

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.

