

P-13

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

I. Takbou*, N. Mentry, K. Djoulane, H. Bellhcene, K. Youbi, S. Tliba

Béjaia, Algérie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : drtakbou@gmail.com (I. Takbou)

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. À 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.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.020>

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. Poeata Iasi, Roumanie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : danielrotariu@icloud.com (D. Rotariu)

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 proxi-



mité 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 adénomateuses, dont 5 mucocèles, 2 fuites de LCR, 1 encéphalocèle, 2 méningiomes de base, 1 tumeur orbitaire, 7 tumeurs rhinosinusoïdales, 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.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.021>

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

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : roland.jabre@gmail.com (R. Jabre)

Introduction La maladie de Cushing est une pathologie débilitante 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 trouvaillages 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.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.022>

P-16

Gliosarcome cérébral : à propos de 19 cas

F. Kolsi, A. Meddeb*, B. Kammoun, H. Mechergui, F. Jarra, Z. Boudawwara

Sfax, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : roland.jabre@gmail.com (A. Meddeb)

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 postopératoire 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.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.023>

P-17

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

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

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : i.stella@chru-nancy.fr (I. Stella)

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. Au total, 17/38 enfants ont bénéficié d'un traitement chirurgical (biopsie large, debulking, exérèse subtotale). La survie sans progression tumorale (PFS) après chirurgie est définie favorable en cas d'absence de progression oncologique pour une période égale ou supérieure 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 moyenne 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 élevée est retrouvée 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.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.024>

P-18

L'efficacité de la VNS chez les enfants

C. Attieh*, B. Hannam, M. Alaywan, A. Achanakian
Beyrouth, Liban

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : christian.attieh@hotmail.com (C. Attieh)

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

