



Cas clinique

Méningocèle Occipitale du grand enfant associé à un lipome découverte au décours d'une prise en charge d'un empyème cérébral au CHMF de Touba

Occipital meningocele of teenager associated with lipoma discovered during the treatment of cerebral empyema at Touba Hospital

D Wague*¹, MA Cisse², ECN Sy², M Faye³, LF Barry³, NN Sarr³, AB Thiam²

Résumé

Introduction : Les céphalocèles se définissent comme des hernies du contenu de la boîte crânienne à travers un défaut du crâne. Ce sont des anomalies congénitales, leur diagnostic se fait durant la grossesse ou après la naissance. Dans certaines zones en milieu rural ces pathologies sont encore assimilées à des maladies mystiques. C'est ainsi que nous rapportons le cas d'une méningocèle occipitale diagnostiquée chez un adolescent lors de la prise en charge d'un empyème cérébral.

Cas clinique : IL s'agit d'un adolescent de 15 ans, de sexe masculin aux antécédents de tuméfaction occipitale congénitale évolutive ayant nécessité plusieurs types de traitements traditionnels sans amélioration pendant plusieurs années.

IL a été reçu aux urgences pour agitation psychomotrice, tuméfaction fronto-orbitaire

A l'examen il présentait un syndrome infectieux avec fièvre à 39°.

Son score de Glasgow était E3V4M6 :13/15. Le scanner cérébral avait mis en évidence : une collection suppurée sous cutanée, un empyème extradural frontal, une pansinusite et un défaut osseux occipital avec hernie des méninges. Nous avons évacué la

collection sous cutanée et il a été mis sous traitement antibiotique à large spectre à base de ceftriaxone, métronidazole et gentamicine. L'évolution a été bonne avec régression de la fièvre et amélioration de la conscience.

L'enfant a été réhospitalisé un mois après guérison de son empyème pour cure de la céphalocèle.

En per opératoire il s'agissait d'une méningocèle surmonté par un gros lipome.

Nous avons fait une exérèse du lipome et puis une cure de la méningocèle

Les suites opératoires ont été simples. L'enfant est revenu un mois après en consultation avec une plaie complètement cicatrisée.

Conclusion : La méningocèle de l'adolescent est rare, dans certaines zones en Afrique cette pathologie est encore assimilée à des maladies mystérieuses, ce qui peut retarder la prise en charge médicale.

Mots-clés : céphalocèle, méningocèle, empyème, mystique, antibiotique.

Abstract

Introduction: Cephaloceles are hernias of skull content through a defect of the skull. These are congenital abnormalities; they are diagnosed during pregnancy

or after birth. In some rural areas, these pathologies are still assimilated to mystical diseases. We report the case of occipital meningocele in a teenager diagnosed during the management of a cerebral empyema.

Clinical case: This is a 15-year-old male with a history of progressive congenital occipital swelling. He received several types of traditional treatment without improvement for several years.

He was admitted for psychomotor agitation, orbito-frontal swelling

On examination he had an infectious syndrome with fever at 39°.

The Glasgow scale was E3V4M6:13/15. The CT-scan showed: a subcutaneous abscess, a frontal epidural empyema, a pansinusitis and an occipital bone defect with herniated meninges. We first evacuated subcutaneous abscess and after he received antibiotic treatment based on ceftriaxone, metronidazole and gentamicin. The evolution was good, it was marked by regression of fever and improvement of consciousness.

one month after he got recovered to his empyema, he was hospitalized for cephalocele treatment.

During surgery it was a meningocele surrounded by a large lipoma.

We first removed a lipoma then a meningocele cure.

The follow up was good. The child was seen on consultation one month later with a completely healed wound.

Conclusion: Teenager congenital meningocele is rare, in some places in Africa this pathology is still likened to mysterious diseases, which can delay medical treatment.

Keywords: cephalocele, meningocele, empyema, mystic, antibiotic.

Introduction

Les céphalocèles se définissent comme des hernies du contenu de la boîte crânienne à travers un défaut du crâne. Ce sont des anomalies congénitales appartenant aux groupes des craniobifidum. Ils sont classés

en fonction du contenu et du siège.[1] Ainsi nous distinguons les méningocèles qui sont une hernie des méninges et les encéphalocèles qui sont une hernie des méninges et du tissu cérébral. Le diagnostic se fait durant la grossesse ou après la naissance. Dans certaines zones en milieu rural ces pathologies sont encore assimilées à des maladies mystiques. C'est ainsi que nous rapportons le cas d'une méningocèle occipitale chez un adolescent diagnostiqué lors de la prise en charge d'un empyème cérébral.

Cas clinique

IL s'agit d'un adolescent de 15 ans sexe masculin aux antécédents de tuméfaction occipitale congénitale évolutive depuis la naissance ayant nécessité plusieurs types de traitement traditionnel sans amélioration pendant plusieurs années.

IL a été reçu aux urgences pour agitation psychomotrice, tuméfaction orbito-frontale

A l'examen il présentait un syndrome infectieux avec fièvre à 39°

Son score de Glasgow était E3V4M6 :13/15 .IL ne présentait pas de déficit moteur.

On notait une tuméfaction inflammatoire de la face remontant au cuir chevelu et une infiltration diffuse du scalp.

Il existait une masse occipitale plus ou moins dure mobile évoluant depuis la naissance.

Le scanner cérébral avait mis en évidence : une collection suppurée sous cutanée, un empyème extradural frontal et une pansinusite (Figure 1).

Le scanner montrait aussi un defect osseux occipital avec hernie des méninges faisant évoquer une méningocèle occipitale. (Figure 2)

Sur le plan biologique la CRP était élevée à 96, le taux de blanc élevé à 12000 la SRV était négative.

Le reste du bilan biologique était normale.

Notre ville ne dispose pas d'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique).

Nous avons évacué la collection sous cutanée et il été mis sous traitement antibiotique à large spectre à base de ceftriaxone 100mg/Kg/24h, metronidazole 30mg/

Kg/24h et gentamicine 80mg/j.

Un pansement quotidien était fait pour évacuer le reste de la collection suppurée sous cutané.

L'empyème a été traité médicalement par les antibiotiques.

L'évolution a été bonne avec régression de la fièvre, amélioration de la conscience avec un score de Glasgow à 15. Sur le plan biologique la CRP est revenu normal à 6 ainsi que le taux de blanc s'est normalisé. L'enfant était sorti après 3 semaines d'antibiothérapie par voie parentérale. IL a été mis sous chloramphénicol pour relais oral pendant 3 semaines.

L'enfant a été réhospitalisé un mois après pour cure de la céphalocèle.

En peropératoire la dure mère était entouré d'une importante masse grasseuse.

Il s'agissait d'une méningocèle entouré de lipome : nous avons d'abord fait une exérèse du lipome puis cure de la céphalocèle. Nous avons visualisé la dure mère avec son contenu rempli de LCR. Nous avons sectionné la dure mère a ras de l'os puis procédé à une suture de la dure mère de façon étanche. La peau a été bien fermé de façon esthétique (Figure 3,4,5,6)

Les suites opératoires ont été simples. Nous n'avons noté aucune complication.

L'évolution était très bonne. L'enfant était revenu un mois après en consultation, la plaie était complètement cicatrisée. (Figure 6c)

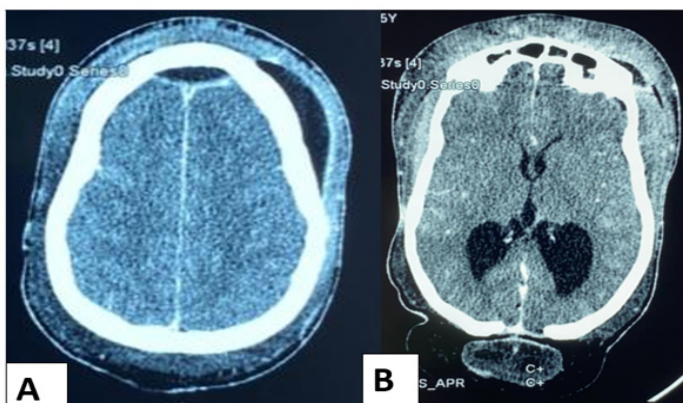


Figure 1 : TMD cérébrale injecté :coupe axiale
 A :empyème cérébrale frontale et collection sous cutané.
 B :infiltration sous cutanée diffuse et céphalocèle occipitale.

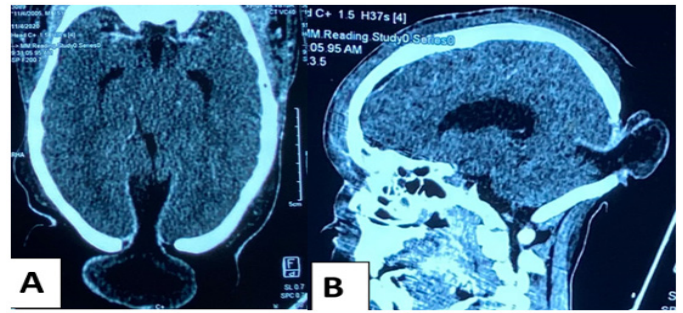


Figure 2 :TDM cérébrale
 A :coupe axiale montrant la céphalocèle occipitale.
 B :coupe sagittale montrant la céphalocèle.

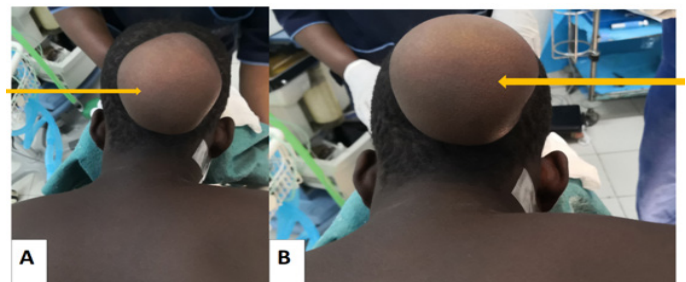


Figure 3 : A et B : Masse occipitale volumineuse montré sur cette photo par flèche jaune avant la chirurgie.

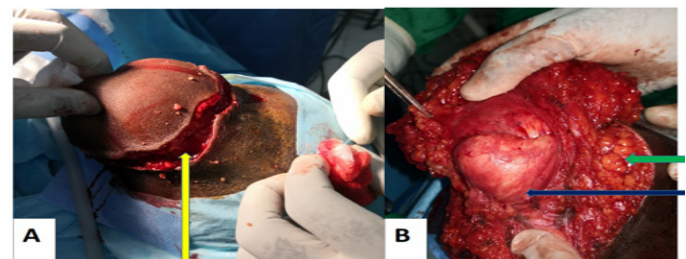


Figure 4 : A : dissection circulaire de la masse en flèche jaune.
 B : flèche verte montrant la masse grasseuse entourant la méningocèle. Flèche bleue montrant la méningocèle après dissection du lipome.

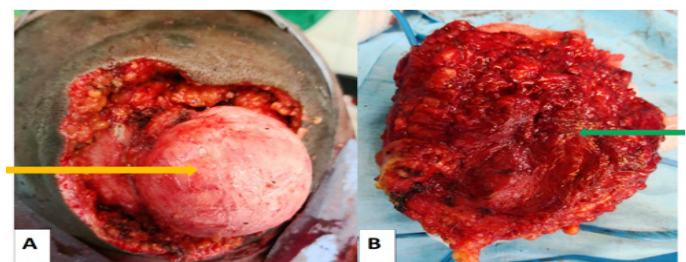


Figure 5 : A : flèche jaune : meningocele occipitale après exérèse complète du lipome.
 B : flèche verte : masse lipomateuse après ablation.

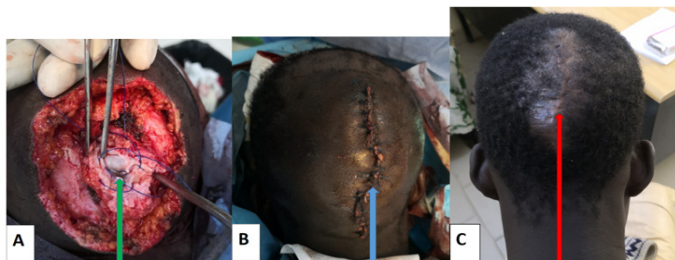


Figure 6 : A : flèche verte : defect osseux après section de la dure mère à ras de l'os, début suture de la dure mère.

B : flèche bleue : suture de la peau.

C : flèche rouge : cicatrice un mois post opératoire.

Discussion

Les Céphalocèles sont des anomalies du tube neural. Ces anomalies de fermeture du tube neural survenant durant le premier mois de la vie embryonnaire sont à l'origine des défauts. [5,6] Ces défauts sont causés principalement par des altérations chromosomiques et des agents environnementaux [7]. Certaines situations favorisant comme le diabète, l'obésité maternelle, le traitement anticonvulsivant prénatal, la prise d'antagoniste d'acide folique, la rupture précoce de la poche amniotique, la grossesse gémellaire, les antécédents familiaux de défauts ont été incriminés [8-9-10-11]. Par ailleurs, l'exposition au méthotrexate ainsi que les caractéristiques maternelles, ethniques, géographiques raciales, nutritionnelles, biologiques et le bas niveau socio-économique ont été reconnus comme facteurs de risque de développement des défauts du tube neural [12].

Les Céphalocèles sont classés en méningocèles et encéphalocèles selon leur contenu ; et céphalocèles fronto-ethmoidal (antérieur), pariétale ou occipital (postérieure) selon leur siège. [4] la forme occipitale est beaucoup plus fréquente [1,4]

Les céphalocèles surviennent chez la femme enceinte durant le premier mois de grossesse. [2] Leur incidence est de 1 à 4 cas pour 10 000 naissances vivantes mais cette incidence est diversement appréciée dans la littérature [1,3]. L'augmentation de cette incidence est parfois liée au diagnostic prénatal [4].

L'âge moyen de survenue et de prise en charge est

la période néonatale. Dans notre contexte il s'agissait d'un adolescent de 15 ans. Ce retard de prise en charge est expliqué par certaines croyances traditionnelles dans certaines localités au Sénégal. On assimile cette pathologie à des maladies mystérieuses.

Le diagnostic a été posé au scanner mettant en évidence le defect osseux et la masse herniée. Dans la littérature l'IRM reste l'examen de choix car il visualise mieux le parenchyme cérébral et le contenu hernié de la céphalocèle mais le scanner peut suffire à poser le diagnostic en montrant le defect osseux et la masse herniée. Le scanner de notre malade avait montré une méningocèle qui était associée à un dandy walker variant comme certains auteurs dans la littérature qui ont retrouvé cette association méningocèle et dandy walker. Bindal et al rapporte 16% d'association méningocèle et dandy walker, Maria et al 11% des cas, Hirsch et al 17,5% des cas. [13]

Le malade a été opéré, il a bénéficié de cure chirurgicale mais nous avons procédé par l'exérèse du lipome puis cure de la méningocèle. En peropératoire nous avons visualisé la dure mère avec son contenu rempli de LCR. Nous avons sectionné la dure mère à ras de l'Os puis suture de la dure mère de façon étanche. La peau a été bien fermée de façon esthétique. Les suites opératoires ont été simples aucune complication n'a été notée. Dans la littérature il existe d'autres types de traitement comme les shunts en effet dans certains cas où il y'a association dandy Walker et méningocèle, la dérivation kysto-péritonéale uniquement sans cure de la méningocèle a suffi pour faire régresser la méningocèle. D'autre en cas d'association méningocèle et dandy Walker avec hydrocéphalie la dérivation ventriculopéritonéale a fait régresser la méningocèle. Les exérèses de kyste dans les dandy Walker sont presque plus réalisées à cause des récidives et qui finissent en général par des shunts ou par des ventriculocisternostomie endoscopique [14,15].

L'évolution chez notre malade était bonne sans aucune complication avec une bonne cicatrisation de la plaie.

Conclusion

La méningocèle de l'adolescent est rare, dans certaines régions de l'Afrique cette pathologie est encore assimilée à des maladies mystérieuses, ce qui peut retarder la prise en charge médicale.

Le diagnostic est facile, après une bonne prise en charge chirurgicale le pronostic de la méningocèle reste bon.

Abréviations :

TDM : tomодensitométrie.

LCR : Liquide céphalo rachidien.

IRM : Imagerie par résonance magnétique.

CRP :C-Reactive Proteine.

*Correspondance

Daouda Wague

wagued@yahoo.fr

Disponible en ligne : 06 Septembre 2021

1 : CHM Touba

2 : CHU FANN

3 : HOGIP

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Thiam AB, Faye M, Kessely YC, Ndoye N, Mbaye M, THIOUB M, Thiam L, Sy C, Ba MC, Badiane SB. Céphalocèles à Dakar : étude de 30 cas au CHUN Fann Rev. CAMES SANTE Vol.2, N° 1, Juillet 2014
- [2] Buccimazza SS, Molteno CD, Dunne TT, Viljoen DL (1994). Prevalence of neural tube defects in Cape Town, South Africa. *Teratol*. 1994; 50: 194-9
- [3] Elizabeth Tan, Stanislaw Makaranka, Nusrat Mohamed, Naveen Cavale. Occipital encephalocele in a neonate: a case

successfully managed by excision and formation of a reverse visor scalp flap. *BMJ Case Rep*. 2020 Jan 21;13(1):1-4. doi: 10.1136/bcr-2019-232127.

- [4] George A. Alexiou, MD, PhD, George Sfakianos, MD, PhD, and Neofytos Prodromou. Diagnosis and Management of Cephaloceles. *The Journal of Craniofacial Surgery & Volume* 21, Number 5, September 2010.
- [5] Rampersaud, E.; Melvin, EC.; Speer, MC. Nonsyndromic neural tube defects: Genetic basis and genetic investigations. In: Wyszynski, DF., editor. *Neural Tube Defects, from Origin to Treatment*. New York: Oxford Univ Press. 2006; 165-175
- [6] Hunter, AGW. Brain and spinal cord. In: Stevenson, RE.; Hall, JG., editors. *Human Malformations and Related Anomalies*. New York: Oxford Univ Press; 2006; 2: 715-755
- [7] Hall JG, Friedman JM, Kenna BA, Popkin J, Jawanda M, Arnold W. Clinical, genetic, and epidemiological factors in neural tube defects. *Am J Hum Genet*, 1988 ; 43: 827-37
- [8] Locken MR. Current perspectives on the causes of neural tube defects resulting from diabetic pregnancy. *Am J Med Genet C*. 2005; 135: 77–87.
- [9] Higginbottom MC, Jones KL, Hall BD, Smith DW. The amniotic band disruption complex: Timing of amniotic rupture and variable spectra of consequent defects. *J Pediatr*. 1979; 95:544–549.
- [10] James WH. Twinning and anencephaly. *Ann Hum Biol*. 1976; 3:401–409
- [11] Greene NDE, Stanier P, Copp AJ. Genetics of human neural tube defects. *Hum Mol Genet*. 2009; 18: 113–119
- [12] Julianne S. Collins, Ph.D., Kristy K. Atkinson, B.S., Jane H. Dean, R.N., Robert G. Best, Ph.D., and Roger E. Stevenson, M.D. (2011) Long Term Maintenance of Neural Tube Defects Prevention in a High Prevalence State. *J Pediatr*. 2011; 159(1): 143–149
- [13] Ajay K Bindal, M.D., Bruce B. Storss et al. Occipital meningocele in patients with dandy-walker syndrome. vol 28 N°6 1991. Division of neurosurgery, Northwestern University medical school
- [14] Sawaya R, McLaurin RL: Dandy-Walker syndrome. Clinical analysis of 23 cases. *J Neurosurg* 55: 89-98, 1981
- [15] Dandy Walker Syndrome Forming a Giant Occipital Meningocele Case — Report— Tomoki TODO, Masaaki

USUI and Fumio ARAKI* Departments of Neurosurgery and
*Pediatric Surgery, Aizu Central Hospital, Aizuwakamatsu,
Fukushima, December 8, 1992; Accepted May 14, 1993.

Pour citer cet article :

D Wague, MA Cisse, ECN Sy, M Faye, LF Barry, NN Sarr et
al. Méningocèle Occipitale du Grand enfant associé à un lipome
découverte au décours d'une prise en charge d'un empyème
cérébral au CHMF de Touba. *Jaccr Africa 2021; 5(3): 317-322*