

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.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.108>

P-102

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

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : drkoukikmar@gmail.com (K. Kouki)

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 tetra parésie ainsi que de troubles de la conscience. L'imagerie a montré la une 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.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.109>

P-103

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

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gastghagad@yahoo.fr (G. Gader)

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 socio-professionnel 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 postopératoire 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).

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.110>

P-104

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

F. Di Rocco*, A. Szathmari, C. Paulus, T. Broussole, K. Sweeney, P.A. Beuriat, A. Gleizal, C. Mottolise

Lyon, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : federico.dirocco@chu-lyon.fr (F. Di Rocco)

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.