

BRÈCHE OSTÉOMÉNINGÉE

Morgane Roulette, Claire Konzelmann, Laura Iordache, Olivier Fain

Service de médecine interne, hôpital Jean-Verdier (AP-HP), université Paris-13, 93 140 Bondy, France.
olivier.fain@jvr.aphp.fr

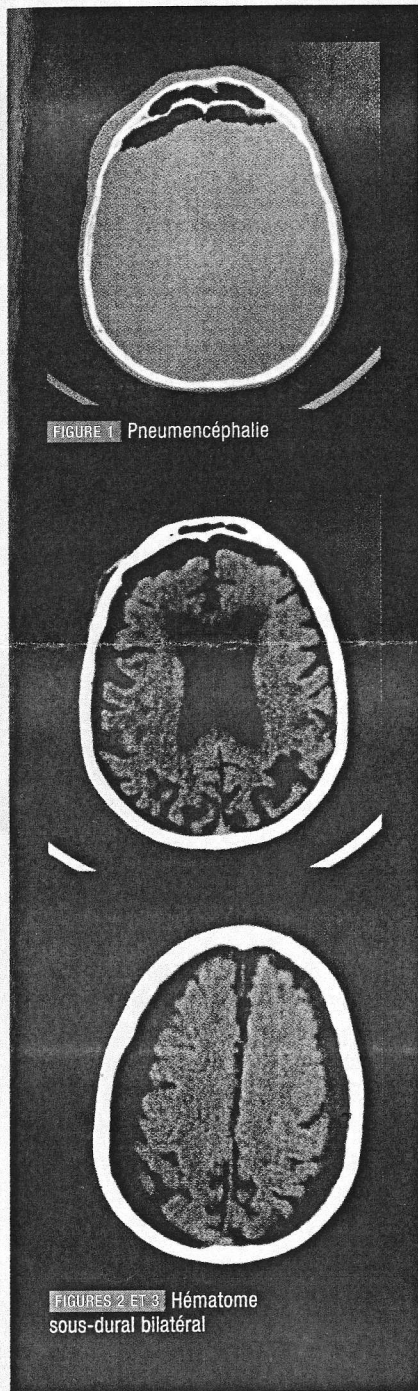


FIGURE 1 Pneumocéphalie

FIGURES 2 ET 3 Hématome sous-dural bilatéral

CET HOMME DE 89 ANS, aux multiples antécédents cardiovasculaires et cancéreux, sous aspirine, était hospitalisé pour un malaise sans perte de connaissance à l'origine d'un traumatisme crânien centré sur l'orbite gauche. À son arrivée aux urgences, il était confus. La tomodensitométrie (TDM) cérébrale montrait un hémosinus gauche et une pneumocéphalie (fig. 1).

Après avis neurochirurgical, du fait de l'âge et du terrain, seule une prévention des agressions cérébrales secondaires d'origine systémique (ACSOS) [surveillance de la glycémie, de la capnie, de la température, de la pression artérielle, de l'oxygénation et du taux d'hémoglobine] était proposée. La pneumocéphalie régressait spontanément en 15 jours, mais une semaine plus tard apparaissait un hématome sous-dural bilatéral à la suite de la reprise d'un traitement par héparine du fait de la survenue d'une fibrillation atriale (fig. 2 et 3).

La brèche ostéoméningée, rupture de la continuité ostéo-dure-mérienne, est un déchirement de la dure-mère, souvent localisé sur l'os temporal ou à l'étage moyen et antérieur de la base du crâne, entraînant une fuite de liquide céphalorachidien dans les sinus, le nasopharynx ou l'oreille moyenne. Elle peut être secondaire à un traumatisme (fracture de l'ethmoïde dans 80 % des cas, de la paroi postérieure du sinus frontal ou du sphénoïde), une malformation de l'étage antérieur ou moyen de la base du crâne ou une tumeur.¹ Elle peut être asymptomatique ou être révélée par une liquorrhée (oto- ou rhinorrhée) dans 50 % des cas. Le diagnostic se fait par l'imagerie, la TDM en première intention, montrant une discontinuité osseuse associée soit à une opacité suspendue dans une cavité aérique de la base du crâne correspondant à du parenchyme cérébral hernié soit à une pneumocéphalie.² La principale complication est la méningite, précoce ou tardive ; 85 % des patients atteints de brèche ostéoméningée auront une méningite dans les 10 ans. La brèche ostéoméningée doit être systématiquement recherchée devant toute méningite récidivante, surtout à pneumocoques. Le traitement consiste en une lutte contre les ACSOS, une vaccination contre le pneumocoque en prévention des méningites et une antibioprofylaxie (par amoxicilline-acide clavulanique) pendant 1 mois. La brèche régresse spontanément dans la majorité des cas.^{1,3} Le traitement est chirurgical en présence de signes de gravité (liquorrhée abondante et/ou complications infectieuses).^{2,4,5} L'intervention n'est pas réalisée en post-traumatique immédiat, mais entre le 8^e et le 15^e jour après régression de l'œdème.

M. Roulette, C. Konzelmann, Laura Iordache déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.
La déclaration d'O. Fain est en ligne sur www.larevuedupraticien.fr

1. Aguilar-Shea AL, Mañias-Gallardo N, Romero-Pisonero E. Post-traumatic pneumocephalus. *Int J Emerg Med* 2009;2:129-30.
2. Domengie F, Cottier JP, Lescanne E, et al. Stratégie d'exploration d'une brèche ostéoméningée. *J Neuroradiol* 2004;31:47-59.
3. Venkatesh SK, Bhargava V. Post-traumatic intracerebral pneumatocele. *Singapore Med J* 2007;48:1055-9.
4. Sharifabad MA, Gianatiempo C, Gharibshahi S. Pneumocephalus: a case report and review article. *Int J Clin Pract* 2007;61:74-6.
5. Gonzalez Doce V, Giron Ubeda JM. Pneumocephalus and pneumococcal meningitis secondary to a cerebrospinal fluid fistula. *Neurologia* 2011;26:e7-8.