

KYSTES ARACHNOÏDIENS INTRASELLAIRES

APPROCHE CHIRURGICALE PAR VOIE ENDOSCOPIQUE ENDONASALE

J. D'ARTIGUES

INTERNE D.E.S. NEUROCHIRURGIE MARSEILLE

SCE PR H. DUFOUR

Hôpitaux Universitaires de Marseille | ap.
hm



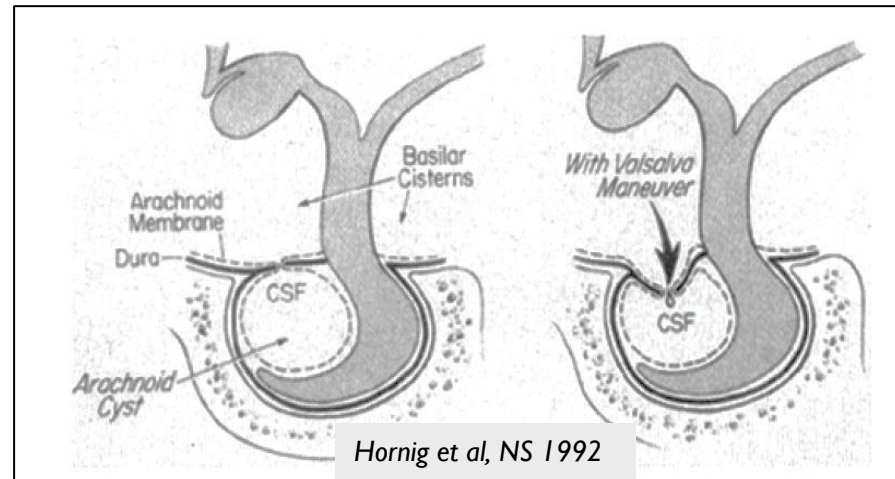
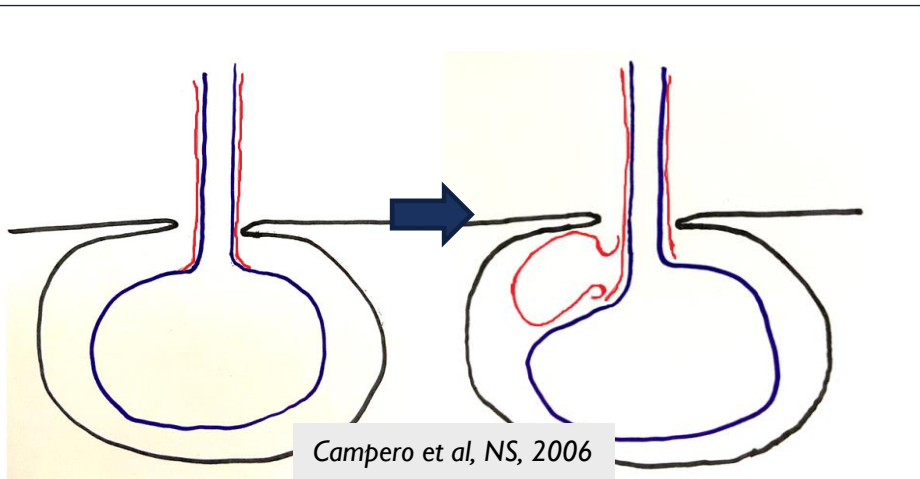
PÔLE
NEUROSCIENCES
CLINIQUES

KYSTES ARACHNOÏDIENS INTRASELLAIRES

- Kyste constitué d'une paroi arachnoïdienne contenant du LCR
- Rares: 1 à 3% des KA (1% des masses intra crâniennes)
- Physiopathologie discutée

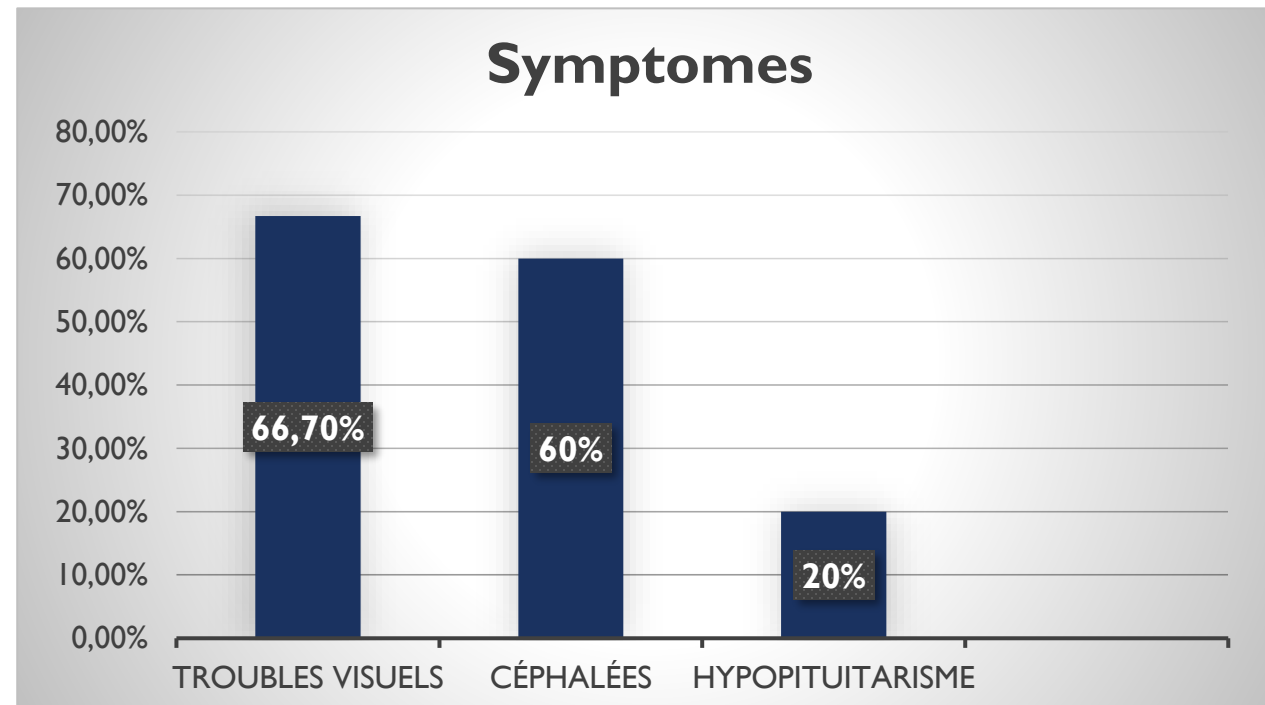


Phénomène de Clapet – Au travers du diaphragme ou de l'orifice de la tige ?



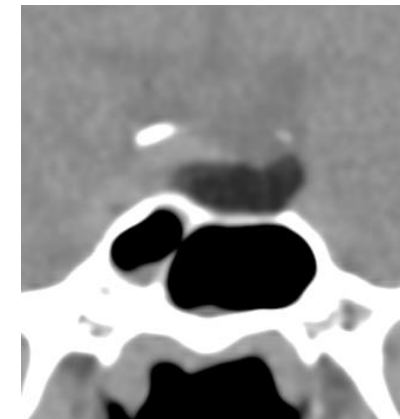
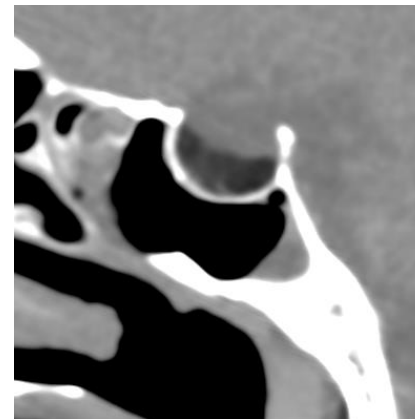
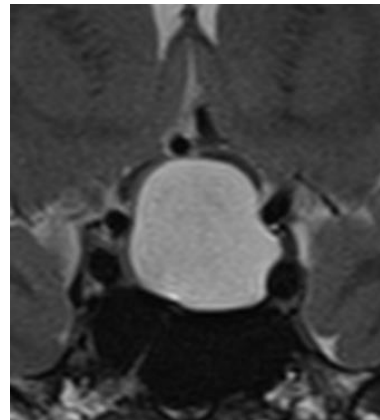
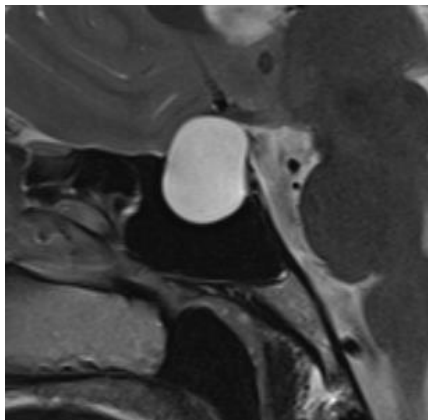
RÉSULTATS – DONNÉES PREOPERATOIRES

- 15 cas, Opérés entre 2004 et 2019
- Age moyen 48 ans, sex ratio 2F pour 1 h



METHODE

- Par voie endoscopique endonasale
- Ouverture de la selle (**restreinte**)
- Inspection de la selle
- Oblitération de la cavité kystique par graisse autologue
- Fermeture étanche de la dure mère du plancher



RESULTATS

Post opératoire

- Amélioration visuelle: 9 cas (81%) – Amélioration ou disparition des céphalées (78%)
 - Aggravation visuelle : 1 cas asymptomatique (ptose)
 - Diabète insipide définitif: 1 cas (6,7%)... pas d'explication ...
 - Hyponatrémie profonde 1 cas (6,7%).... Pas d'explication
 - Pas d'amélioration de l'hypopituitarisme preop
 - **Suivi moyen : 39,6 Mois.**
-
- **Fuite LCS: 2 cas (13,3%), reprise chirurgicale.** Pas de méningite.
 - **Récidive: 1 cas (6,7%), pas de nécessité de reprise pour le moment**

FUITE POST-OP DE LCR

- **2 cas : 13 % ... (> adénomes ++)**
- Liés à une ouverture trop large de la selle et/ou packing trop important
 - → peu d'appui pour la fermeture
 - → expulsion secondaire et spontanée dans le sinus sphénoïdal du matériel de comblement
- **Recommandation**
 - Ouverture limitée de la selle
 - Comblement raisonnable (ni trop ni trop peu)
 - Reconstruction renforcée du plancher sellaïre (si plancher trop mince / comblement du sinus sphénoïdal)

UN CAS DE RÉCIDIVE

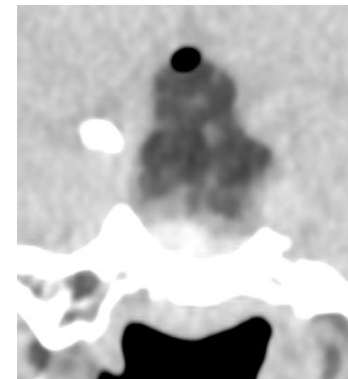
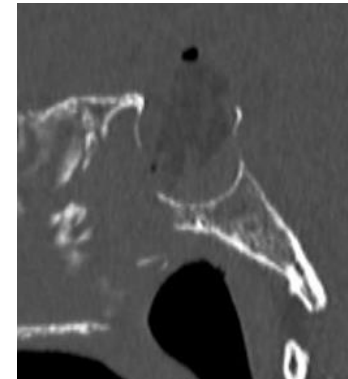
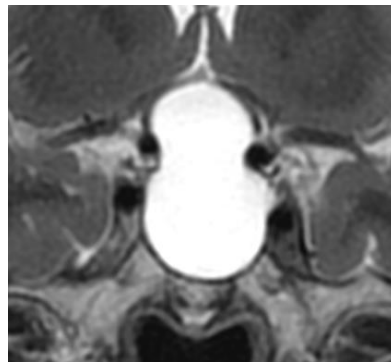
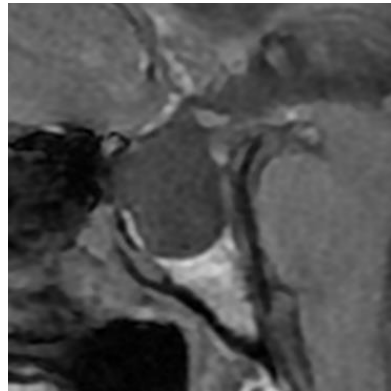
- Femme de 65 ans signes visuels
- Scanner et IRM postop

Amélioration du champ visuel mais

Reformation du kyste

→ Remplissage insuffisant de la cavité?

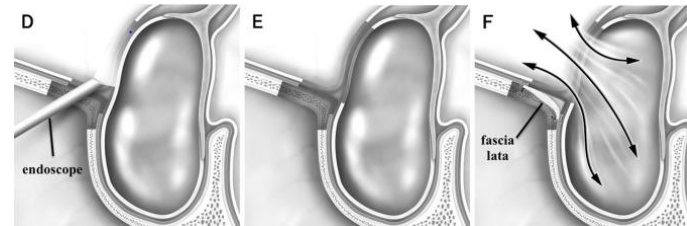
PREOP



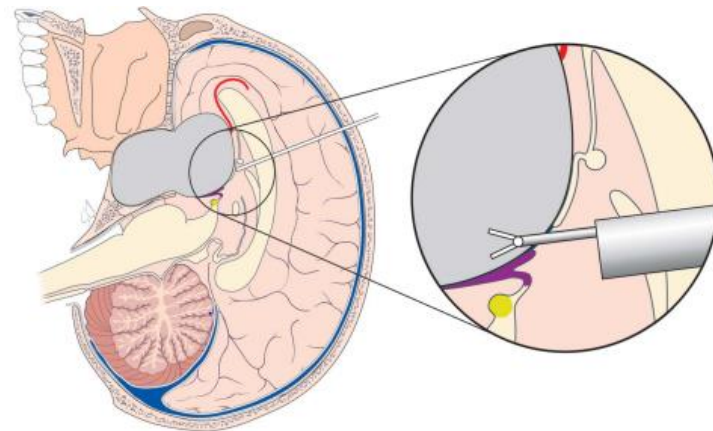
3 mois

REVUE DE LA LITTÉRATURE → MOINS DE 100 CAS

- **Oyama, K. et al (2013).** → 7 cas, fenestration endoscopique avec les citernes de la base. 2 cas de récurrence 1 cas de fuite de LCS



- **Shim et al(2013).** → 6 cas fenestration par ventriculoscopie, pas de fuite, kyste >25 mm extension supra sellaire, risque de lésion sur hypophyse normale



- **McLaughlin, et al (2012).** → 8 cas, Résultats semblables sur l'amélioration visuelle et le taux de complications

CONCLUSION – « TAKE HOME MESSAGE »

KYSTES ARACHNOIDIENS TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE ENDONASAL

- Plus grande série rapportée
- Geste simple,
 - Pas de craniotomie,
 - Pas de geste sur la paroi du kyste,
 - Pas de fenestration du kyste vers les citernes (dangereux ?),
 - Résultat satisfaisant sur le long terme
- **Nécessité d'une ouverture réduite du plancher de la selle**
- **Bien remplir le défaut (évite récurrences, fuites) ... Mais pas trop (overpacking)**