L'ASTROCYTOME DU QUATRIEME VENTRICULE
A PROPOS D'UN CAS

A. AQQAD, S. RIAHI IDRISSI, A. ELGAMRI, K. IBAHIOIN, M. EL-KARKOURI, A. OUBOUKHLIK, A. ELKAMAR, A. ELAZHARI

Service de Neurochirurgie
CHU CHU Ibn Rochd. Casablanca

RESUME

L'astrocytome du 4e ventricule (V4) est une tumeur rare qui survient le plus souvent chez l'enfant. Nous rapportons l'observation d'un jeune garçon de 5 ans sans antécédents pathologiques particuliers qui a été admis au service de Neurochirurgie du CHU Ibn Rochd de Casablanca pour un syndrome d'hypertension intracrânienne et des troubles de la marche évoluant depuis 6 mois. L'examen retrouvait un syndrome cérébelleux statique. Le bilan radiologique a montré un processus tumoral du 4e ventricule avec hydrocéphalie tri ventriculaire en amont. Les autres examens complémentaires étaient sans particularité. Après une dérivation ventriculo-péritonéale, l'évolution a été marquée par une régression des signes d'hypertension intracrânienne, puis le malade a bénéficié d'une exérèse subtotale de la tumeur. En post opératoire l'état neurologique est resté stationnaire, puis s'est amélioré au bout d'une semaine. A l'examen anatomopathologique il s'agissait d'un astrocytome pilocytique grade I de l'OMS. Après une revue de la littérature, il apparait que l'origine tumorale de cet astrocytome du 4e ventricule reste toujours controversée.

***Mots clés** : Astrocytome, 4e ventricule*

INTRODUCTION

L'astrocytome du 4e ventricule est une tumeur rare, d'origine incertaine, qui survient surtout chez l'enfant. certains auteurs le définissent comme une tumeur bénigne dont 75 % de sa masse est située dans le V4 sans hypertrophie ni anomalie intrinsèque du tronc cérébral adjacent, des pédoncules cérébelleux, ni du cervelet [7]. Il a les mêmes caractéristiques histologiques que l'astrocytome habituel. Son traitement est chirurgical et le pronostic est généralement favorable.

OBSERVATION

Le patient est un petit garçon de 5 ans sans antécédents pathologiques particuliers qui a été admis pour un syndrome d'hypertension intracranienne et troubles de l'équilibre évoluant depuis 6 mois.

L'examen clinique a retrouvé un syndrome cérébelleux statique avec un oedème papillaire stade III.

Une IRM cérébrale a été réalisée et a montré un processus solide et kystique du 4e ventricule avec présence d'une hydocéphalie triventriculaire (Fig. 1, 2).

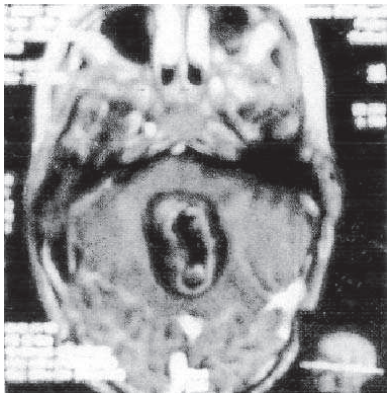

Figure 1 : IRM cérébrale en coupe axiale avec injection de sadolinium : Processus solido-kystique dans le V4.

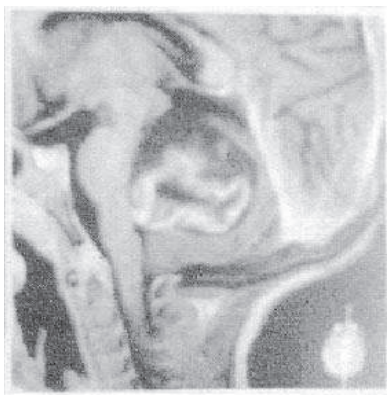

Figure 2 : IRM cérébrale en coupes sasittales sans et avec injection de gadolinium montrant le processus solide-kystique intraventricitlaire sans attache visible sur le plancher ni sur le toit du 4 ème ventricule.

Correspondance : Dr A. AQQAD
Email : neuroadil@yahoo.fr

Notre patient a bénéficié dans un premier temps d'une dérivation ventriculo-péritonéale. puis d'un abord de la tumeur par voie sous occipitale médiane. En per-opératoire la tumeur était intra ventriculaire, grisâtre, peu hémorragique et aspirable, l'exérèse totale n'a pu être réalisée du fait du caractère adhérent au plancher du V4.

L'étude anatomo-pathologique a conclu à un astrocytome pilocytique grade I de l'OMS.

Les suites post-opératoires étaient simples avec une amélioration du tableau clinique.

DISCUSSION

L'astrocytome du 4e ventricule est une tumeur rare, son origine reste incertaine. Plusieurs théories ont été émises, soit impliquant une extension tumorale du tronc cérébral au 4e ventricule dans 19 à 23 % ou du cervelet au 4e ventricule dans 50 %, soit la qualifiant d'entité nouvelle strictement intra ventriculaire [1,7].

Sur le plan radiologique ces tumeurs présentent les mêmes caractéristiques que les astrocytomes habituels solide et/ou kystique et intra ventriculaire refoulant le tronc cérébral et le cervelet [2, 3, 5, 7]. La prise en charge thérapeutique est basée sur la chirurgie visant une exérèse la plus large possible avec rétablissement de la circulation du LCR, cette chirurgie doit être menée dans les meilleures conditions opératoires possibles (micro-chirurgie, monitorage +++) pour éviter certaines complications dont l'atteinte des noyaux des nerfs crâniens et les troubles neurovégétatifs dus à la traction mécanique, la diffusion de la chaleur de la coagulation et la coagulation des vaisseaux nourriciers du plancher du 4e ventricule.

Sur le plan Anatomopathologique l'astrocytome pilocytique est le plus fréquent, suivi du fibrillaire et du gémistocytique. L'astrocytome malin n'est retrouvé que dans 5 % des cas selon la littérature [7].

L'évolution à long terme est généralement favorable ; les récidives dépendent de la qualité de l'exérèse chirurgicale et ne sont symptomatiques que si elles infiltrent le tronc cérébral ; ces récidives gardent le même grade histologique que la lésion initiale [4, 6].

La radiothérapie n'est envisageable qu'exceptionnellement au regard de ses complications, surtout en cas de récidives [7].

CONCLUSION

L'astrocytome du V4 est une entité rare dont le point de départ reste controversé. Il a les mêmes caractéristiques histologiques que les astrocytomes habituels. Son traitement est chirurgical. L'évolution est généralement favorable.

BIBLIOGRAPHIE

[l] CUSHINGH (1931)
Expérience with thé cerebeJlar astrocytomas. A criticial review of seventy-six cases.
Surg Gynecol obstet 53 : 129-204

[2] KOOS WT, MILLER MH (1971)
Intracranial tumors of infants and children.Thieme, Stuttgart

[3] SCHNEIDER JH. RAFFEL C. MCCOMB JG (1992)
Benign cerebellar astrocytomas of childhood. Neurosurgery 30:58-63

[4] SGOUROS S, FINERON PW, HOCKLEY AD (1995)
Cerebellar astrocytoma of childhood : long-term follow-up. Child's Nerv Syst 11 : 89-96

[5] STROINK AR. HOFFMAN HJ, HENDRICK EB, HUMPHREYS RP. DAVIDSON G (1987) : Transpendymal benign dorsaily exophytic brain stem gliomas in childhood: diagnosis and treatment recommendations.
Neurosurgery 20 : 439-444

[6] SZENASV J, SLOWIK F (1983)
Prognosis of benign cerebellar astrocytomas in children. Child's Brain 10 : 39-47

[7] TOMITA T. CHOU P. REYES-MUGICA M
IV ventricle astrocytomas in childhood : clinicopathological features in 21 cases Child's Nerv Syst (1998) 14 : 537-546