

P-114

Amygdalo-hippocampectomie sélective trans T1 antérieur

G. Vaz*, E. Hennebicq, R. El Tahry, S. Ferrao, A. Boschi, C. Raftopoulos

Louvain, Belgique

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jose.ribeirovaz@uclouvain.be (G. Vaz)

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 post-opératoire 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. À 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.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.121>

P-115

Méningiome de la convexité calcifié : un diagnostic radiologique difficile. À propos d'un cas

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

* Auteur correspondant.

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

Introduction Les méningiomes représentent une des lésions intracrâniennes les plus étudiées. Leur bénignité histologique les

classes 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*. 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 postopératoire 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 quant 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.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.122>