

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](mailto: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](mailto: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](mailto: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.



**Observation** Il s'agit d'un nourrisson âgé de 10 mois qui a présenté une macrocrânie évoluant depuis 2 mois et qui a été évaluée à + 3DS et mise sur le compte d'une hydrocéphalie communicante sur malformation de Dandy–Walker. Deux mois après, la macrocrânie a continué à évoluer malgré la dérivation ventriculopéritonéale fonctionnelle déjà mise en place. Une nouvelle imagerie a montré une thrombose veineuse du sinus latéral droit et du sinus sagittal supérieur dont le traitement par héparine a permis la reperméabilisation et la stabilisation du périmètre crânien.

**Discussion-Conclusion** La malformation de Dandy–Walker et ses variantes sont caractérisées par une agénésie ou hypoplasie du vermis cérébelleux, une dilatation kystique du quatrième ventricule et un élargissement de la fosse postérieure. La survenue d'une hydrocéphalie dans ce cas se voit dans 70 à 90 %. La thrombose veineuse cérébrale peut être responsable d'hypertension intracrânienne par la turgescence cérébrale et l'hydrocéphale qu'elle peut entraîner. L'association d'une thrombose veineuse cérébrale « idiopathique » et d'une malformation de Dandy–Walker est exceptionnelle. S'agit-il alors d'une coïncidence ou plutôt l'une serait la conséquence de l'autre. Dans les deux cas, leurs effets respectifs sur l'hypertension intracrânienne se potentialisent et la pérennisent.

La thrombose veineuse cérébrale, se révèle rarement par une hydrocéphalie. Le diagnostic est d'autant plus difficile sur un terrain déjà pathologique ou malformatif. L'angiographie cérébrale en temps veineux confirme le diagnostic. Le traitement repose sur une anticoagulation et le pronostic dépend du terrain.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.048>

#### P-42

### Tumeur spinale en sablier : est-ce toujours un schwannome ? À propos de deux cas d'hémangiomes épидурaux et revue de la littérature

F. Bteich\*, E. Samaha, G. Abadjian, T. Rizk

Achrafieh, Liban

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [fredbteich90@gmail.com](mailto:fredbteich90@gmail.com) (F. Bteich)

**Introduction** Une tumeur spinale en sablier évoque en premier lieu un schwannome. Nous rapportons 2 cas de lésions dorsale et lombaire, qui se sont révélées être en per opératoire des hémangiomes épидурaux.

**Observations** Le premier cas concerne un homme de 43 ans, présentant un tableau de lombosciatique mécanique L5 droite. L'IRM du rachis lombaire objective une tumeur intracanalalaire lombaire en sablier, hypoT1, hyperT2 et rehaussée par le contraste. Le second concerne une femme de 67 ans, avec syndrome de Brown Séquard et découverte à l'IRM du rachis dorsal d'une tumeur de caractéristiques similaires à celle décrite ci-dessus, au niveau D5–D6. En per-opératoire, on découvre une tumeur de couleur rouge-noirâtre, très hémorragique, extradurale dans sa totalité, qu'on résèque en bloc après coagulation des vaisseaux nourriciers.

**Résultats** Les rapports d'anatomopathologie reviennent en faveur d'hémangiomes, à prédominance capillaire pour la lésion lombaire ; une entité exceptionnelle avec 13 cas publiés, dont 2 uniquement au niveau lombaire. En post-opératoire, les patients notent une disparition complète de leurs symptômes et l'imagerie à distance confirme la résection totale. Le pronostic est favorable, sans récurrence.

**Conclusion** L'hémangiome épидурale primaire est une entité rare qui doit être évoquée dans le diagnostic différentiel de tumeurs canalaire spinale en sablier, vu les particularités per-opératoires d'exérèse.



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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.049>

#### P-43

### Carcinome épidermoïde frontal intracrânien révélé par un méningiome : à propos d'un cas et revue de la littérature

B. Merrouche\*, A. Bedjou, B. Abdennebi, L. Mahfouf  
Alger, Algérie

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [b.merrouche@yahoo.fr](mailto:b.merrouche@yahoo.fr) (B. Merrouche)

**Introduction** Un carcinome épidermoïde ou carcinome malpighien est un carcinome développé aux dépens d'un épithélium malpighien. Ce type de cancer peut être retrouvé au niveau de plusieurs organes et s'oppose classiquement à l'adénocarcinome qui se développe aux dépens d'un épithélium glandulaire. Le carcinome épidermoïde cutané, également appelé carcinome spinocellulaire, vient au deuxième rang des cancers de la peau par ordre de fréquence, après le carcinome basocellulaire. La localisation intracrânienne est exceptionnelle.

**Matériel et méthodes** Patient âgée de 70 ans aux ATCD d'HTA admise pour prise en charge d'un processus expansif intra crânien. L'examen neurologique à son admission retrouve un syndrome d'hypertension intracrânienne associée à un syndrome frontal. L'imagerie IRM montre un volumineux processus du tiers antérieur de la faux du cerveau en région frontale gauche envahissant la partie antérieure du sinus sagittal.

**Résultats** La patiente a bénéficié avec d'une exérèse tumorale macroscopiquement totale avec des suites opératoires favorables. Le profil immunohistochimique de la pièce opératoire était en faveur d'une tumeur de collision associant hémangiopéricytome de haut grade et localisation méningée d'un carcinome épidermoïde. Après deux mois la patiente présente la même clinique avec une tuméfaction en regard du site opératoire ; une imagerie fut réalisée montre une récurrence du processus tumoral comblant la cavité opératoire avec extension exo crânienne envahissant la voûte frontale et les parties molles en regard. La patiente fut réopérée, une exérèse carcinologique type Simpson 2 fut réalisée avec ablation du volet osseux.

**Conclusion** Le carcinome épidermoïde de localisation cutanée reste exceptionnelle en intracrânien.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.050>

#### P-44

### Le kyste hydatique de l'orbite : à propos de deux cas

M.I. Krifa\*, Z. Souai, R. Jdidi, K. Saadaoui, H. Krifa  
Sousse, Tunisie

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [krifa\\_med.ilyes@yahoo.fr](mailto:krifa_med.ilyes@yahoo.fr) (M.I. Krifa)

**Introduction** Le Kyste hydatique est une parasitose due au *tænia echinococcus*. Ce dernier peut se développer dans plusieurs sites de l'organisme. La localisation intra-orbitaire reste exceptionnelle et représente 1 à 2 % toutes les localisations.

**Matériel et méthodes** Les auteurs présentent une étude rétrospective de deux patientes ayant présenté une exophtalmie unilatérale par hydatitose intra-orbitaire sans autres localisations viscérales, opérée au service de neurochirurgie du CHU Sahloul-Sousse. Nous décrivons les aspects cliniques, para cliniques et thérapeutiques de cette affection rare.

