

Résultats L'âge moyen est de 38,5 avec légère prédominance masculine et un sex-ratio de 1,5. La symptomatologie clinique était dominée par des crises d'épilepsies. Le cavernome était solitaire dans tous les cas, la localisation sus tentorielle était la plus fréquente. L'IRM a été réalisé chez la majorité des patients et le diagnostic a été positif dans tous les cas avec une corrélation radio-histologique à 92 %. Le traitement était chirurgical dans tous les cas. L'exérèse était totale dans 97 % avec ou sans ablation de la gliose réactionnelle et subtotalaire dans 3 % des cas. L'examen anatomopathologique a permis le diagnostic histologique pour notre série. L'évolution a été marquée par une amélioration de l'état neurologique dans 80 % et un état stationnaire chez 13 %.

Conclusion À côté du diagnostic précoce, de l'exérèse macroscopiquement totale, une surveillance à long terme par IRM s'impose vu le risque de récurrence. Le pronostic des cavernomes dépend de l'état clinique du patient au moment du diagnostic et du siège de la malformation, ainsi est-il d'autant meilleur que l'acte chirurgical est précoce.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.080>

P-74

Chordome rachidien du filum terminal : une localisation exceptionnelle

B. Loukil*, M. Badri, M. Rkhami, M. Chabaane, K. Bahri, I. Zammel

Ben Arous, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bilel.loukil@hotmail.fr (B. Loukil)

Introduction Les chordomes sont des tumeurs rares dans l'axe crano-spinal provenant des restes notochordaux persistants fréquemment observés dans la base du crâne et la région sacro-coccygienne. De rares cas de localisation intradurale sont signalés. A travers ce cas rapporté et une revue de la littérature, nous précisons les particularités cliniques et radiologiques de cette lésion.

Observation Une femme de 44 ans a été admise avec une faiblesse progressive des membres inférieurs. L'examen radiologique a montré une masse intra-durale attachée au filum terminale. La masse a été totalement réséquée sans incidents. L'examen anapathologique a conclu à un chordome.

Conclusion Le chordome de la queue de cheval est une tumeur rare dont le diagnostic peut être évoqué sur les données radiologiques mais seulement l'examen anatomo pathologique pourra apporter la confirmation diagnostique.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.081>

P-75

Epilepsie et tumeurs gliales : série de 61 cas

B. Loukil*, M. Badri, M. Rkhami, M. Ben Salem, K. Bahri, I. Zammel

Ben Arous, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bilel.loukil@hotmail.fr (B. Loukil)

Introduction L'épilepsie est une manifestation fréquente chez les patients atteints de tumeurs cérébrales. Les crises épileptiques sont inaugurales et vont amener à la découverte de la lésion cérébrale, mais des crises plus tardives dans l'évolution de la maladie peuvent également se rencontrer. On se propose d'analyser les particularités épidémiologiques, cliniques et radiologiques des tumeurs gliales, d'évaluer les résultats cliniques et évolutifs de l'épilepsie après

un traitement médico-chirurgical et de rechercher d'éventuels facteurs pronostiques dans le contrôle et la prise en charge de l'épilepsie préopératoire secondaire aux tumeurs gliales.

Matériel et méthodes Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive mono-centrique ayant porté sur 61 patients opérés pour une tumeur gliale et qui ont présenté dans le cours évolutif de leur maladie une épilepsie. Ces patients sont colligés au service de neurochirurgie du Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés de Ben Arous, sur une période allant de octobre 2012 à décembre 2015.

Résultats L'âge moyen de nos patients était de 47,85 ans. Vingt-quatre malades ont présenté des crises épileptiques en préopératoire dont 5 seulement étaient connus épileptiques. La moyenne des crises calculée par rapport à tous les malades est de 1,79 crises/mois. Dix-sept patients ont présenté des crises généralisées et 7 patients ont présenté des crises focales. Deux patients ont fait un état de mal épileptique. Le scanner cérébral a été réalisé chez 72,13 % des cas, l'IRM morphologique a été réalisée chez 88,52 % des cas et l'IRM multimodale a été réalisée chez 24,6 % des cas. Les localisations préférentielles des lésions étaient frontale dans 29 % des cas et temporale dans 15 % des cas. Sur le plan thérapeutique, 73,77 % des patients ont bénéficié d'un traitement antiépileptique en préopératoire. Tous les malades ont bénéficié d'un traitement chirurgical. L'épilepsie comme complication post-opératoire a été notée chez les 37 patients qui n'ont pas fait de crises épileptiques en préopératoire, soit 60,6 % des cas. L'examen anatomopathologique a conclu à une tumeur gliale de bas grade chez 32,8 % des cas et à une tumeur gliale de haut grade chez 67,2 % des cas. Pour les 37 patients qui ont fait une épilepsie en postopératoire, ils étaient tous bien équilibrés sous traitement antiépileptique. Pour les 24 patients qui ont fait une épilepsie en préopératoire, presque les deux tiers de cette population ont été classés Engel I. Respectivement 37,4 % et 40 % de ces patients ont continué à faire des crises épileptiques à 6 et à 12 mois postopératoire ce qui a permis de les classer soit Engel II soit Engel III. La majorité des patients classés Engel II et Engel III avaient des tumeurs gliales de bas grade. Le contrôle postopératoire de l'épilepsie pour ces 24 patients a été évalué selon différents critères. Seulement la durée d'évolution des crises épileptiques en préopératoire avait une valeur statistiquement significative ($p=0,003$) dans le contrôle postopératoire de l'épilepsie.

Conclusion L'épilepsie est un effet collatéral et souvent dévastateur des tumeurs gliales. Le contrôle de cette épilepsie est plus difficile pour les gliomes de bas grade par rapport aux gliomes de haut grade. La gestion de cette pathologie est un problème quotidien pour les patients porteurs d'une tumeur gliale qui ne doit pas se limiter à une vision épileptologique mais doit intégrer le risque oncologique global.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.082>

P-76

Les anévrismes de la bifurcation carotidienne : difficultés opératoires

H. Mnakri*, S. Bouali, M.D. Yedeas, I. Ben Said, J. Kallel, H. Jemel Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : helamnakri@gmail.com (H. Mnakri)

Introduction Les anévrismes de la bifurcation de l'artère carotide interne représentent 5 % de tous les anévrismes intracrâniens. Ces anévrismes ont tendance à se produire chez des patients relativement jeunes.

La chirurgie est considérée difficile en raison de la relation étroite avec les artères perforantes.

Matériel et méthodes Nous avons opéré treize patients avec des anévrismes de la bifurcation carotidienne, les deux tiers ont été rompus, tous nos patients ont été opérés par voie ptériale.

Résultats La moyenne d'âge est de 26 ans. Dans quatre cas, les anévrysmes sont multiples, deux sont associés à une artère communicante antérieure, dans un cas à une artère choroïdienne antérieure et dans un cas à une artère communicante postérieure du même côté.

Conclusion Il n'existe aucun traitement préventif permettant d'éviter la formation d'un anévrysme, lésion dont la survenue est fortement conditionnée par des facteurs congénitaux et parfois héréditaires. Ainsi il fallait mieux explorer les techniques micro chirurgicales pour les mieux prendre en charge.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.083>

P-77

Denosumab et sa place dans le traitement des tumeurs à cellules géantes avec kyste anévrysmal secondaire récidivantes du rachis lombaire : à propos d'un cas

C. Fakhfakh*, H. Ammar, S. Achoura, K. Radhouen, R. Chkili, M. Yedeas

Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Chaden.Fakhfakh@gmail.com (C. Fakhfakh)

Introduction La prise en charge thérapeutique des tumeurs à cellules géantes (TCG) lombaires à composante lytique reste difficile vue la fréquence des récidives locorégionales, parfois inextirpables à cause de ses rapports avec des structures neuro-vasculaires vitales. Le Denosumab est un anticorps anti-RANKL qui est un inhibiteur de la différenciation des ostéoclastes ayant un rôle majeur dans la genèse des TCG et dans certaines lésions apparentées sur le plan histologique comme le kyste osseux anévrysmal. L'objectif est de reporter l'importance de ce traitement dans les TCG du rachis lombaire récidivantes après traitement chirurgical.

Observation Nous reportons le cas d'un patient ayant été opéré à plusieurs reprises pour une TCG avec kyste anévrysmal secondaire au dépend de la troisième vertèbre lombaire. Un an après la première intervention chirurgicale, avec exérèse jugée complète, le patient a présenté une récurrence tumorale locale, révélée par un syndrome de la queue de cheval et confirmée par une IRM lombaire d'où la reprise chirurgicale avec exérèse partielle d'une lésion très hémorragique et complément par une radiothérapie lombaire adjuvante. Deux ans après, le patient a présenté de nouveau un syndrome de la queue de cheval avec une récurrence tumorale comprimant le fourreau dural et les gros axes vasculaires soit l'aorte et la veine cave inférieure d'où la reprise chirurgicale marquée par une décompression insuffisante vu le problème d'hémostase. La décision thérapeutique était de mettre le patient sous Denosumab une injection de 120 mg toutes les 4 semaines pendant six mois avec une dose supplémentaire de 120 mg aux jours 8 et 15 du traitement.

Résultats L'évolution était favorable sur le plan clinique et radiologique marquée par une amélioration progressive des déficits radiculaires dès les premières injections de Denosumab et une calcification de la lésion et une diminution de son volume au contrôle radiologique.

Conclusion L'utilisation du Denosumab lors des TCG avec kyste anévrysmal secondaire récidivantes au traitement chirurgical permet une recalcification et une régression des lésions lytiques et ainsi une amélioration sur le plan clinique et radiologique des patients.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.084>



P-78

Histoires d'un kyste arachnoïdien intracranien : à propos de 4 cas

K. Somrani*, M. Rkhami, B. Loukil, M. Chabaane, I. Zammel
Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : somrani.kaouther1@gmail.com (K. Somrani)

Introduction Le kyste arachnoïdien est une formation arachnoïdienne congénitale contenant du liquide céphalo-rachidien. La plupart des kystes arachnoïdiens sont petits et asymptomatiques et se situent dans la fosse temporale. Nous décrivons à travers 4 cas de différentes présentations cliniques des kystes arachnoïdiens et leurs prises en charge.

Matériel et méthodes Il s'agit de 4 patients âgés entre 9 et 40 ans, 2 patients se sont présentés avec un syndrome d'HTIC dont 1 associé à un déficit moteur hémicorporel, une autre patiente souffrait d'une névralgie du V et une 4^e patiente était admise en réanimation pour un état de mal épileptique. L'exploration radiologique a objectivé dans les 2 premiers cas un hématoxome sous dural chronique en rapport avec un kyste arachnoïdien qui a saigné. Dans le 3^e cas il s'agissait d'un kyste arachnoïdien de l'angle pontocérébelleux et chez la 4^e patiente on a retrouvé un volumineux kyste temporal gauche. La prise en charge était différente ; puisque les 2 premiers patients avaient bénéficié d'une évacuation par 2 trous de trépan alors que les 2 autres patients ont nécessité une marsupialisation du kyste arachnoïdien.

Résultats et discussion Les kystes arachnoïdiens sont souvent de découverte fortuite donc asymptomatiques, leur manifestation clinique est non spécifique. La TDM permet de poser le diagnostic, elle va montrer une formation bien limitée isodense par rapport au LCR sans rehaussement des parois après injection du produit de contraste et pouvant exercer un effet de masse sur les structures cérébrales adjacentes. Le traitement chirurgical s'impose en cas de manifestations cliniques ; il peut s'agir d'une évacuation par 2 trous de trépan si le kyste s'est compliqué d'une hémorragie intrakystique. Dans les autres cas et selon la localisation, le patient bénéficiera d'une exérèse avec résection des parois du kyste marsupialisation du kyste arachnoïdien. Le pronostic est souvent favorable.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2019.03.085>

P-79

Ostéosarcome cervical : à propos d'un cas

J. Saïdy*, K. Sylla, S. Hilmani, A. Lakhdar
Casablanca, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jihanesaidy@gmail.com (J. Saïdy)

Introduction L'ostéosarcome est une tumeur osseuse de haut grade de malignité avec une atteinte fréquente des extrémités ; son atteinte vertébrale cervicale notamment est extrêmement rare ; il s'agit d'une tumeur localement agressive et de très mauvais pronostic ; le diagnostic précoce permet d'améliorer le pronostic et la qualité de vie des patients. Les traitements actuels comprennent la résection chirurgicale, la radiothérapie et la chimiothérapie.

Observation Nous reportons le cas d'un patient de 36 ans présentant une douleur occipito cervicale avec une lourdeur des quatre membres. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) retrouve la présence d'un processus tumoral hétérogène occupant l'hémi vertèbre gauche de C2, étendu vers C1 et vers C3, avec compression et souffrance médullaire. Le patient a bénéficié d'une large exérèse chirurgicale avec ostéosynthèse par fixation occipito-cervicale et une radio-chimiothérapie adjuvante.

