

signes associés entre autre pas céphalées, pas crise épileptique pas de troubles de la sensibilité et pas de notion de traumatisme crânien. L'examen neurologique trouve une paraplégie spastique avec des réflexes ostéotendineux vifs. L'IRM médullaire réalisée en urgence montre un rachis dégénératif sans signes de compression. La TDM cérébrale montre un hématome sous dural chronique bilatéral. Le patient a été opéré en urgence avec évacuation d'un hématome sous dural chronique bilatéral sous pression à travers quatre trous de trépan. Une amélioration clinique nette a été constatée avec régression totale du déficit moteur. 2<sup>e</sup> cas : un homme âgé de 61 ans, admis pour lourdeur des deux membres inférieurs d'installation rapidement progressive évoluant depuis 1 semaine, associé à des céphalées non calmées par le traitement médical. L'examen neurologique trouve une paraprésie avec des réflexes ostéotendineux normaux. La TDM cérébrale montre un hématome sous dural chronique bilatéral. Le patient a été opéré en urgence avec évacuation d'un hématome sous pression à travers 4 trous de trépan. Une amélioration clinique nette a été constatée en postopératoire avec disparition du déficit moteur initial

**Conclusion** Les hématomes sous-duraux chroniques peuvent se présenter par des tableaux inhabituels. Ils peuvent se développer dans en absence de toute l'histoire de traumatisme crânien, et sans aucun changement évident des les fonctions supérieures. Ils peuvent présenter une paraplégie voire une quadriplégie. Le diagnostic d'hématome sous-dural chronique doit être envisagé lorsque l'étiologie de la paraplégie ou de la tétraplégie est incertaine.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.058>

## P-52

### Radicotomies dorsales avec abord type KIDr et monitoring EMG per-opératoire

A. Joud\*, M. Sindou, I. Stella, O. Klein  
Nancy, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [a.joud@chru-nancy.fr](mailto:a.joud@chru-nancy.fr) (A. Joud)

**Introduction** La Radicotomie Dorsale, intervention ancienne indiquée essentiellement chez l'enfant diplégique spastique, peut-être réalisée selon des abords interlamaires segmentaires de type KIDr (Keyhole Interlaminar Dorsal rhizotomy) permettant un monitoring EMG per-opératoire précis. Nous rapportons les résultats des 7 premiers cas de la série nancéenne réalisés selon ses modalités. **Matériel et méthodes** Chez chaque enfant, une charte préopératoire a été établie de façon multidisciplinaire avec les objectifs attendus et la quantification de la section de chacune des racines sélectionnées. Les 7 interventions ont été réalisées selon les mêmes modalités avec abords interlamaires type KIDr et monitoring EMG per-opératoire par stimulation des racines ventrale et dorsale de toutes les racines lombo-sacrées de L2 à S2 de chaque côté réalisé avec le stimulateur Icare d'Innopsys. Un contrôle par observation-clinique des réponses motrices était également réalisé en parallèle par un kinésithérapeute. La durée d'hospitalisation fut de 9 jours en moyenne. Tous les patients ont ensuite été transféré en centre de rééducation spécialisée pour une durée de 6 semaines.

**Résultats** La durée moyenne de l'intervention était de 5h30. Aucune complication per- ou post-opératoire hormis un pseudo méningocèle n'a été observé. La spasticité a diminué chez tous les enfants à 1 mois (Ashworth de 3,3 à 1,7). Trois patients sur 7 ont eu une aggravation fonctionnelle pour le 1<sup>er</sup> mois (marche), en relation avec l'hypotonie, cette dernière a toujours récupéré à 6 mois laissant une spasticité améliorée. 5 patients ont décrits dès le 1<sup>er</sup> mois une diminution des douleurs des membres inférieurs présentes avant l'intervention. Six familles sur 7 se déclaraient satisfaites.



**Conclusion** La radicotomie dorsale réalisée avec l'abord de type KIDr et monitoring EMG per-opératoire donne des résultats satisfaisants chez l'enfant en permettant une diminution de la spasticité et une amélioration fonctionnelle.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.059>

## P-53

### Hématome intracérébral : mode inhabituel de révélation d'une leucémie aiguë lymphoblastique : à propos d'un cas et revue de la littérature

A. Hachicha\*, M. Khrifech, A. Meddeb, K. Ayadi, F. Jarraya, M.Z. Boudawara

Sfax, Tunisie

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [dr.hachicha@yahoo.fr](mailto:dr.hachicha@yahoo.fr) (A. Hachicha)

**Introduction** L'hématome intra cérébral représente 20 % de la mortalité de la leucémie aiguë lymphoblastique (LAL). Il est inhabituel que l'hématome intra cérébral soit la 1<sup>ère</sup> manifestation de la LAL. Nous rapportons un mode inhabituel de présentation d'une LAL.

**Observation** Nourrisson de sexe féminin, âgé de 1 an, sans antécédents particuliers, issue d'un mariage non consanguin, admise pour macrocrânie évoluant depuis 2 mois dans un contexte d'apyrexie et sans notion de traumatisme. L'examen a objectivé une fontanelle antérieure tendue, avec une dysmorphie faciale. La biologie a montré une hyperleucocytose à 14400, une thrombopénie à 97000 et une hémoglobine à 9,7 g/dl. La TDM cérébrale a montré une collection sous durale hémisphérique droite qui se rehausse au PDC associé à une masse temporale droite spontanément hyperdense avec ostéolyse du rocher et de l'os temporal droit. L'IRM cérébrale a conduit à un empyème hémisphérique droit avec un hématome intra parenchymateux temporal droit. En per opératoire, il s'agit d'un envahissement complet de la dure mère et de l'espace sous dural par du tissu fibreux, épais, peu vascularisé et en continuité à un hématome intra parenchymateux, dont l'évacuation complète permet la détente cérébrale. En postopératoire, on a constaté une bi-cytopenie avec une leucopénie à 1900 EB/mm<sup>3</sup> et une anémie sévère à 5,3 g/dl nécessitant sa transfusion. Le patient est décédé dans les suites opératoires précoces. L'examen anapath : Leucémie Aiguë Lymphoblastique T.

**Conclusion** L'hyperleucocytose chez un patient ayant un hématome intracérébral doit faire suspecter la Leucémie Aiguë comme cause de cet hématome. Un diagnostic rapide et précis permettra de faire le bon choix thérapeutique et d'améliorer le pronostic.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.060>

## P-54

### Tératome du rachis lombaire de l'adulte : à propos de deux cas

M. Khrifech\*, A. Hachicha, K. Ayadi, A. Maatoug, F. Jarraya, M.Z. Boudawara

Sfax, Tunisie

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [mansourkhrifech@gmail.com](mailto:mansourkhrifech@gmail.com) (M. Khrifech)

**Introduction** Le tératome rachidien lombaire intradural est rare. Il se développe plus fréquemment chez les enfants. Il est souvent associé au dysraphisme. Des antécédents de traumatisme du rachis, de ponction lombaire ou d'interventions chirurgicales sont décrits



dans quelques cas. Nous rapportons deux cas de tératome rachidien lombaire de l'adulte.

**Observations** Observation 1 : Une femme de 44 ans, consulte pour des lombalgies chroniques avec irradiation récente aux deux membres inférieures à type de lombosciatalgies bilatérales, mal systématisées, sans notion de troubles vésico-sphinctériens. L'examen trouve une discrète hypoesthésie crurale à prédominance droite sans déficit moteur évident. L'IRM lombaire montre un processus intra canalaire intra dural, bien limité en regard de L3-L4. La patiente a été opérée avec exérèse complète d'une tumeur jaunâtre à double composante kystique et charnue. L'examen histologique a conclu à un tératome mature kystique. Observation 2 : Un homme de 32 ans, consulte pour des lombosciatalgies bilatérales mal systématisées rebelles aux traitements symptomatiques sans notion de troubles vésico-sphinctériens. L'examen trouve un syndrome rachidien lombaire sans déficit sensitivo-moteur, sans signe clinique de dysraphisme. L'imagerie lombaire montre une diastématomyélie à la hauteur de L2 associée à un processus intra dural de signal hétérogène développé au dépend de l'hémi moelle gauche. Le patient est opéré avec exérèse partielle d'une lésion jaunâtre très adhérente à l'hémi moelle gauche. L'histologie a conclu à un tératome.

**Conclusion** Rares sont les séries rapportées de tératome rachidien lombaire dans la littérature. Une dysraphie spinale est souvent associée. Le tératome rachidien, non associé à une dysraphie est plus fréquent chez les nourrissons et les adolescents que chez les adultes. La localisation dorso-lombaire est la plus fréquente, en particulier au niveau du cône terminal. Le traitement curatif de cette tumeur est sa résection totale. Elle ne nécessite aucun traitement adjuvant.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.061>

## P-55

### Tumeur embryonnaire avec rosettes maligne supratentorielle type ETMR (Embryonal Tumor with Multi-layered Rosettes) : une entité rare

Z. Souei\*, M.I. Krifa, K. Saadaoui, R. Jdidi, H. Ben Selma, H. Krifa Sousse, Tunisie

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [zohra.souei@gmail.com](mailto:zohra.souei@gmail.com) (Z. Souei)

**Introduction** Les tumeurs embryonnaires avec les rosettes multicouches (ETMR) sont des tumeurs cérébrales rares et mortelles qui affectent principalement des enfants aux dessous de l'âge de 4 ans. On trouve 300 cas enregistrés dans le monde mais probablement il existe d'autres car cette tumeur est souvent mal diagnostiquée. Les tumeurs embryonnaires avec des rosettes multicouches (ETMR), incluant une tumeur embryonnaire avec un neuropil abondant et de vraies rosettes (ETANTR), ainsi qu'un épéndymoblastome (EBL) : constituent une entité distincte de la famille des tumeurs neuroectodermiques primitives (PNET). Ils surviennent surtout chez les enfants de moins de 2 ans. Dans la littérature, la localisation de la tumeur primitive est le plus fréquemment en supra tentorielle avec des signes d'hypertension intracrânienne. Le traitement de l'ETMR commence habituellement par une résection chirurgicale maximale. Le rôle du traitement adjuvant par chimiothérapie et/ou radiothérapie n'a pas encore été bien établi pour cette maladie.

**Observation** Nous rapportons le cas d'une fillette de 3 ans qui se présente aux urgences pour des crises convulsives toniques. Son examen neurologique et ophtalmologique sont sans particularités. L'exploration radiologique (scanner, IRM cérébrales) montre un processus expansif frontal droit sans effet de masse ni oedème péri lésionnel. La patiente est mise sous traitement antiépileptique avec surveillance clinique et radiologique. L'évolution a été

marquée par une reprise 1 mois plus tard, des crises convulsives associée à l'installation rapidement progressive des signes d'HTIC et une lourdeur de l'hémicorps gauche. L'IRM cérébrale objective la présence d'un volumineux PEIC fronto-temporo-pariétal droit à double composante kystique, charnu et des calcifications. L'exérèse chirurgicale totale a été effectuée lésion et l'examen anatomopathologique conclu à une tumeur embryonnaire type ETMR selon la classification OMS 2016. Deux mois plus-tard la patiente a été réopérée avec le même résultat à l'examen anatomopathologique suivie d'une chimio puis radio thérapie. la patiente est décédée 8 mois plus tard.

**Conclusion** ETMR sont des tumeurs cérébrales rares du jeune enfant. Un diagnostic biologique avec immunohistochimie LIN28A et la recherche de l'amplification du locus 19q13.42 doivent être systématiquement effectués pour assurer le diagnostic.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.062>

## P-56

### Anévrysme carotido-ophtalmique révélé par une cécité monoculaire brutale : à propos d'un cas et revue de la littérature

A. Maatoug\*, G. Gader, M. Zouaghi, M. Badri, M. Rkhami, K. Bahri, I. Zammel  
Tunis, Tunisie

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [ahmedmaatoug52@hotmail.fr](mailto:ahmedmaatoug52@hotmail.fr) (A. Maatoug)

**Introduction** Les troubles visuels ont de multiples étiologies neurologiques qui peuvent être causées par des lésions se développant au niveau des régions sellaires ou suprasellaires comprimant le nerf optique. Les anévrysmes à la jonction de l'artère ophtalmique avec l'artère carotide interne sont rares.

**Matériel et méthodes** Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 57 ans, hypertendue sous traitement, admise pour cécité gauche et céphalées d'installation brutale survenues une semaine avant l'admission. L'examen a retrouvé une patiente consciente non déficitaire, avec absence de signes méningés. L'examen des ophtalmologiques note une cécité totale de l'œil gauche avec un strabisme convergent du même œil. Un scanner cérébral a montré une hémorragie méningée interhémisphérique. L'angio IRM a mis en évidence un anévrysme sacculaire carotido-ophtalmique gauche. La patiente a bénéficié d'une embolisation de l'anévrysme en question avec des suites marquées par une récupération partielle de l'acuité visuelle de l'œil gauche cotée à 2 sur 10.

**Discussion** Les anévrysmes carotidiens-ophtalmiques représentent environ 5 % de tous les anévrysmes intracrâniens. Elles sont les moins susceptibles de se rompre. Elles peuvent causer des symptômes même lorsque non rompus. Ces manifestations sont principalement représentées par une baisse de l'acuité visuelle et une paralysie oculomotrice. La perte visuelle monoculaire peut être une complication sous-estimée des hémorragies sous arachnoïdiennes. Un examen ophtalmologique soigneux faciliterait le diagnostic précoce et la prise en charge des déficits visuels.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.063>

