

Déclaration d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuchi.2014.10.009>

08

La craniectomie décompressive sus-tentorielle : expérience d'un hôpital d'instruction des armées entre 2010 et 2013

N. Desse*, P. Romanat, C. Joubert, H. Boret, A. Dagain
Toulon, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nicolas.desse@neurochirurgie.fr (N. Desse)



Introduction Le but de notre étude est d'évaluer nos résultats dans la prise en charge de l'hypertension intracrânienne, post-traumatique ou en pathologie vasculaire, par la technique de la craniectomie décompressive sus-tentorielle, qui a pour but de diminuer la pression intracrânienne par l'ablation d'une partie de la voûte crânienne.

Patients et méthode Cette étude rétrospective est réalisée à partir de 65 dossiers de patients pris en charge à l'hôpital d'instruction des armées Sainte-Anne entre janvier 2010 et décembre 2013. Ces 65 patients, dont 30 patients traumatisés crâniens et 33 patients vasculaires, ont subi une craniectomie décompressive fronto-temporo-pariétale unilatérale. L'analyse rétrospective des dossiers, de la prise en charge initiale à la cranioplastie, fut menée à la manière d'une enquête à l'aide d'un questionnaire de dépouillement.

Résultats Sur les 65 patients de notre étude, 32 patients (49,2%) sont décédés. À 3 mois de suivi, 3 patients étaient dans un état végétatif, 22 patients étaient lourdement handicapés, 8 patients avaient repris une vie sociale avec ou sans reprise du travail. À 1 an de suivi, 19 patients sur les 28 ayant eu leur cranioplastie ont eu une amélioration neurologique à l'issue, amélioration d'autant plus marquée que la cranioplastie était précoce. Aujourd'hui, 7 patients sur ces 65 présentent de lourdes séquelles.

Conclusion La craniectomie décompressive est une technique chirurgicale employée pour traiter l'hypertension intracrânienne. Son efficacité a été scientifiquement prouvée dans l'accident vasculaire ischémique malin. En traumatologie, elle est préconisée en cas d'hypertension intracrânienne réfractaire aux traitements médicaux. Tout le problème réside dans l'évolution neurologique des patients craniectomisés. Nous devons poursuivre notre travail par une étude sur la qualité de vie de ces patients qui parfois demeurent lourdement handicapés.

Déclaration d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuchi.2014.10.010>

09

Propionibacterium acnes : premier responsable des infections postopératoires en neurochirurgie ?

G. Reuter*, A. Maboge, F. Scholtès, D. Martin
Liège, Belgique

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gilles.reuter@chu.ulg.ac.be (G. Reuter)



Introduction La fréquence d'infections postopératoire dans la littérature neurochirurgicale oscille entre 1,5 et 3,7%. Dans la littérature contemporaine, le Staphylocoque doré à coagulase négative représenterait la plus grande partie des infections en neurochirurgie, il est responsable de 50% des cas. L'autre moitié des infections est engendrée par les *Bacilles* Gram négatif aérobies ou anaérobies. De plus en plus d'équipes se penchent sur la fréquence en hausse d'infections postopératoires à *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*),

que ce soit pour des interventions crâniennes ou rachidiennes. La fréquence d'infections *P. acnes* est-elle en augmentation ? D'autre part, quels sont les facteurs de risque qui favorisent cette infection ? Comment lutter contre cette bactérie ?

Patients et méthode Nous analysons 6 années consécutives ; de 2008 à 2013. Le nombre total de patients infectés est de 125. Des analyses univariées et multivariées sont effectuées pour observer le caractère significatif de divers facteurs par rapport à la survenue d'infections grâce au programme Statistica 2010.

Résultats Les résultats démontrent une fluctuation des infections depuis 2008 tout en restant dans les normes de la littérature (1,14%, 1,55%...). Nous observons une proportion importante d'infections à *P. acnes* et ce de manière stable au cours du temps (>50%). Plusieurs facteurs de risques sont mis en évidence ($p < 0,005$) : le site de l'opération initiale (crâne > rachis), l'utilisation d'agrafes, de colle biologique, du caractère urgent/programmé, l'irradiation radiothérapeutique, le caractère cancéreux du cas, la dénutrition, la présence d'antécédents chirurgicaux.

Conclusion Au CHU de Liège (Belgique), le *P. acnes* est le premier agent microbien responsable d'infections postopératoires neurochirurgicales, soit seul, soit associé à un (des) autre(s) agent(s) microbien(s). Nous recommandons la réalisation de cultures anaérobies systématiquement dans tous les cas suspects d'infection. La mise en culture doit être rapide et strictement anaérobie, en raison du caractère capricieux de la croissance de cet agent. L'éviction de cette bactérie passe par l'éviction du rasage, auquel on préférera la tonte. L'éviction de feuilles de plastique adhésif opératoires, qui favorisent un environnement chaud et humide dans la plaie est nécessaire elle aussi. La surveillance accrue des allées et venues en salle d'opération et du bon fonctionnement du flux aérien est indispensable, en raison du caractère opportuniste de cette bactérie et de l'adhérence qu'elle peut trouver dans les microparticules aériennes venant se déposer dans le site opératoire. L'efficacité in vivo des différents antiseptiques : povidone iodine versus chlorhexidine reste à comparer. Nous conseillons de veiller à utiliser avec parcimonie la colle de fibrine (dite colle biologique), ainsi que les agrafes à usage cutané. La tenue d'un relevé systématique de toutes les infections postopératoire dans un service de neurochirurgie est un élément évident de veille sanitaire. Les résultats de cette étude méritent d'être comparés à d'autres centres tertiaires afin de s'assurer de l'absence de spécificité locale expliquant cette prédominance microbienne.

Déclaration d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuchi.2014.10.011>

010

Analyse médico-économique d'un service de neurochirurgie en centre hospitalier et universitaire

J. Lemaire*, C. Delom, A. Coste, T. Khalil, J. Jourdy, B. Pontier, J. Gabrillargues, D. Sinardet, A. Chabanne, V. Achim, L. Sakka, J. Coste, J. Chazal, A. Salagnac, G. Coll, B. Irthum
Clermont-Ferrand, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jeanjacques.lemaire@gmail.com (J. Lemaire)



Introduction Les contraintes économiques et sociétales imposent de prendre en compte la dimension économique et la performance médicale. Nous avons ainsi réalisé un travail d'auto-évaluation qu'il nous a semblé intéressant de partager avec la communauté neurochirurgicale.

Matériel/méthode L'activité de soin et de recherche et sa valorisation ont été étudiées de 2009 à 2013. Nous avons utilisé des paramètres institutionnels et d'organismes évaluateurs pour décrire activités et valorisation. Il s'agit d'une étude descriptive

rétrospective suivant les recommandations de la Circulaire DHOS/O4 n° 2007/390 du 29 octobre 2007.

Résultats Le compte de résultat analytique moyen annuel était de + 1,39 millions d'Euros pour 63 lits dont le taux d'occupation moyen corrigé était de 92 %, avec 6,7 équivalent-temps plein neurochirurgiens (assistants inclus), concernant 2553 patients et 1975 interventions. Le taux de mortalité (hors 3 lits d'unité de soin continue) était de 2,74 %. La durée moyenne de séjour était de 6,82 jours. Annuellement, en moyenne 15,6 % des patients ont été admis en urgence, et 76,9 % sont sortis au domicile. La valorisation moyenne annuelle de la tarification liée à l'acte et de l'activité de publication représentaient respectivement 77 % et 0,6 % des ressources totales. La difficulté de trouver des lits d'aval pour les patients lourds a été à l'origine de 1401 « journées d'attente » en 2012.

Conclusion L'analyse médico-économique d'un service de neurochirurgie en centre hospitalier et universitaire rend compte précisément des activités de soin, d'enseignement et de recherche, et de leurs valorisations financières.

Déclaration d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuchi.2014.10.012>

Communications orales

Vasculaire

011

Prise en charge des anévrismes géants : chirurgie conventionnelle versus embolisation endovasculaire



M. Rkhami*, H. Dridi, I. Mankai, N. Hammami, A. Bouhoula, M. Badri, H. Jemel, I. Zammel
Ben Arous, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mounarkhami@gmail.com (M. Rkhami)

Introduction Les anévrismes géants sont définis par un diamètre > 25 mm, ils représentent environ 5 % de tous les anévrismes intracrâniens. C'est une pathologie grave menaçant la vie en cas de rupture et son traitement reste difficile. Entre la chirurgie conventionnelle et l'embolisation endovasculaire, sa prise en charge reste controversée. Elle constitue un challenge pour les neurochirurgiens et les neuroradiologues.

Patients et méthode Étude rétrospective comparative portant sur 10 patients (4 hommes et 6 femmes) traités pour anévrismes géants entre janvier 2010 et décembre 2011. Les cas ont été répartis en deux groupes selon la modalité thérapeutique utilisée (chirurgie conventionnelle, embolisation). Nous avons rapporté le mode de prise en charge, l'évolution clinique et les résultats artériographiques obtenus selon chacune des techniques thérapeutiques.

Résultats L'âge moyen de notre population était de 39 ans. Le mode de découverte était une hémorragie méningée dans 80 % des cas et des signes compressifs dans 20 % des cas. La taille moyenne de l'anévrisme était de 28,9 mm (25–40 mm). La méthode neurochirurgicale (*trapping* sans *bypass*) a été indiquée chez 4 cas avec des suites opératoires simples et absence de séquelles après 16 mois de suivi. Six patients ont bénéficié d'un traitement endovasculaire (*coiling*). Un cas de décès a été noté suite à cette méthode et les 5 cas vivants n'ont pas présenté de séquelles. Bien que l'embolisation semble avoir moins de complications postopératoires, la chirurgie est plus performante pour assurer l'occlusion définitive de ce type d'anévrisme. Par ailleurs, l'effet de masse causé par ces lésions ne peut être levé que par la chirurgie.

Conclusion Le traitement endovasculaire des anévrismes géants est une technique fiable avec l'avantage de préserver l'axe porteur surtout quand il s'agit d'une localisation du siphon carotidien. Mais c'est une technique coûteuse. La chirurgie conventionnelle quoique invasive, a été indiquée chez beaucoup de patients vu son accessibilité et son moindre coût. La décision de la modalité thérapeutique dépend de la gravité de l'état clinique du patient, des constatations radiologiques et de la disponibilité de chacune des deux procédures. On n'a pas constaté de différences significatives concernant le pronostic des patients traités par les deux méthodes.

Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuchi.2014.10.013>

012

Exclusion chirurgicale des anévrismes intracrâniens non rompus ou embolisés : évaluation clinique et radiologique multimodale d'une série monocentrique



K. Stavridi, A. Bernat, M. Labeyrie, A. Guillonnet, J. Saint-Maurice, E. Houdart, D. Bresson*, S. Froelich
Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dbresson73@yahoo.fr (D. Bresson)

Introduction Le traitement d'un anévrisme intracrânien (AIC), non rompu ou déjà embolisé, ainsi que la modalité thérapeutique (traitement endovasculaire – TEV – versus chirurgie) est généralement discutée dans le cadre d'une approche multidisciplinaire. L'expérience de l'équipe chirurgicale, propre à chaque centre, est un des critères qui intervient dans la décision. Celle-ci est évaluée par l'analyse des résultats cliniques et radiologiques des patients traités pour un AIC.

Patients et méthode Il s'agit d'une série prospective de 44 patients chez qui 48 AIC ont été traités chirurgicalement entre décembre 2007 et août 2014. Ont été retenus les AIC non rompus (embolisés ou non) et les AIC rompus, « recanalisés » après un ou plusieurs TEV. L'évaluation clinique s'est basée sur le mRS (Modified Rankin Score). La qualité de l'exclusion, le respect des artères et des veines ont été évalués par un examen angiographique (angioscanner et/ou angiographie cérébrale) pré- et postopératoire et le parenchyme cérébral par un scanner et/ou une IRM pré- et postopératoire.

Résultats Quarante-huit anévrismes ont été opérés chez 44 patients. Aucun anévrisme vertébro-basilaire n'a été opéré. Onze patients (25 %) avaient déjà été traités, dix d'entre eux par TEV. Les lésions radiologiques rapportées, tous degrés confondus, sont : 8 ischémies (16 %), 9 œdèmes (19 %) et 4 hémorragies (8 %). Deux lésions ischémiques (4,5 %) ont été responsables d'une dégradation du mRS à 3 mois (mRS à 1 pour chacun d'eux). Les autres lésions, résorbées secondairement, n'ont pas eu de retentissement. Les facteurs associés aux ischémies sont la proximité d'artères perforantes. L'étude des veines, en l'absence d'interruption de veine sylvienne superficielle, n'a pas permis d'expliquer certaines lésions œdémateuses transitoires.

Conclusion Malgré une technique microchirurgicale visant à respecter les vaisseaux (artères et veines) et le parenchyme (peu de rétraction), malgré l'utilisation de techniques récentes (doppler et fluorescence), des lésions radiologiques, mises en évidence par un bilan rigoureux, ont concerné 5 patients (11 %). Parmi ces patients, 2 ont été symptomatiques (4,5 %).

Déclaration d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuchi.2014.10.014>