

segment C2–C3. À 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 odynophagie.

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.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.042>

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

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : alin.borha@hotmail.com (A. Borha)

Introduction Les lésions de la partie postérieure du 3^e 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 < 18 ans) 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), pinéoloblastome (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.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.043>

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

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : cedric.baltus@student.uclouvain.be (C. Baltus)

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.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.044>

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

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gilles.reuter@chuliege.be (G. Reuter)

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-narinale 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'abords 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 frontoethmoïdale 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.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.045>

P-39

Anatomie fonctionnelle et structurale du plexus triangulaire du nerf trijumeau

F. Bernard*, P.H. Mercier, M. Sindou
Angers, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bernardflorian.bf@gmail.com (F. Bernard)

Introduction Le nerf trijumeau dans le cavum trigéminal est classiquement segmenté en deux parties :

- le ganglion trigéminal ;
- 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 terminologie anatomique 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 : Med@ 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 trigéminal du cavum de Meckel. Le plexus triangulaire est une entité anatomique située dans le cavum trigéminal avec des particularités anatomiques propres : sa forme triangulaire, sa distri-

bution plexuelle siège d'une réorganisation somatotopique faisant suite au ganglion trigéminal.

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 trigéminal (schwannome, le kyste dermoïde et épidermoïde, kyste arachnoïdien).

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.046>

P-40

La lipomatose épidurale : une cause rare de lombosciatiques

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

Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : radhouane.khaled@gmail.com (K. Radhouane)

Introduction La lipomatose vertébrale épidurale (LVE) est une accumulation de tissu adipeux non encapsulé dans l'espace épidual. 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 lombosciatiques. L'IRM lombaire a montré la présence d'une formation graisseuse intracanalair compressive en regard de L4 et L5. La décompression chirurgicale a permis la disparition de la symptomatologie.

Discussion L'espace épidual 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.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.047>

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

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : radhouane.khaled@gmail.com (K. Radhouane)

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.

