L'imagerie a montré la infiltration leptoméningée en regard de C1/C2 associée à un hématome intramédullaire cervical étendu au mésencéphale et une hydrocéphalie triventriculaire en amont dérivée en urgence. Le décès est survenu 48 heures après.

Conclusion : Ce travail rapporte une évolution exceptionnelle d'une tumeur embryonnaire NOS et met l'accent sur le caractère rare de ces lésions notamment chez l'adulte.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-102

Des lombo-sciatalgies "classiques" : et si ce n'était pas d'origine rachidienne ?

G. Gader, M. Rkhami, M. Zouaghi, M. Ben Salem, K. Bahri, I. Zammel. *Ben Arous, Tunisie*.
Adresse e-mail : gastghagad@yahoo.fr

Introduction : Les lombosciatalgies représentent un motif fréquent de consultation en neurochirurgie et ce auprès de patients de toutes les tranches d'âge. En dépit de leur caractère strictement fonctionnel, ces plaintes sont à prendre en charge d'une manière rigoureuse du fait de l'important retentissement socioprofessionnelle y associé. Les étiologies médullaires sont le plus souvent incriminées. Néanmoins, d'autres étiologies peuvent être

responsables de ces symptomatologies et doivent être présentes dans l'esprit du clinicien et du chirurgien malgré leur rareté.

Observation : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 37 ans, aux antécédents de remplacement valvulaire mitral, qui s'est présenté pour des lombosciatiques type L5 gauches hyperalgiques, associés à des paresthésies au niveau des territoires L5 et S1. Ces plaintes trainent depuis 2 mois, leur intensité a imposé au malade l'utilisation de 2 cannes béquilles, et sont résistantes à tout traitement médical. L'examen a objectivé un déficit du fléchisseur dorsal de la cheville gauche, associé à une anesthésie de la face dorsale du gros orteil et de la face dorsale du pied gauche. Une IRM n'a pu être pratiquée du fait que le patient soit porteur d'une valve cardiaque. La TDM n'a pas permis d'identifier des lésions rachidiennes expliquant le tableau, mais a pu mettre en évidence une masse pelvienne avec lyse de l'os iliaque en regard. L'injection du produit de contraste a objectivé la présence d'un pseudo-anévrisme de l'artère iliaque interne gauche comprimant le nerf sciatique homolatéral. Le patient a été opéré de son anévrisme. En post opératoire immédiat a été constatée une disparition totale des douleurs avec récupération progressive du déficit sous kiné.

Conclusion : Les lombosciatalgies représentent un motif fréquent de consultation imposant une enquête étiologique. Les causes rachidiennes sont certes les plus incriminées, il faut néanmoins s'acharner à ne pas passer à côté d'un conflit périphérique sur le trajet du nerf sciatique pouvant parfois représenter une urgence thérapeutique face à la mise en jeu du pronostic vital par certaines étiologies (anévrisme ou pseudo-anévrisme de l'axe aorto-iliaque..).

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-103

Contrôle des veines émissaires métopiques dans la chirurgie de trigonocéphalie. Note technique.

F. Di Rocco*, A Szathmari, C Paulus, T Broussolle, K Sweeney, PA Beuriat, A Gleizal, C Mottolese. *Lyon, France.*

Adresse e-mail : federico.dirocco@chu-lyon.fr

Introduction : Nombreuses techniques chirurgicales ont été proposées pour agrandir et remodeler le front dans le cadre de la trigonocéphalie. Toutes ces techniques présentent un risque de saignement au cours des ostéotomies, en particulier dans la région du sinus sagittal supérieur (SSS) enfoui dans la suture soudée précocement et au niveau des émissaires métopiques transosseuses supérieures à la glabelle typique de ce type de synostose. En fait, ces veines paires transosseuses métopiques sont souvent, sinon toujours, la source d'une hémorragie importante lorsqu'elles sont déchirées lors de l'élévation du lambeau frontal. Nous proposons une variante technique simple qui peut empêcher le saignement dans cette région ou au moins en faciliter le contrôle, pendant les premières phases de la réparation chirurgicale.

Note technique : Cette variante peut s'appliquer aux principales techniques chirurgicales utilisées en routine pour le traitement de la trigonocéphalie. Elle consiste à conserver un triangle osseux au-dessus de la glabelle (à 4 cm de la base et 4 cm de hauteur). Ce triangle d'os contient le segment initial du SSS et les veines métopiques émissaires drainant les pôles frontaux. Dans cette variante, après avoir élevé le reste de l'os frontal de manière conventionnelle, il est possible de détacher les veines ainsi que le SSS du triangle osseux résiduel sous visualisation directe, même dans le cas de vaisseaux partiellement enfouis dans l'os. Une fois que la structure veineuse est détachée et que l'hémostase est contrôlée, ce dernier morceau d'os frontal peut être retiré sans saignement "iatrogène" inutile.

Conclusion : Cette procédure nous a permis de réduire le saignement dans la correction de la trigonocéphalie et dans quelques cas le taux de transfusion sans prolonger le temps opératoire. Elle ne nécessite pas de compétences chirurgicales ou d'équipement supplémentaires mais permet un meilleur contrôle direct de l'hémostase.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-104

Résultats de la prise en charge post-natale des myélomeningocèles à forme basse (inf. L4).

P.A. Beuriat, I. Poirot, F. Hameury, D. Demede, C. Rousselle, I. Sabatier, M Szathmari, F. Di Rocco, C. Mottolese. *Lyon, France.*

Adresse e-mail : pierre-aurelien.beuriat@neurochirurgie.fr

Introduction : La fermeture post-natale d'une myélomeningocèle (MMC) reste le traitement d'élection dans de nombreux pays. La possibilité de réparer la malformation avant la naissance a fait naître l'espoir de réduire les séquelles neurologiques. Cependant, cette technique peut entraîner des complications pour le fœtus et la mère. Les patients avec un niveau lésionnel inférieur ou égal à L4 ont un meilleur pronostic fonctionnel que les malformations de haut niveau. Le but de cette étude était d'évaluer les résultats fonctionnels des patients opérés en post natal d'une MMC à localisation basse (niveau L4).

Matériel et méthodes : Vingt-neuf enfants ont été inclus dans cette étude observationnelle. Le niveau de la malformation vertébrale était sacré dans 12 cas (41,4%) ou lombaire (niveau L4) dans 17 cas (58,6%). Tous les patients ont été opérés après la naissance avec une technique microchirurgicale. Une malformation de Chiari II (CM-II) était présente sur l'IRM initiale avant la fermeture de MMC chez 17 patients (58,6%).

Résultats : Onze patients (37,9%) ont nécessité une dérivation de liquide céphalo-rachidien. Après la fermeture de la malformation, 83% de cette cohorte n'avaient pas de CM-II. Vingt-six patients (89,7%) étaient marchant. Sept (23%) et 16 (55%) avaient respectivement une élimination vésicale et intestinale normale. Si l'on exclut les patients trop jeunes pour aller à l'école (âgés de moins de 3 ans), tous les enfants étaient scolarisés.

Conclusion : Cette série montre que les résultats fonctionnels chez les patients porteurs d'une MMC à localisation basse (niveau L4) sont bons dans tous les domaines. A notre avis, pour ces

formes, avec d'excellents résultats et un faible risque pour le patient et la mère, la prise en charge anténatale peut être discutée.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-105

Prise en charge des tumeurs orbitaires observées au CHU de Marrakech

M Assamadi, M Moro, I Hazzazi, Y Elallouchi, A Ait El Qadi, K Aniba. *Marrakech, Maroc.*

Adresse e-mail : as.mouhssine@gmail.com

Introduction : Les tumeurs de l'orbite sont des pathologies rares et se présentent selon un tableau clinique stéréotypé.

Matériel et méthodes : Nous rapportons dans ce travail, l'étude rétrospective d'une série de 31 cas de tumeurs orbitaires collectées au sein du service de neurochirurgie, CHU Mohammed VI Marrakech, durant 13 ans de 2004 à 2016.

Résultats : La tranche d'âge entre 21 et 40 ans a été la plus représentée (43,47%). Une prédominance féminine a été notée (56,53%). Les manifestations cliniques ont été dominées par l'exophtalmie (69,57%). Une tomodensitométrie a été effectuée chez 25 malades (80,6%), et le recours à l'imagerie par résonance magnétique n'a concerné que 15 patients (48,38%). La localisation droite était prédominante. Pour les techniques chirurgicales, l'abord sous-frontal était le plus utilisé (57,14%), l'étude histologique était en faveur des méningiomes dans 39,13% des cas. L'évolution était favorable avec une régression spectaculaire de l'exophtalmie et peu de morbidité

Conclusion : Le développement de l'imagerie et des moyens thérapeutique a permis une meilleure prise en charge des tumeurs orbitaires dont le pronostic est généralement favorable.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-106

Hernies discales lombaires intra-durales : à propos de 2 cas.

A Slimane, N Karmani, M D Yedeas, I BenSaïd , J Kallel, H Jemel. *Tunis, Tunisie.*

Adresse e-mail : abdelhafidhslimane@gmail.com

Introduction : La hernie discale intra durale est une complication rare de la pathologie discale lombaire. La première observation a été publiée en 1942 par Dandy. Depuis cette date et jusqu'en 1997 moins de 100 autres cas ont été rapportés. Dans la majorité des cas , il s'agit cliniquement d'un syndrome de la queue de cheval ou d'une atteinte mono ou bi-radriculaire le plus souvent déficitaire. Le diagnostic a long temps été évoqué devant un arrêt total à la radiculographie. Aujourd'hui ,il peut être affirmé sur la seule imagerie IRM. Le pronostic

chirurgical est incertain puisque plus d'un tiers des malades ont une récupération clinique incomplète.

Observations : Deux nouveaux cas opérés dans le service de Neurochirurgie de l'institut national de neurologie seront présentés. Nous allons aussi faire une revue de la littérature en vue de préciser les différents aspects cliniques ,d'apprécier l'apport de l'imagerie et d'en rapporter la pathogénie. Observation N°1 : Un homme de 42 ans , consulte pour des lombosciatalgies S1 droites. L'IRM lombaire est en faveur d'une hernie exclue à l'étage L5-S1 comprimant les racines de la queue de cheval. Une laminectomie partielle de L5 et S1 a permis de mettre en évidence du matériel discal arrivant à la face postérieure de la dure mère qui est ouverte. Observation N°2 : Homme de 36 ans, qui souffre depuis 7 ans de lombosciatalgie L5 bilatérales avec une impériosité mictionnelle. L'IRM lombaire a mis en évidence une hernie discale L3-L4 médiane migrée vers le haut. Le patient a été opéré par une laminectomie de L3 et L4 ,un fragment discal exclu a été retiré de la face antérieure de la dure mère avec issu de LCR. Les suites opératoires étaient simples.

Conclusion : Le diagnostic peut être affirmé sur la seule imagerie IRM. Le pronostic chirurgical est incertain puisque plus d'un tiers des malades ont une récupération clinique incomplète.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-107

Tumeur Brune Rachidienne : à propos d'un cas

A Slimane, N Karmani, M D Yedeas, I Ben Saïd, J Kallel, H Jemel. *Tunis, Tunisie.*

Adresse e-mail : abdelhafidhslimane@gmail.com

Introduction : La tumeur brune est une lésion osseuse bénigne qui est la conséquence d'un état d'hyperparathyroïdie. Elle est moins fréquente en cas d'hyperparathyroïdie secondaire mais habituelle chez les patients porteurs d'insuffisance rénale chronique au stade d'hémodialyse. La localisation rachidienne reste, néanmoins, exceptionnelle et nécessite une prise en charge particulière surtout en cas de compression nerveuse.

Observation : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 40 ans aux antécédents d'hépatite C. Cette patiente présente depuis 6 semaines, de façon progressive, une claudication médullaire intermittente sans troubles sphinctériens. La radiographie du rachis avait montré des signes indirects d'ostéodystrophie rénale. La TDM rachidienne et l'IRM spinale ont objectivé un processus expansif lytique de l'arc postérieur de T11 comprimant la moelle en regard. La patiente a été opérée d'urgence. Les suites opératoires étaient simples avec une régression progressive du déficit moteur et disparition totale de ses dorsalgies.

Conclusion : La localisation rachidienne des tumeurs brunes est rare mais c'est un diagnostic auquel il faut penser devant une imagerie évocatrice chez un insuffisant rénal chronique. Le traitement repose sur la supplémentation calcique et la chirurgie n'est indiquée qu'en cas d'urgence neurologique.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-108

Tumeur germinale primitive du rachis.

A Slimane, N Karmani, M D Yedeas, I Ben Saïd, J Kallel, H Jemel. *Tunis, Tunisie.*

Adresse e-mail : abdelhafidhslimane@gmail.com

Introduction : Les tumeurs primitives représentent 10 à 20% des tumeurs vertébrales. Elles peuvent être primitives ou secondaires. Les tumeurs primitives malignes sont dominées par le chondrosarcome , l'ostéosarcome , le sarcome d'Ewing , le sarcome à cellules géantes , le plasmocytome solitaire. Les tumeurs germinales malignes sont des tumeurs issues de la transformation de cellules primitives germinales ,destinées à donner des ovules et des spermatozoïdes . Ces tumeurs sont majoritairement localisées aux organes génitaux. La localisation d'une tumeur germinale primitive maligne (TGPM) au niveau du rachis dorsal est exceptionnelle. A notre connaissance , une dizaine de cas ont été rapportés dans la littérature .

Observation : Nous rapportons une nouvelle observation d'une patiente âgée de 46 ans , sans antécédents, qui a consulté pour des rachialgies dorsales d'allure mécanique évoluant depuis 4 mois associées à des névralgies intercostales droites et des troubles du transit à type d'alternance constipation-diarrhée.

Conclusion : Les tumeurs germinales malignes à localisation vertébrale dorsale sont rares. Leur découverte chez un sujet adulte est exceptionnelle. Tout retard du diagnostic alourdit le pronostic du fait des complications neurologiques possibles. Le traitement fait appel essentiellement à la chirurgie et à la chimiothérapie.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-109

Abcès cérébral à Candida Albicans chez un adulte immunocompétent : à propos d'un cas et revue de la littérature.

A Slimane, N Karmani, M Chabaane, I Ben Saïd, J Kallel, H Jemel. *Tunis, Tunisie.*

Adresse e-mail : abdelhafidhslimane@gmail.com

Introduction : Les abcès cérébraux mycosiques sont des infections rares. Comme la plupart des infections mycosiques du système nerveux central, ils concernent principalement les immunodéprimés. Mais, des cas ont été décrits chez des immunocompétents. Candida Albicans, Aspergillus Fumigatus et Cryptococcus Neoformans sont les germes les plus incriminés. Les abcès cérébraux mycosiques sont fatals en l'absence de traitement adéquat. Le diagnostic est difficilement évoqué vu leur rareté et souvent posé sur une autopsie.

Observation : Nous rapportons l'observation du patient F.N. âgé de 19ans, diabétique, qui consulte pour syndrome d'hypertension intra crânienne dans un contexte d'apyrexie évoluant depuis une semaine. L'interrogatoire trouve la notion de sonophobie et de photophobie

d'installation récente. L'imagerie objective un abcès cérébral profond et l'analyse du pus après ponction en condition stéréotaxique met en évidence la présence de *Candida Albicans*.

Conclusion : Les abcès cérébraux mycosiques ne sont pas l'apanage des immunodéprimés. Une ponction avec examen et culture du pus de l'abcès est indispensable au diagnostic. En dehors du traitement chirurgical, le traitement antifongique parentéral doit être mis en route pendant une durée suffisante afin d'espérer une guérison.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-110

Le kyste osseux anévrysmal du rachis : A propos de 4 cas et revue de la littérature

A Slimane, N Karmani, M Chabaane, I Ben Saïd, J Kallel, H Jemel. *Tunis, Tunisie.*

Adresse e-mail : abdelhafidhslimane@gmail.com

Introduction : Les kystes osseux anévrysmaux (KOA) sont des dystrophies osseuses pseudo-tumorales caractérisées par une dilatation de l'architecture osseuse par des canaux vasculaires. Les KOA représentent 1,5 % des tumeurs osseuses rachidiennes. Ils touchent essentiellement le sujet jeune. On se propose d'étudier les manifestations cliniques, les aspects radiologiques et les moyens thérapeutiques de cette lésion.

Matériel et méthodes : Quatre patients ont été opérés dans notre service de kystes anévrysmaux du rachis (2 hommes et 2 femmes), sur une période de 15 ans. L'âge des patients était de 16, 18, 26 et 52 ans. Toutes les données ont été incluses et analysées.

Résultats : Les manifestations cliniques étaient des troubles de la marche chez 2 patients dont l'un était paraplégique et des lombosciatalgies chez les deux autres. La tumeur siégeait au niveau dorsal dans 2 cas et lombaire dans les deux autres cas. Elle touchait l'arc postérieur des vertèbres chez 2 patients et présentait un envahissement intra-canalair et corporel dans la moitié des cas. L'exérèse tumorale était complète chez 2 patients et la laminectomie était limitée au siège de la compression. En postopératoire, les signes cliniques se sont améliorés chez tous les patients. Un seul cas a présenté une récurrence tumorale étendue nécessitant une deuxième intervention avec une ostéosynthèse.

Conclusion : Les KOA sont des lésions bénignes. L'exérèse chirurgicale complète est synonyme de guérison. L'ostéosynthèse est parfois nécessaire devant un risque accru d'instabilité post-opératoire. L'évolution est favorable dans la majorité des cas.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-111

Adénome hypophysaire ectopique suprasellaire de type prolactinome : cas clinique.

H. Vincart, O. Lermen, S. Ledeghen, V. Marneffe. *Ottignies, Belgique.*

Adresse e-mail : Hadrien.vincart@gmail.com

Introduction : Les adénomes hypophysaires sont les tumeurs les plus fréquentes de la selle turcique. Les adénomes hypophysaires ectopiques (EPAs), ectopiques suprasellaires (ESPAs) et surtout du sinus sphénoïdal (ESSPAs) sont eux extrêmement rares (une centaine de cas décrits dans la littérature). Bien que ces EPAs aient la même origine embryologique que les cellules de l'adénohypophyse, ils grandissent complètement en dehors de la selle turcique sans contact avec celle-ci. On les retrouve principalement au niveau du sinus sphénoïdal (36% des cas), de la région suprasellaire (27.7% des cas) ou plus rarement du clivus, de la cavité nasale, du sinus caverneux ou de la région parasellaire. Nous rapportons ici un cas d'une prolactinome ectopique situé au niveau du sinus sphénoïdal gauche.

Observation : Patient de 64 ans suivi en ORL dans le cadre d'une sinusite chronique provoquant des symptômes de congestion nasale depuis plusieurs mois. Un CT Scanner réalisé dans le décours de cette prise en charge a mis en évidence de manière fortuite une lésion située à la partie gauche du corps de l'os sphénoïdal. L'IRM cérébrale réalisée confirme une lésion intraosseuse à ce niveau qui s'étend en inféro-latéral et au niveau du clivus. La tumeur présentait un léger hypersignal homogène en séquence FLAIR, un isosignal homogène en pondération T2 et T1 sans signe de rehaussement après injection de gadolinium. Aucun signe de graisse ni de calcification intratumorale. Les diagnostics différentiels avancés à ce stade étaient une métastase, une dysplasie fibreuse, un ostéome, un ostéoblastome, un méningiome, un sarcome, un granulome, une lésion kystique, un hémangiome et un adénome. Après discussion en staff multidisciplinaire, nous avons proposé au patient une biopsie transsphénoïdale de la lésion sous neuronavigation. Les suites postopératoires furent sans particularité.

Résultats : Les résultats anatomopathologiques indiquèrent du parenchyme hypophysaire qui semblait normal. Devant ce résultat inattendu, nous avons décidé en staff de réaliser une nouvelle biopsie. Cette fois, les résultats montrèrent un adénome hypophysaire infiltrant le tissu osseux adjacent. Les résultats complémentaires révélèrent un prolactinome. Le suivi radiologique à six mois ne montre aucune évolution de la tumeur. Actuellement le patient est traité médicalement par cabergoline (Sostilar) 0,25 deux fois par semaine et est suivi en endocrinologie.

Discussion : Les ESPAs sont de rares tumeurs intracrânielles extracérébrales. Elles ont la même origine embryologique que l'adénohypophyse mais n'ont aucune connexion avec la glande. Bien que la littérature ne contienne actuellement principalement que des cases reports, il existe une classification des adénomes hypophysaires suprasellaires (SPAs) en trois catégories. Le type I comprend les tumeurs originaires de la pars distalis, le type II celles originaires de la pars tuberalis et le type III celles des cellules résiduelles de la poche de Rathke. Seuls les adénomes suprasellaires de type III n'ont pas de connexion avec l'adénohypophyse et peuvent donc être considérés comme des adénomes ectopiques. La distribution de ces tumeurs en terme de production hormonales est la suivante : 30% sécrètent de la prolactine (PRL), 20% de l'ACTH, 10% de la GH et de la TSH et 30% sont non sécrétant. Cette répartition est légèrement différente de celle des adénomes hypophysaires classiques : (48%PRL, 10%GH, 6%ACTH, 1%TSH, 35% non-fonctionnels). Cette différence pourrait s'expliquer par les sous-types cellulaires dont proviennent les ESPAs et leurs caractéristiques de migration lors

de l'embryogenèse. Les stratégies chirurgicales de ces tumeurs restent débattues. La voie transsphénoïdale (TSS) semble être une voie d'abord plus simple mais la voie d'abord transcranienne (TCS) est toujours privilégiée dans certains cas particuliers (emprise des carotides ou des sinus caverneux dans la tumeur, vascularisation importante).

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-112

Malformation de Chiari I chez l'enfant : évaluation d'une série de 99 patients traités entre 2001 et 2017

Theo Broussolle, Pierre Aurélien Beuriat, A.Szathmari, F.Di Rocco, Sehya Mob, C.Mottolese*.
Lyon, France.

Adresse e-mail : carmine.mottolese@chu-lyon.fr

Introduction : La malformation ou anomalie de Chiari de type I représente une pathologie bien connue mais toujours discutées pour la symptomatologie clinique, le traitement chirurgical, les résultats. Nous rapportons l'analyse d'une série des patients traités entre 2001 et 2017.

Matériel et méthodes : 99 patients ont été traités pour une malformation de Chiari de type I. L'âge est compris entre 8 mois et 17 ans et l'âge moyenne au moment de la chirurgie a été de 10 ans. 71 % des enfant présentaient des céphalées qui sont dans 34% des cas atypiques. 11% des patients présentent une syndrome cérébelleuse et 12% des vertiges. 29% des patients ont de troubles sensitivomoteur et 5% un atteinte des nerfs crâniens et chez 5% un apnée du sommeil. Chez 26% des patients la symptomatologie clinique a été caractérisé par une syndrome d'hypertension intracrânienne. Une syringomyélie a été décelé chez 25% des patients ainsi qu'une hydrocéphalie. Tous les patients ont été traités par décompression osseuse occipitale, ouverture de l'arc postérieure de C1, résection du ligament occipito-atlantoïdien, ouverture de la dure mère et greffon en goretex. Chez 5 patients une stabilisation occipito-cervicale a été associé. 5 patients ont été opéré pour une ventriculo-cisterno-stomie endoscopique, 4 patients ont eu une coagulation des tonsilles cérébelleuses et 2 une aspiration. 1 patient a été traité avec dérivation syringo-peritoneale avec valve et 1 patient avec syringostomie sous-arachnoïdienne. Le taux de complications globale de la série a été de 4%.

Résultats : Les résultats ont été jugé bon dans 85% des cas avec un suivi moyen de 4 ans. La scoliose a été amélioré dans 50% des cas et la syringomyélie dans 80% des cas. Si on fait référence au résultats sur les différents signes cliniques les céphalées ont été amélioré dans 68% des cas, les troubles cérébelleux dans 88%, les vertiges dans 78%, les nausées et vomissements dans 67%, les autres signes dans 75% des cas. Lorsque on considère la syringomyélie les formes dorso-lombaires le taux d'amélioration (89%) est légèrement plus important que pour les formes cervicales (82%).

Conclusion : La malformation de Chiari I nécessite un traitement chirurgical lorsqu'elle est symptomatique. L'évaluation des signes cliniques reste important pour avoir un bon résultat clinique. Notre analyse montre que la descente des tonsilles favorise plutôt l'hydrocéphalie que la dilatation du canal endymaire. La tonsillectomie doit être réservée chez l'enfant seulement dans les formes sévères et leur coagulation se révèle aussi efficace.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P-113

Amygdalo-hippocampectomie sélective trans T1 antérieur

G. Vaz, E. Hennebicq, R. El Tahry, S. Ferrao, A. Boschi, C. Raftopoulos. *Louvain, Belgique*
Adresse e-mail : Adresse e-mail : jose.ribeirovaz@uclouvain.be

Introduction : l'amygdalo-hippocampectomie sélective (AHSel) au travers du tiers antérieur de T1 (TT1A) est une technique décrite par de rares auteurs, mais sans série rapportée. Cependant éviter l'ouverture de la fissure sylvienne en préservant la voie optique est une méthode chirurgicale séduisante. Nous rapportons notre expérience concernant nos premiers cas ainsi opérés.

Matériel et Méthodes : Une AHSel par voie TT1A consiste à réaliser sous neuronavigation (BrainLab, Allemagne) une incision d'environ 10 millimètres dans l'aire de Brodman 38 de T1, de longer l'insula et d'atteindre la pointe de la corne temporale du ventricule afin de réséquer l'hippocampe, le fornix et une grande partie de l'amygdale et du para hippocampe. Les patients ont été suivis en pré et postopératoire non seulement par l'équipe neurochirurgicale mais aussi par un neurologue et par un neuro-ophtalmologue.

Résultats : Six patients consécutifs ont bénéficié de cette approche TT1A. La moyenne du temps opératoire fut de 72 minutes. L'hospitalisation n'a pas dépassée 5 jours. Aucune complication d'amputation du champ visuel n'est à rapporter. A minimum six mois de l'intervention, à part la première patiente de la série qui est classée dans un stade ILAE3 (c'est-à-dire, 1 à 3 jours de crises par an), les patients ont présenté une disparition de leur crise d'épilepsie.

Conclusion : L'AHSel par voie TT1A apparaît dans cette série préliminaire rapide d'exécution et préservant la voie optique. Ces résultats nous conduisent à poursuivre l'utilisation de cette voie d'abord pour la réalisation des AHSel.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P- 114

Méningiome de la convexité calcifié : un diagnostic radiologique difficile. A propos d'un cas

G. Gader, M. Badri, M. Zouaghi, M. Rkhami, K. Bahri, I. Zammel, *Ben Arous, Tunisie*
gastghagad@yahoo.fr

Introduction : Les méningiomes représentent une des lésions intracâniennes les plus étudiées. Leur bénignité histologique les classe parmi les lésions de meilleur pronostic en neurochirurgie. Néanmoins certaines de leurs particularités pourraient en fausser le diagnostic ou aboutir à une évolution incertaine. On rapporte un cas atypique d'un méningiome dont la présentation radiologique sous forme d'une lésion calcifiée volumineuse dont l'aspect est peu équivoque.

Observation : On rapporte le cas d'une patiente âgée de 83 ans hypertendue sous traitement. Son histoire remonte à une année par l'installation progressive de troubles du langage par manque de mots, jusqu'à une semaine avant l'admission avec altération de l'état neurologique et installation d'un état grabataire. A l'examen à l'admission la patiente avait un GCS à 10/15 sans autres signes de localisation. La TDM cérébrale avait mis en évidence une lésion extra axiale fronto-temporale gauche à double composante : centrale iso dense, et périphérique spontanément hyperdense bien limitée semblant par endroits en continuité avec le crâne, entourée d'un discret œdème péri lésionnel exerçant un effet de masse sur les structures médianes. Vu la non spécificité radiologique de la lésion, un complément par IRM cérébrale avait été demandé mettant en évidence une lésion largement implantée sur la voute fronto-temporale gauche à double composante : centrale en iso T1 iso T2 se rehaussant d'une façon homogène et intense après injection de PDC, et périphérique en hypo T1 hypo T2 ne se rehaussant pas après injection de PDC et de tonalité calcifiée en T2* (Figure n°2). La patiente a été opérée en urgence après avoir aggravé son état neurologique. En peropératoire a été faite l'exérèse d'une lésion calcifiée semblant s'insérer sur la dure mère. L'examen anatomopathologique a conclu à un méningiome rhabdoïde. La patiente est décédée à J8 post opératoire d'une défaillance respiratoire.

Discussion : Les calcifications intracrâniennes sont fréquentes. Lorsqu'elles sont solitaires ou multiples, elles sont définies comme étant des calculs cérébraux. Ces pathologies se produisent beaucoup moins fréquemment que les calcifications intracrâniennes. La fréquence de l'ossification au cours des méningiomes est rare, de l'ordre de 1%. L'hémorragie et la nécrose sont considérées comme responsables de nombreux cas de calcification dans les tumeurs intracrâniennes. Ces lésions posent un problème diagnostique différentiel, surtout quand il s'agit d'une calcification solitaire et volumineuse. La pathologie sous-jacente de la calcification est généralement bénigne. Ces lésions posent un problème quand à la stratégie thérapeutique, étant donné qu'elles ne sont ni curetables ni dissécables, de sorte que l'élimination n'est possible que par forage ou excision en bloc.

Conclusion : Les calcifications intracrâniennes sont fréquemment rencontrées en pratique neurologique et neurochirurgicale. Elles peuvent poser un problème diagnostique lorsque volumineuses. Leur diagnostic étiologique peut parfois être difficile malgré le progrès des moyens d'investigation.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.