

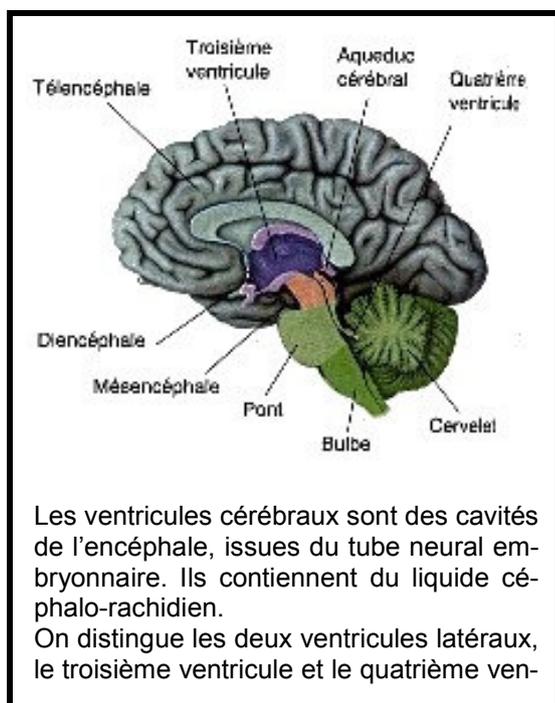
Ré-inventer la roue ou la ventriculo-cisternostomie

Michaël Vloeberghs MD

Maître de conférences en Neurochirurgie Pédiatrique et Neurochirurgien Pédiatrique Consultant Honoraire, Queens Medical Centre, Université de Nottingham

Pourquoi ré-inventer la roue ? Il n'y avait pas de problème avec les anciennes. Cela peut être vrai pour des roues, mais pas quand il s'agit du traitement de l'hydrocéphalie. Il fallut attendre les années '60, et le développement d'implants pour que le traitement de l'hydrocéphalie devienne possible et que les shunts: (dérivation de liquide céphalo-rachidien du cerveau vers la poitrine, le coeur, ou habituellement l'abdomen à l'aide d'un cathéter en silicone) deviennent une procédure ordinaire pour les neurochirurgiens et d'autres. Excepté les avancées techniques dans la structure et la forme, le concept est resté le même. Les problèmes associés au shunt n'ont pas changé non plus. Les shunts connaissent toujours des pannes mécaniques, occlusion, drainage excessif et infection. On peut faire vraiment peu de chose en ce domaine et si les shunts étaient des appareils ménagers, les fabricants devraient les rappeler.

Il y a une alternative : la ventriculo-cisternostomie endoscopique. Cette très vieille procédure (datant des années 1900) a été abandonnée à cause des complications désagréables résultant de la faiblesse des anesthésiants et de l'équipement inadéquat. Le progrès technique en matière d'optique, d'électronique et de traitement de l'image a rendu l'endoscopie (ce qui signifie regarder à l'intérieur de quelque chose) accessible à toutes les disciplines médicales. Dans les années 1980 des instruments d'endoscopie ont été adaptés à la neurochirurgie et un nombre croissant d'applications a été trouvé. Actuellement dans notre département, chaque semaine,



La ventriculo-cisternostomie endoscopique, ce qui signifie ouvrir le plancher du cerveau en employant un télescope miniaturisé, a été une des premières applications. À cause de la position des cavités du cerveau, spécifiquement dans le cas de l'hydrocéphalie, vous pouvez naviguer du sommet du crâne jusqu'au plancher du cerveau. Ce plancher est très mince et peut être ouvert en employant une fibre laser ou un autre dispositif coupant. Cela permet au liquide de sortir du cerveau via un contournement naturel. Le risque de cette procédure est très bas et il y a très peu d'effets secondaires potentiels, il n'y a aucun drainage excessif, aucune occlusion, le risque d'infection est très réduit et, le plus important, il n'y a aucun matériel étranger laissé en place, pouvant causer des difficultés par la suite.

Le succès de ce traitement est déterminé par l'origine de l'hydrocéphalie. Si l'écoulement naturel du liquide est bloqué par une tumeur ou de naissance

(hydrocéphalie obstructive) le taux de réussite est de 85 % ; quand il y a eu une infection (la méningite) ou un saignement dans le cerveau le taux de réussite est d'environ 50 %. Le taux de réussite complet de ventriculo-cisternostomie endoscopique dans le cas de l'hydrocéphalie est de deux-tiers. L'avantage est que, dès que la ventriculo-cisternostomie est fonctionnelle et que l'hydrocéphalie est soulagée, il n'y a plus aucun besoin de nouvelle chirurgie. La ventriculo-cisternostomie, si elle est couronnée de succès, est une procédure unique avec un résultat permanent. Nous traitons maintenant un nombre croissant de patients rencontrant des complica-

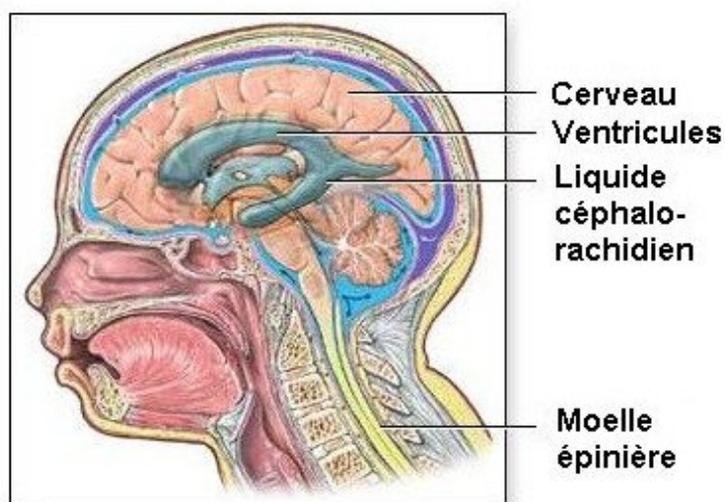
tions de shunt avec le même taux de réussite complète. Avoir un shunt en place n'écarte pas le traitement endoscopique.

Cette technique se ne le cède en rien au traitement 'classique' de l'hydrocéphalie, c'est-à-dire aux shunts, puisque 70 % de ceux-ci tomberont en panne avant 10 ans et un enfant a en moyenne besoin de cinq à six shunts avant d'atteindre de l'âge adulte. Nous en sommes arrivés à proposer un traitement endoscopique pour chaque nouveau cas d'hydrocéphalie et pour chaque occlusion d'un shunt.

Mais que se passe-t-il si le traitement endoscopique ne donne rien ? En général, il subsiste un tiers des patients pour lesquels cette procédure ne soulagera pas l'hydrocéphalie. Pour ces patients, la seule option est de dériver le liquide avec un shunt. Une ventriculo-cisternostomie antérieure n'influence pas la procédure. Jusqu'à présent, il n'y a aucun moyen de prévoir quel patient bénéficiera de la procédure, nous devons donc rester honnêtes quant aux résultats et ce n'est qu'après une conversation longue et informative avec les parents que nous intervenons.

Nous ne pouvons nous attribuer aucun mérite ni pour cette opération ni pour l'équipement, mais il se peut que nous ayons ré-inventé la roue, en ce sens que nous redécouvrons une vieille procédure employant la technologie la plus récente et en améliorant les résultats.

Cet article a d'abord été publié dans «Hydrocephalus Network News» sous le titre «Re-inventing the Wheel or Third Ventriculostomy» (<http://www.asbah.org/ventriculo.html> - Traduction A.B., relue par le Dr Vloeberghs)



Normal

Hydrocéphalie

