

L'IMAGE DU MOIS

Evolution atypique d'une «growing skull fracture»

K. QUINONEZ (1), N. ANTOINE (2), O. BURLET (3), A. MAERTENS DE NOORDHOUT (4), L. COLLIGNON (5)

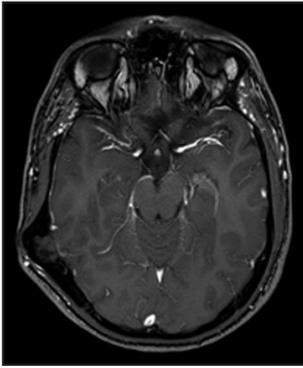


Figure 1. Acquisition transverse IRM T1 en mode *Fast Field echo* objectivant le kyste leptoméningé comblé par une hernie de parenchyme cérébral.

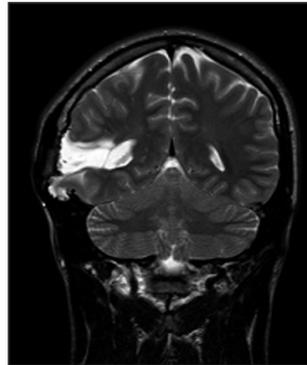


Figure 2. Acquisition coronale IRM T2 en mode *Spin écho* objectivant le kyste leptoméningé comblé par une hernie de parenchyme cérébral.

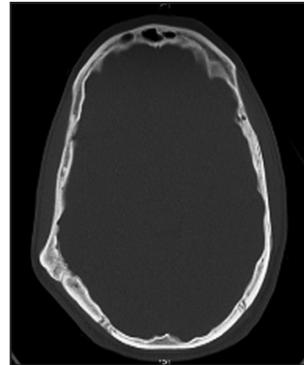


Figure 3. Acquisition transverse scannographique obtenue en densité osseuse objectivant l'hyperostose réactionnelle atypique.

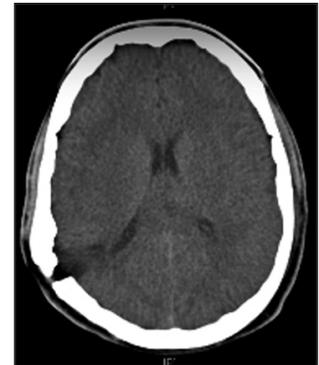


Figure 4. Acquisition transverse scannographique obtenue en densité parenchymateuse cérébrale objectivant la hernie de parenchyme cérébral.

Nous rapportons ici le cas d'un patient de 25 ans adressé en IRM cérébrale pour mise au point de malaise avec manifestations motrices survenues il y a 3 semaines durant son sommeil qui l'on amené à se retrouver au sol à côté de son lit avec une respiration stertoreuse.

On ne signale pas de morsure de langue, de perte d'urine ou d'état post-critique prolongé.

Il s'agissait du premier épisode de ce type. Le patient se plaignait de fatigue et de discrète céphalée ce jour-là. Le patient a une durée de sommeil de plus de sept heures, ne consomme pas de drogue ni d'alcool et a d'emblée été placé sous Depakine chrono® 2cp de 500 mg le soir.

Dans ses antécédents, on ne note pas de souffrance foetale cérébrale durant la grossesse ou l'accouchement. Le patient a été hospitalisé en soins intensifs suite à une double fracture temporale droite survenue à l'âge de trois mois. Il a été suivi durant 8 ans en raison d'un kyste leptoméningé post-traumatique. Il n'y a jamais eu d'épisodes convulsifs.

Suite à cette fracture survenue durant la prime enfance, il s'est formé une brèche leptoméningée, laquelle s'est agrandie suite à la pulsativité du liquide céphalorachidien.

Un kyste leptoméningé classique a donc pris place dans le foyer de fracture, situé juste sous le derme et une hernie de parenchyme cérébrale a fait suite, compliquant le tableau (1-6).

A signaler également une plage porencéphalique surmontant la lésion (hyper signal T2) avec attraction-dilatation de la corne occipitale en regard.

L'intérêt de cette observation est de montrer une hyperostose réactionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

1. Vignes JR, Jeelani NU, Jeelani A, et al.— Growing skull fracture after minor closed-head injury. *J Pediatr*, 2007, **151**, 316-318.
2. Kutlay M, Demircan N, Akin ON, Basekim C.— Untreated growing cranial fractures detected in late stage. *Neurosurgery*, 1998, **43**, 72-76; discussion 76-77.
3. Navneet Singla, Sunil Kumar Gupta. The Natural History of an Untreated. Growing Skull Fracture : An Unusual Case. *Pediatr Neurosurg*, 2010, **46**, 76-79.
4. Diyora B, Nayak N, Kamble H, et al.— Surgical treatment and results in growing skull fracture. *Neurol India*, 2011, **59**, 424-428.
5. Kutlay M, Demircan N, Akin ON, Basekim.— C : Untreated growing cranial fractures detected in late stage. *Neurosurgery*, 1998, **43**, 72-77.
6. Ziyal IM, Aydin Y, Türkmen CS, et al.— The natural history of late diagnosed or untreated growing skull fractures : report on two cases. *Acta Neurochir*, 1998, **140**, 651-654.

(1) Etudiant, Université de Liège.
(2) Assistant, (4) Chef de Service, Service de Neurologie, CHR Citadelle.
(3) Radiologue, (5) Chef de Service, Service de Radiologie, CHR Citadelle.