

## **EPILEPSIE ET KYSTE ARACHNOÏDIEN DE LA FOSSE CEREBRALE POSTERIEURE : REVUE DE LA LITTERATURE A TRAVERS UNE OBSERVATION AU CHU DE YOPOUGON A ABIDJAN**

**DIALLO M\*<sup>1</sup>, TOKPA A\*<sup>3</sup>, GUI L\*\*<sup>3</sup>; DIAKITE I\*\*<sup>3</sup>, BONI N\***

\* Service de Neurochirurgie CHU de Yopougon

\*\* Service de Neurologie CHU de Yopougon

**Correspondance** : DIALLO Moussa

Tél (+ 225) 46 40 78 31 / 23 53 75 50

E-mail : pipeml@yahoo.fr et mdiallo5@gmail.com

---

### **RÉSUMÉ**

Les auteurs rapportent un cas de kyste arachnoïdien de la fosse postérieure avec des crises d'épilepsie, particulier de par sa rareté et la présence du syndrome comitial qui n'est pas habituel dans ce siège.

**Mots-clés** : kyste arachnoïdien, fosse postérieure, épilepsie

### **SUMMARY**

*The authors report a case of arachnoïdien cyst of the later pit with epileptic fits, individual all over its curiosity and the presence of the comitial syndrome which in not habitual in this seat.*

**Key words** : arachnoïdien cyste, later pit, epileptie

### **INTRODUCTION**

Les kystes arachnoïdiens encéphaliques symptomatiques représentent environ 1 % des néoformations intracrâniennes [8] Décrit pour la première fois en 1831 par BRIGHT, le kyste arachnoïdien a tendance à se localiser au niveau des citernes arachnoïdiennes péri céphaliques et est souvent asymptomatique. Lorsqu'il devient symptomatique il comprime les formations voisines et se traduit par un syndrome d'HIC[3].

### **OBSERVATION**

MME Y. O, âgée de 46 ans, ivoirienne ménagère, sans antécédents médico-chirurgicaux particuliers a été reçue en consultation pour des crises convulsives généralisées tonico-cloniques

sur un fond de céphalées chroniques diffuses et intermittentes.

La 1<sup>ère</sup> crise généralisée est survenue 8 ans auparavant au décours d'une journée chargée en activité. La suite fut marquée par la répétition des manifestations critiques qui devenaient de plus en plus fréquentes et rapprochées malgré un traitement traditionnel.

L'examen neurologique réalisé chez une patiente apyrétique et en bon état général a mis en évidence un syndrome pyramidal des quatre membres sans signes déficitaires associés.

L'électroencéphalogramme (EEG) était normal. Le scanner crânio-encéphalique a mis en évidence des anomalies en faveur d'un kyste de la fosse postérieure cérébrale avec une hypodensité de la fosse postérieure ayant la même tonalité que le LCS, un aspect laminé de la table interne au niveau occipital sans hydrocéphalie ni autre masse intracrânienne (*figure N°1 et N° 2*)

Un traitement par l'acide valproïque à la dose 30 mg/kg/j a été instauré et les crises se sont amendées au bout de deux mois, ce qui a justifié l'abstention chirurgicale. Revue 12 mois après, la patiente a été et présentée une régression totale de tous les symptômes (recul d'un an : évolution satisfaisante).

### **DISCUSSION**

Notre observation concerne un adulte jeune de sexe féminin. Les données de la littérature ne relèvent pas de lien entre le sexe et la fréquence du kyste arachnoïdien de la fosse postérieure. [8]

L'origine de ce kyste serait congénitale. Il résulterait du développement aberrant du tissu arachnoïdien [2 ;3 ;5 ;6 ;7] L'étude histologique du kyste arachnoïdien montre des couches cellulaires identiques au tissu arachnoïdien normal et l'étude ultramicroscopique révèle des capacités de sécrétion du liquide céphalorachidien par ces cellules [4 ,7] .

Sa symptomatologie est polymorphe et dépendrait du siège de la lésion. Le plus souvent asymptomatique et de découverte fortuite, le kyste arachnoïdien peut se révéler par des signes d'hypertension intracrânienne. Le siège des kystes arachnoïdiens est variable au niveau encéphalique [8] , La plupart des auteurs avait retrouvé par ordre de fréquence la répartition suivante : sylvienne (près de 50 % des cas) , sellaire (10 %) ,cerébello-pontique (10 %) ,plateforme quadrijumelle ( 10 %) . Les kystes du vermis, de la grande citerne, de la scissure inter hémisphérique, et de la convexité hémisphérique sont retrouvés, avec une fréquence quasi identique de 5 % environ [5 ;7 ;10].

La symptomatologie clinique des kystes arachnoïdiens mal tolérés dépend de leur siège mais elle associera toujours des signes d'hypertension intracrânienne à ceux liés à la situation anatomique du kyste. Les crises épileptiques n'ont été décrites que dans les localisations de la vallée sylvienne et de la convexité [1]. Elles sont parfois associées à des céphalées comme chez notre patiente. Les phénomènes critiques observés chez notre patiente non objectivés à l'EEG pourraient s'inscrire dans le cadre d'une épilepsie essentielle (coexistence épilepsie essentielle et kyste arachnoïdien de la fosse postérieure ?)

Dans sa localisation au niveau du troisième ventricule, le kyste arachnoïdien peut poser un problème diagnostique. L'aspect laminé de la table interne retrouvée dans notre observation (**Figure N°3**) a été décrite dans la littérature mais dans des sièges différents. Cet aspect aminci et bombant de l'écaïlle temporale serait un argument en faveur de la nature congénitale du kyste, [5 ,12].

Des complications du kyste arachnoïdien ont été décrites dans la littérature, entre autres un accident hémorragique brutal survenant dans la cavité du kyste au décours d'un traumatisme crânien qui peut être mineur, mais qui suffit à rompre les fins vaisseaux artériels et veineux qui traversent l'arachnoïde et qui sont fragilisés par

la pression qu'exerce le kyste [5]. Dans ce cas le diagnostic devient plus difficile car il peut se résoudre à celui d'une hémorragie extra cérébrale sous durale, post traumatique. Ces ruptures hémorragiques sont fréquentes dans le kyste arachnoïdien de la vallée sylvienne.

Dans les kystes de la région séllaire de l'enfant et l'adulte jeune, la sémiologie associe une hypertension intracrânienne souvent sévère à une symptomatologie endocrinienne par compression hypothalamo-hypophysaire de type plutôt déficitaire, et avec une symptomatologie visuelle par compression du chiasma et des voies optiques. Débutant par une hémianopsie bitemporale comme dans toutes les tumeurs supra séllaires comprimant le chiasma, la symptomatologie visuelle se dégrade rapidement et peut aboutir à la cécité [6 ; 8 ; 11].

Un syndrome vermien associé à une hypertension intracrânienne peut être observé dans les kystes localisés au niveau de la grande citerne. Un syndrome de l'angle ponto-cérébelleux avec atteinte du VII, du VIII et du V, associée à un syndrome cérébelleux accompagne les kystes de la citerne ponto-cérébelleuse [9].

Le scanner crânio encéphalique nous a permis d'asseoir le diagnostic. L'IRM aurait été encore plus utile pour mieux illustrer ce diagnostic et nous aider également dans la recherche des lésions épileptogènes probables.

L'abstention chirurgicale a été proposée à notre patiente se justifiait par l'efficacité du traitement médical à base d'antiépileptique. L'amélioration des techniques d'imagerie médicale a permis de bien codifier l'attitude thérapeutique dans les kystes. Il est admis de n'intervenir que sur les kystes symptomatiques et de ne proposer aucun traitement pour les kystes asymptomatiques de découverte fortuite, même ceux ayant un volume considérable.

## CONCLUSION

La découverte d'un kyste arachnoïdien de la fosse cérébrale postérieure au cours d'un bilan étiologique d'une épilepsie ne permet d'établir un lien entre les deux entités, car le kyste arachnoïdien de la fosse postérieure est une tumeur non épileptogène. Il pourrait s'agir d'une association fortuite de deux entités (épilepsie essentielle et kyste arachnoïdien de la fosse postérieure)

ICONOGRAPHIE

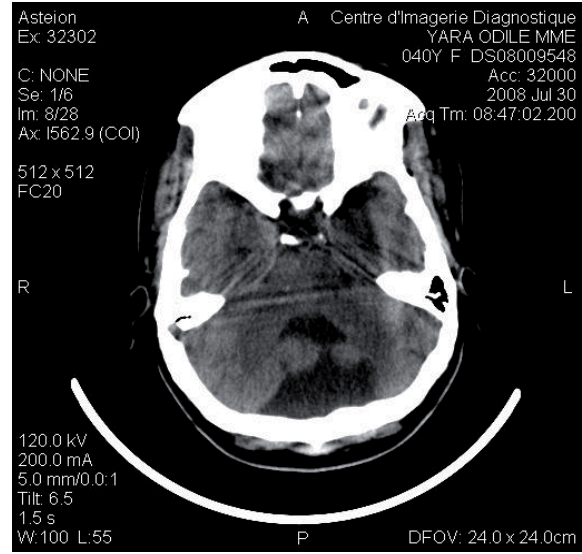
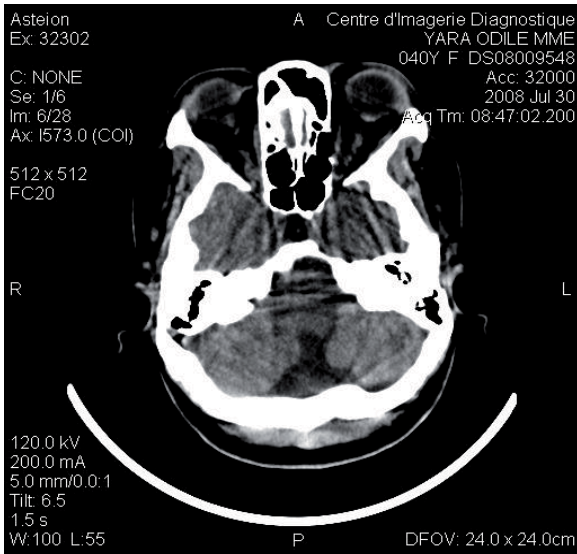


Figure N°1 : Hypodensité de la fosse cérébrale postérieure ayant la même tonalité que celle du LCS

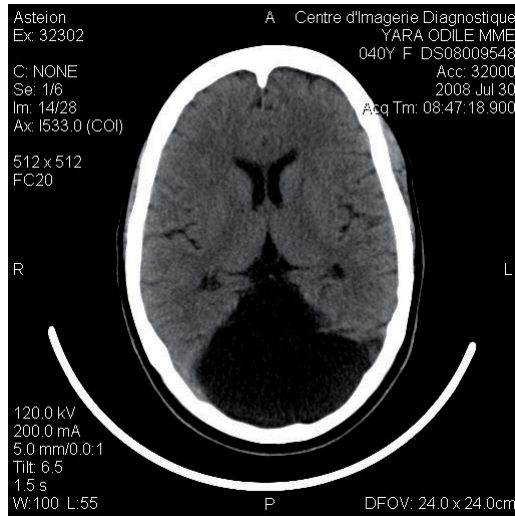
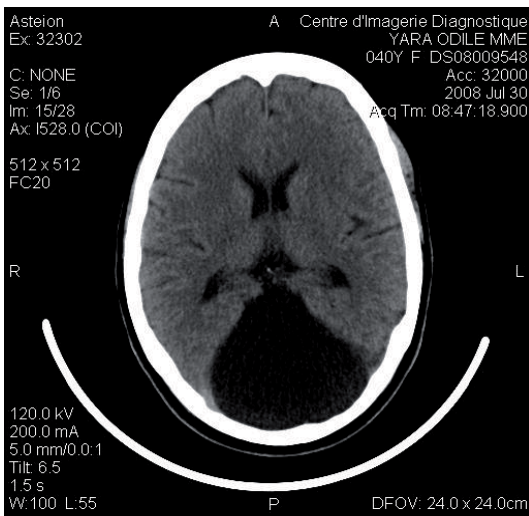


Figure N°2 : Hypodensité occupant la fosse postérieure sans effet de masse ni d'hydrocéphalie

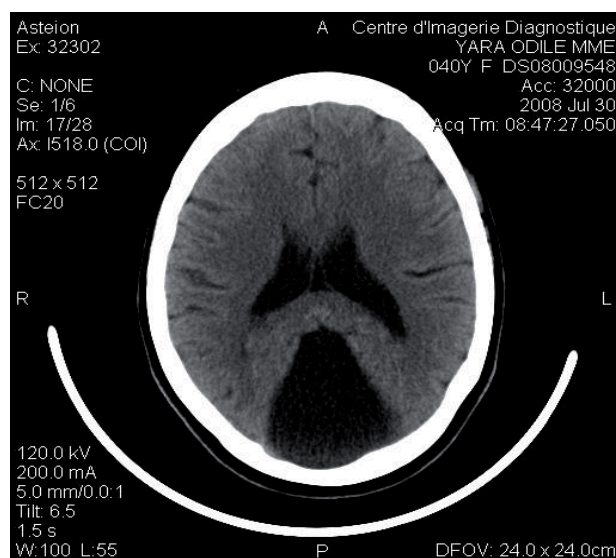


Figure N°3: Déformation de la table interne de l'os occipital (aspect laminé) (flèche)

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - Bright R : Reports of medical cases selected with a view of illustrating the symptoms and cure of diseases by a reference to morbid anatomy. Vol II **Diseases of the Brain and Nervous system** London : Longman, Rees, Brown, Green and Highley, 1931, pp 437-439
- 2 - Di Rocco : **Arachnoid cyst.**, edited by Youmans J.R. Saunders company Philadelphia London : Neurological surgery, vol 2, 42, 1990, pp 1299-1325
- 3 - Go G.K., Houthoff H.Y., Blaauw E.H. et al : Fluid secretion in arachnoid cyst as a clue to cerebro-spinal fluid absorption at the arachnoid granulation. *J. Neurosurgery* 65, 1986, p 642-648
- 4 - Hume Adams J., Corsellis J.A.N., Duchon L.W. : in **Greenfields Neuropathology** 4 th (ed), London : E. Arnold Publisher 1984, p 426-427
- 5 - Lesoin Ft., Dhellemes P., Rousseaux M. et al : Arachnoid cysts and head injury. *Acta Neurochir* 69, 1983, p 43-51
- 6 - Rengachary S.S. : Intracranial arachnoid and ependymal cysts. *Neurosurgery* chap 277, Robert H. Wilkins (ed) : Mac Graw Hill Book Company, 1985, pp 2160-2172
- 7 - Rengachary S.S., Watanabe : Ultrastructure and pathogenesis of intracranial arachnoid cysts. *J. Neuropathol. Exp. Neurol.* 40, 1981, p 61-83
- 8 - Robinson R.C : Congenital cysts of the brain : arachnoid malformations. *Progr. Neurol. Surg.* 4, 1971, p 133-174
- 9 - Rousseaux M., Lesoin F., Petit H. et al : Les kystes arachnoïdiens de l'angle pontocerebelleux. *Neurochirurgie* 30, 1984, p 119-124
- 10 - Rousseaux M., Lesoin F., Christiaens J.L. et al : Kystes arachnoïdiens plurilobés pariétaux de l'adulte (2 observations) *Neurochirurgie* 30, 1984, p 245-308
- 11 - Venes J., Brunberg J : **Arachnoid cyst.** . edited by M. APUZZO, Churchill Livingstone. New York : Brain surgery vol 2, 75, 1993, pp 2003-2016
- 12 - Vigouroux R., Choux P., Baurand : Les kystes arachnoïdiens congénitaux. *Neurologie* 9, 1966, p 169-187