

Matériel et méthodes On rapporte le cas d'une patiente opérée d'une tumeur frontale intra parenchymateuse, s'avérant à l'examen histologique un neurocytome extra ventriculaire. Il s'agit d'une femme âgée de 37 ans sans antécédent pathologiques particuliers qui a présenté des crises convulsives tonico-cloniques généralisées non équilibrées par le traitement médical. L'examen neurologique a été sans particularités. L'IRM cérébrale a montré un processus expansif intracrânien frontal droit. La patiente a été opérée avec exérèse macroscopiquement totale d'une lésion frontale droite ferme de couleur rosâtre assez distincte du parenchyme cérébral facilement dissécable, avec suite opératoire simple. L'examen histologique a conclu à un neurocytome extra ventriculaire de grade II.

Conclusion Les neurocytomes extra ventriculaires sont des tumeurs rares associant des cellules gliales et une différenciation neuronale. La chirurgie combinée à la radiothérapie, offrent un bon résultat. Les données de la littérature sont limitées, rendant difficile de dicter un protocole thérapeutique. Le rôle du traitement adjuvant est encore discutable et doit encore être validé.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.067>

P-61

Rejet de cage intersomatique dans la chirurgie de la myélopathie cervico-arthrosique sur hernie discale cervicale : une complication insolite

I. Takbou*, N. Mentri, K. Djoulane, H. Bellahcene, S. Zidani, S. Tliba

Béjaia, Algérie

* Auteur correspondant.

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

Introduction La chirurgie du rachis cervical dégénératif peut être émaillée de certaines complications (infectieuses, mécaniques, neurologiques, fistules oesotrachéales ou de LCS). Nous rapportons un cas de rejet d'une cage intersomatique par voie buccale lors d'un effort d'une toux chez un patient opéré pour hernie discale cervicale.

Observation Il s'agit d'un homme âgé de 58 ans, sans antécédents médicaux notables. Sur le plan clinique, il a présenté un syndrome de compression médullaire cervicale fait d'un syndrome pyramidal aux quatre membres avec troubles sensitifs à type de parésie grade 4 de Nurick. La neuroimagerie (TDM et IRM cervicale) a retrouvée une myélopathie cervico-arthrosique sur hernie discale à hauteur de C3C4. Un abord antérieur a été effectué avec discectomie C3-C4 et mise en place d'une cage intersomatique. Les suites opératoires immédiates ont été simples avec une bonne récupération sur le plan moteur hormis une gêne à la déglutition. Après une année d'évolution, le patient a rapporté l'expulsion d'un corps étranger (la cage intersomatique) lors d'un effort de toux. Une radiographie du rachis cervical revenue l'absence de la cage. La fistulographie oesophagienne est revenue sans anomalies.

Discussion Les complications classiques dans la chirurgie du rachis cervical avec mise en place d'une cage intersomatique sont les déplacements secondaires antérieurs (avec risque d'atteinte oesotrachéale) ou (postérieurs avec risque d'atteinte radiculo-médullaire). Ces déplacements pourraient être liés à un problème technique (malposition de la cage, dimensions non adaptées) engendrant l'absence de fusion corporelle. Le rejet pourrait aussi être lié à une intolérance d'ordre immunitaire du patient au corps étranger (cage intersomatique).

Conclusion Le rejet de la cage somatique par voie buccale est une complication extrêmement rare et insolite. Sa survenue n'a pas été rapporté auparavant comme une complications de la chirurgie du rachis cervical. Il nous semble qu'il s'agit du premier cas décrit dans la littérature.



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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.068>

P-62

Tumeur rhabdoïde térétoïde atypique : à propos de six cas

I. Cherif*, B. Kammoun, F. Kolsi, A. Maatoug, F. Jarraya, M.Z. Boudawara

Sfax, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ines.cherif114@gmail.com (I. Cherif)

Introduction Les tumeurs rhabdoïdes malignes sont des tumeurs rares mais extrêmement agressives. Les localisations principales sont le système nerveux central, le rein ou d'autres tissus mous. Elles représenteraient 2 à 3 % des tumeurs cérébrales pédiatriques. Ces tumeurs sont dotées d'un très mauvais pronostic avec une médiane de survie de 6 à 11 mois. Aucun protocole thérapeutique actuel n'a pu démontrer son efficacité.

Matériel et méthodes Nous rapportons une étude rétrospective de 6 cas de tumeur rhabdoïde maligne du système nerveux central colligés dans le service de neurochirurgie CHU HB Sfax.

Résultats L'âge moyen des patients a été de 10 ans dont cinq étaient des enfants. La symptomatologie clinique a été dominée par un syndrome d'hypertension intracrânienne. L'imagerie par résonance magnétique a révélé un processus tumoral hétérogène localisé respectivement dans le tronc cérébral (un cas), insulaire (un cas), temporofrontal (trois cas) et médullaire (un cas). Le diagnostic a été porté sur l'examen histologique couplé à des études immunohistochimiques en montrant une prolifération de cellules de grande taille dont le cytoplasme était chargé d'une inclusion hyaline positive pour la vimentine et la kératine en faveur d'une tumeur térétoïde rhabdoïde atypique. Une radiothérapie adjuvante a été indiquée pour deux patients. L'évolution a été marquée par une récurrence tumorale dans deux cas. Le décès est survenu pour les six patients après un recul maximal de 18 mois.

Conclusion La tumeur rhabdoïde maligne du système nerveux central constitue une des tumeurs les plus agressives et les plus malignes pour laquelle un protocole thérapeutique efficace n'a pas encore été décrit.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.069>

P-63

Lymphome de burkitt chez l'enfant de localisation cérébrale : à propos d'un cas

S. Zidani*, K. Izirouel, H. Khechfoud, K. Djoulane, N. Mentri, S. Tliba

Béjaia, Algérie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : drszidani@gmail.com (S. Zidani)

Introduction Le lymphome de Burkitt (LB) est un cancer appartenant au groupe des lymphomes malins non-Hodgkiniens (LMNH) caractérisée par la prolifération monoclonale lymphoblastique de cellules B particulières appelées cellules de Burkitt. C'est la première hémopathie maligne de l'enfant africain.

Observation Nous rapportons une illustration clinique d'un de lymphome de burkitt de localisation cérébrale d'un enfant âgé de 7 ans. Cliniquement, il présentait une somnolence, un syndrome d'hypertension intracrânienne et un syndrome cérébelleux. La TDM cérébrale a objectivé un processus de la fosse cérébrale postérieure compliqué d'une hydrocéphalie tri ventriculaire. Une dérivation ventriculo-péritonéale suivie d'une chirurgie décompressive ont



été effectuées dans le cadre de l'urgence puis l'enfant était repris pour exérèse large de la tumeur. L'étude anatomopathologique retrouve une prolifération cérébelleuse d'une localisation lymphomateuse B. L'enfant a été orienté vers un centre d'oncologie.

Discussion Trois variantes cliniques décrites dans la littérature : la forme endémique appelée lymphome de Burkitt africain, la forme sporadique observée en occident et le LB lié à l'infection par le VIH. Le traitement du lymphome de Burkitt est essentiellement basé sur une chimiothérapie intensive de quelques mois en association avec du rituximab.

Conclusion Des progrès thérapeutiques importants ont été enregistrés améliorant nettement la survie des patients, permettant de noter sa chimio sensibilité. Malgré ces progrès thérapeutiques, il n'y a pour l'instant aucun protocole thérapeutique universellement admis ; ce qui explique les variétés des protocoles utilisés par la plupart des auteurs.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.070>

P-64

Maladie de Rosaï–Dorfman mimant un méningiome : à propos d'un cas

G. Gader*, M. Badri, M. Zouaghi, M. Rkhami, K. Bahri, I. Zammel Ben Arous, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gastghagad@yahoo.fr (G. Gader)

Introduction La maladie de Rosaï–Dorfman est définie comme étant une lymphohistiocytose bénigne, impliquant généralement les ganglions lymphatiques, et qui se présente généralement par des adénopathies massives avec une histiocytose sinusienne. Des atteintes extraganglionnaires peuvent être assez couramment rencontrées. Toutefois les localisations nerveuses de la maladie de Rosaï–Dorfman sont très rares. Nous rapportons le cas d'une patiente traitée pour une lésion initialement étiquetée comme un méningiome, dont l'examen anatomopathologique en a révélé la nature histiocyttaire traduisant une localisation endocrânienne de la maladie de Rosaï–Dorfman.

Observation Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 35 ans, dyslipidémique, porteuse d'une obésité morbide, qui s'est présentée pour un tableau fait de céphalées, vertiges, comitialité et lourdeur de l'hémicorps droit. Cette symptomatologie est survenue d'une façon insidieuse durant 2 ans. L'examen a permis d'objectiver une hémiparésie droite. L'IRM cérébrale a mis en évidence la présence d'un processus expansif intracrânien extraaxial pariétal gauche dont les caractéristiques concordaient avec la description sémiologique d'un méningiome. La patiente a été opérée. Une exérèse complète de la lésion a pu être effectuée. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique a conclu à une histiocytose hémophagocytaire : Maladie de Rosaï–Dorfman. Aucun traitement adjuvant n'a été proposé à la patiente.

Conclusion La maladie de Rosaï–Dorfman mimant un méningiome est très rare et ne peut être diagnostiquée en préopératoire en dehors des cas où s'y associent des manifestations systémiques de l'histiocytose. Les données radiologiques sont identiques à celles du méningiome. L'exérèse complète de la lésion intracrânienne permet d'obtenir une guérison de la localisation nerveuse. Néanmoins, un suivi d'au moins 5 ans est recommandé par la plupart des auteurs pour détecter les rechutes précoces.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.071>

P-65

Candidose cérébrale à révélation hémorragique : à propos d'un cas

S. Zidani*, H. Khechfoud, K. Izirouel, I. Takbou, S. Tliba Béjaia, Algérie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : drszidani@gmail.com (S. Zidani)

Introduction Les mycoses du système nerveux central (SNC) semblent de plus en plus fréquentes, même si les données épidémiologiques sont peu précises. Ceci est lié à l'amélioration de nos connaissances et des moyens diagnostiques de ces affections mais aussi à la multiplication des actes thérapeutiques ou diagnostiques, comme les cathétérismes. La physiopathologie exacte de l'atteinte du système nerveux central par le candida demeure inconnue. L'hypothèse la plus couramment retenue est celle d'une dissémination hématogène à partir de sites périphériques variés.

Observation Nous rapportons un cas d'une candidose cérébrale, révélé par un syndrome d'hémorragie cérébroméningée chez un enfant de 11 ans, aux antécédents de valvulopathie opérée à deux reprises. À l'admission enfant comateux, l'imagerie retrouve un volumineux hématome intraparenchymateux opéré en urgence. En per-opératoire une formation bien organisée avec une capsule bien identifiée constatée après évacuation de l'hématome. Étude anatomopathologie révèle un aspect de spores et filaments évoquant une candidose.

Discussion Le premier cas de candidose cérébrale a été rapporté par Heller en 1895. L'atteinte vasculaire dans les candidoses disséminées est rare, mais peut être responsable d'un infarctus cérébral, d'une nécrose hémorragique et d'anévrisme mycotique. Outre la prise en charge de l'hypertension intracrânienne et des troubles neurologiques, la chirurgie conserve une place importante dans la thérapie des infections fongiques cérébrales, permettant une certitude histologique. La mortalité est élevée en raison des délais diagnostiques et thérapeutiques fréquents et de la gravité de ces infections chez les patients affaiblis.

Conclusion Le traitement chirurgical contribue au diagnostic des lésions expansives et doit être complété par un traitement antifongique. La prise en charge thérapeutique repose sur des recommandations de faible grade qui ne précisent pas la durée de traitement et n'intègrent pas les nouvelles molécules disponibles.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.072>

P-66

Adénome hypophysaire mixte à GH et à Prolactine : à propos d'1 cas

A. Elmamoune*, S.M. Salih

Nouakchott, Mauritanie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : abdamamo@yahoo.fr (A. Elmamoune)

Introduction Les adénomes hypophysaires à sécrétion mixte à Growth Hormone (GH) et à prolactine sont exceptionnels. Si le diagnostic est facile sur les données cliniques radiologique et biologique, le traitement reste discutable.

Observation Nous rapportons le cas d'un patient de 50 ans qui présente une acromégalie d'installation insidieuse évoluant depuis 5 ans. Elle est associée à une baisse progressive de l'acuité visuelle. Le bilan radiologique montre une volumineuse lésion expansive intra et suprasellaire. Le bilan biologique montre un taux de prolactine à 4 chiffres et un taux de GH et d'IGF1 élevé. Il fut traité par agonistes dopaminergique (Cabergoline).

Résultats L'évolution a été marquée par une amélioration rapide de l'acuité visuelle au bout de 4 mois ainsi qu'une diminution de la taille de la tumeur et du taux sanguin de la GH et de la prolactine. Par la suite il a été noté une disparition quasi-totale de la tumeur et une