



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Cas clinique

Méningites récidivantes révélant une méningocèle transalaire : à propos de deux cas, discussion diagnostique et thérapeutique[☆]

A. Zoghlami^a, N. Bon Mardion^a, F. Callonnet^b, D. Dehesdin^a, F. Proust^c, J.-P. Marie^{a,*}^a Service d'ORL-CCF, CHU de Rouen, 1, rue de Germont, 76000 Rouen, France^b Service d'imagerie, centre Henri-Becquerel, rue d'Amiens, 76000 Rouen, France^c Service de neurochirurgie, CHU de Rouen, 1, rue de Germont, 76000 Rouen, France

I N F O A R T I C L E

Mots clés :

Malformation
Base du crâne
Méningites à répétition
Sphénoïde
Encéphalocèle

R É S U M É

Introduction. – Les méningo-encéphalocèles de la base du crâne sont des malformations congénitales rares. Les cas que nous rapportons sont différents du type trans-sphénoïdal classique. Il s'agit de malformations transalaires trans-sphénoïdales.

Présentation des cas. – Pour le cas 1, il s'agit d'un enfant de 3 ans et demi et dans le second cas, un homme de 36 ans. La symptomatologie clinique est celle de méningites à répétition dans les 2 cas. Pour le cas 1, la prise en charge chirurgicale s'est faite par voie intradurale sous-temporale. Une reprise a été nécessaire 2 ans après. Pour le second cas rapporté, le traitement chirurgical s'est initialement fait par voie endonasale, puis secondairement par voie ptérygopalatine. La reprise par voie transptérygale de Sekhar a également été un échec. Seul le comblement par voie rétro-sphénoïdale de l'angle pontotrijuminal a permis une fermeture de la brèche.

Discussion. – L'abord de la fosse ptérygopalatine est complexe par sa position anatomique et ses rapports avec des éléments vasculonerveux. Les voies endoscopiques semblent être une alternative intéressante aux voies externes classiques. Selon nos résultats, l'option thérapeutique ayant permis une fermeture durable de la brèche méningée a été son comblement par voie neurochirurgicale.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Les méningo-encéphalocèles de la base du crâne sont des malformations congénitales rares dont la fréquence est estimée à une naissance sur 35 000. Elles sont le plus souvent sans traduction clinique. Elles peuvent donner lieu à des complications sous la forme de méningites, en particulier à pneumocoque. Les malformations médianes de la base du crâne peuvent s'associer à des anomalies du corps calleux ou à une malformation d'Arnold Chiari. On en distingue cinq types anatomiques : trans-sphénoïdal, sphéno-orbitaire, sphéno-ethmoïdal, trans-ethmoïdal et sphéno-maxillaire [1].

L'encéphalocèle trans-sphénoïdale, forme la plus rare, fait saillie dans le sinus sphénoïdal ou le nasopharynx au travers du corps du sphénoïde. La forme sphéno-orbitaire a un trajet passant

par la fente sphéno-maxillaire ou le toit de l'orbite. La forme sphéno-ethmoïdale fait saillie dans le nasopharynx en passant au travers du sphénoïde et des cellules postérieures de l'ethmoïde. L'encéphalocèle ethmoïdale fait saillie dans les cavités nasales au travers de la lame criblée. La forme sphéno-maxillaire fait saillie à travers la fente sphéno-maxillaire dans la fosse sphéno-maxillaire.

Les malformations transalaires trans-sphénoïdales sont beaucoup plus exceptionnelles et n'entrent pas dans la classification des malformations trans-sphénoïdales classiques [1]. Elles constituent une difficulté sur le plan diagnostique du fait de leur expression clinique variable et thérapeutique. L'abord chirurgical de la fosse ptérygopalatine constitue un challenge pour les ORL et les neurochirurgiens. Nous nous proposons de rapporter notre expérience dans la prise en charge de cette pathologie.

2. Cas 1

Un enfant de 3 ans et demi, né à terme et sans antécédent particulier, a présenté deux épisodes de méningite purulente à pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline à deux mois d'intervalle. L'évolution a été favorable sous traitement médical adapté. Devant la récurrence de ces événements infectieux, un bilan

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2016.07.001>.

[☆] Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Jean-Paul.Marie@chu-rouen.fr (J.-P. Marie).<http://dx.doi.org/10.1016/j.aforl.2015.11.008>

1879-7261/© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

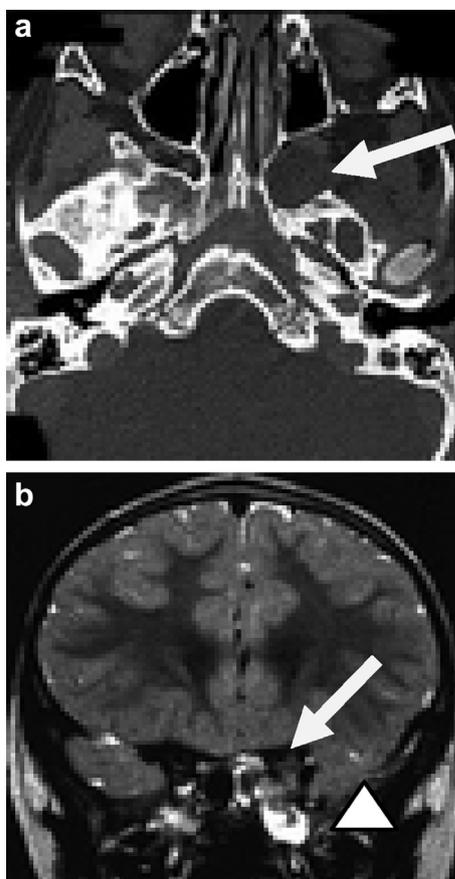


Fig. 1. a : tomodensitométrie en coupes axiales. Déhiscence osseuse au niveau de l'étage moyen de la base du crâne dans sa partie paramédiane gauche avec déhiscence de la fosse temporale, du foramen ovale gauche, de la fente ptérygopalatine et de la loge caverneuse ; b : IRM en coupes coronales, séquences T1, inversion-récupération. Méningo-encéphalocèle au travers de cette malformation avec invagination du lobe temporaire gauche (→) et présence de LCR bien visible en séquence T2 (△ triangle).

d'imagerie craniocéphalique est réalisé à la recherche d'anomalie ostéodurale acquise ou congénitale au niveau de l'étage antérieur et moyen et au niveau des rochers.

Un examen tomodensitométrique est réalisé après injection de produit de contraste. En coupes axiales, on met en évidence une malformation osseuse de la base du crâne dans sa partie paramédiane gauche avec une déhiscence de la fosse temporale, du foramen ovale gauche, de la fente ptérygopalatine et de la loge caverneuse (Fig. 1a).

On réalise également une imagerie par résonance magnétique qui montre une méningo-encéphalocèle à travers cette déhiscence osseuse correspondant à l'invagination partielle du lobe temporaire gauche. Ce bilan aura permis par ailleurs la découverte fortuite d'une malformation d'Arnold Chiari de type I (Fig. 1b).

Après traitement médical des différents épisodes de méningites et après un délai de trois mois, la prise en charge chirurgicale est entreprise par les neurochirurgiens par voie infratemporale gauche en conditions de neuronavigation. Cette voie d'abord permet dans un premier temps d'exposer les régions frontale et temporaire gauches. La lésion est ensuite mise en évidence. La partie de parenchyme cérébral extradurale est réséquée en infratemporale et la méninge réparée et réinsérée en endocrânien. Le défaut osseux est réparé par du muscle et de la colle biologique. L'orifice situé sous le sinus caverneux est tapissé par de l'épicrâne maintenu par de la colle biologique.

En fin d'intervention, on retrouve un cerveau tendu faisant hernie par la craniotomie. Après fermeture, un examen tomodensitométrique réalisé en urgence met en évidence un hématome extradural pariétal droit en regard d'un appui de la têtère à pointes. Une reprise chirurgicale immédiate permet l'évacuation de cet hématome extradural et l'hémostase de l'artère épидurale responsable du saignement.

Quatorze mois après cette première intervention, le patient est hospitalisé en pédiatrie pour méningite à pneumocoque. Après discussion pluridisciplinaire, on décide d'une reprise chirurgicale par la même voie d'abord infratemporale gauche. Cette reprise a permis une fermeture durable de la brèche méningée, avec une absence de récurrence infectieuse avec un recul de neuf ans. Il faut cependant noter que les IRM de contrôle réalisées montrent la persistance de la méningo-encéphalocèle.

Il faut également noter qu'une antibioprophylaxie prolongée par amoxicilline et une vaccination antipneumococcique non conventionnelle de type Prevenar® ont également permis la prévention des récurrences de méningites.

3. Cas 2

Un patient de 36 ans, sans antécédent de traumatisme crânien ou de chirurgie endocrânienne, a présenté trois épisodes de méningites à pneumocoque de mai 2006 à septembre 2007. À l'examen clinique, on ne met en évidence aucune malformation ou signe de neurofibromatose. On ne retrouve qu'une rhinorrhée cérébrospinale.

On réalise donc un bilan d'imagerie avec examen tomodensitométrique de l'étage moyen et antérieur de la base du crâne et imagerie par résonance magnétique à la recherche d'une malformation de la base du crâne. L'imagerie par tomodensitométrie interprétée comme normale n'est pas contributive. On réalise donc un cisternoscanner après injection intrathécale de produit de contraste iodé afin de localiser avec précision la fuite de liquide cérébrospinal. Une acquisition hélicoïdale centrée sur l'encéphale est réalisée en coupes fines et en fenêtre osseuse. Cette fuite de LCS se situe du côté droit au niveau du cavum de Meckel, du foramen rond, du canal ptérygoïdien et le long du trajet de la seconde portion du nerf trijumeau (Fig. 2).

L'IRM en séquence pondérée T2 retrouve des images liquidiennes au niveau de la citerne du ganglion de Gasser à droite. Ce signal se poursuit au niveau du canal du nerf ptérygoïdien droit jusqu'au niveau de la fosse ptérygopalatine droite.

Une première tentative de fermeture de la brèche mise en évidence par l'imagerie au niveau du canal ptérygopalatin droit est réalisée par voie basse endonasale sous guidage endoscopique et assistée par ordinateur. Le comblement se fait par de la graisse et de la colle biologique. Le geste opératoire a été complété par un drainage lombaire permettant l'assèchement de la rhinorrhée cérébrospinale.

Le patient est de nouveau hospitalisé pour une méningite purulente à 3 mois de la première intervention. Après concertation pluridisciplinaire, on décide d'une reprise chirurgicale par voie haute. La voie d'abord est celle d'un volet ptéryonotemporal droit. On réalise un comblement au contact du nerf trijumeau et du cavum de Meckel avec du péricrâne et de la colle biologique. L'examen clinique postopératoire met en évidence une paralysie du nerf trijumeau droit.

À un an de cette seconde intervention, M.D. est hospitalisé pour prise en charge d'une méningite à streptococcus salivarius. Après cette récurrence infectieuse, une reprise chirurgicale est proposée par voie extradurale latérale transptérygée de type Sekhar. Cette chirurgie a permis un tarissement de la fuite de liquide céphalo-rachidien pendant une durée de neuf mois, période au terme de laquelle il est de nouveau constaté une rhinorrhée.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5713899>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5713899>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)