

# Kyste Arachnoïdien Temporal : Facteur de Risque Méconnu d'Hématome Sous-Dural Post-traumatique

Djahida CHEIKH et Kenza BADACHE

Service de Neurochirurgie – CHU de Mostaganem, Algérie

*Auteur correspondant : Djahida CHEIKH, Service de Neurochirurgie , CHU Mostaganem, Faculté de Medecine, Université Abdelhamid BENBADIS ,Mostaganem, .Algérie*

*Reçu : 15 Fevrier 2026      Accepté : 11 Avril 2026      Publié : 1er Mai 2026*

*Citation : Djahida CHEIKH et Kenza BADACHE. Kyste Arachnoïdien Temporal : Facteur de Risque Méconnu D'hématome Sous-Dural Post-traumatique. JMSP Vol.2 Numero 1.*

## RESUME

### Introduction

Le kyste arachnoïdien intracrânien est une malformation bénigne d'origine congénitale, fréquemment découverte de façon fortuite lors d'un examen neuroradiologique. Bien qu'il demeure le plus souvent asymptomatique, certaines complications peuvent survenir, en particulier l'hématome sous-dural post-traumatique, parfois après un traumatisme crânien mineur. Cette association, encore sous-estimée en pratique clinique, mérite une attention particulière chez les sujets jeunes.

### Observation

Nous rapportons deux observations colligées au service de neurochirurgie du CHU de Mostaganem. Le premier cas concernait un adolescent de 17 ans présentant un hématome sous-dural subaigu temporal gauche survenu deux semaines après une chute bénigne. Le second cas concernait un enfant de 10 ans admis pour syndrome d'hypertension intracrânienne secondaire à un hématome sous-dural chronique révélant un kyste arachnoïdien temporal gauche.

### Résultats

Les deux patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical par drainage de l'hématome sous-dural par trou de trépan. L'évolution postopératoire a été favorable, avec disparition des signes cliniques et absence de récurrence.

### Conclusion

Le kyste arachnoïdien temporal constitue un facteur de risque non négligeable d'hématome sous-dural post-traumatique. Une surveillance clinique et radiologique rigoureuse est nécessaire après tout traumatisme crânien, même minime.

*Mots-clés : kyste arachnoïdien, hématome sous-dural, traumatisme crânien mineur, neurochirurgie, fosse temporale moyenne.*

## INTRODUCTION

Les kystes arachnoïdiens sont des lésions bénignes remplies de liquide cérebrospinal, situées entre deux feuillets de l'arachnoïde. Ils résultent d'une anomalie du développement embryologique de la membrane arachnoïdienne, conduisant à la formation d'une cavité liquidienne intracrânienne [1]. Ils représentent environ 1 à 2 % des lésions intracrâniennes et sont observés plus fréquemment chez l'enfant et l'adulte jeune, avec une prédominance masculine [2].

La localisation la plus fréquente est la fosse temporale moyenne, qui représente plus de la moitié des cas rapportés. Les autres localisations incluent la région rétrocérebelleuse, la convexité cérébrale, la région suprasellaire et la scissure interhémisphérique [3].

Dans la majorité des cas, les kystes arachnoïdiens sont asymptomatiques et découverts fortuitement lors d'un scanner ou d'une IRM cérébrale. Toutefois, certains patients peuvent développer des manifestations cliniques telles que céphalées, crises convulsives, troubles cognitifs, hydrocéphalie ou complications hémorragiques [4].

L'hématome sous-dural post-traumatique constitue l'une des complications les plus importantes, notamment chez les sujets jeunes porteurs d'un kyste temporal. Sa reconnaissance précoce est essentielle afin d'éviter les retards diagnostiques et les complications neurologiques graves.

Le but de ce travail est de rapporter deux observations cliniques illustratives et de discuter les aspects physiopathologiques, diagnostiques et thérapeutiques de cette association rare mais potentiellement grave.

## OBSERVATIONS CLINIQUES

### Observation 1

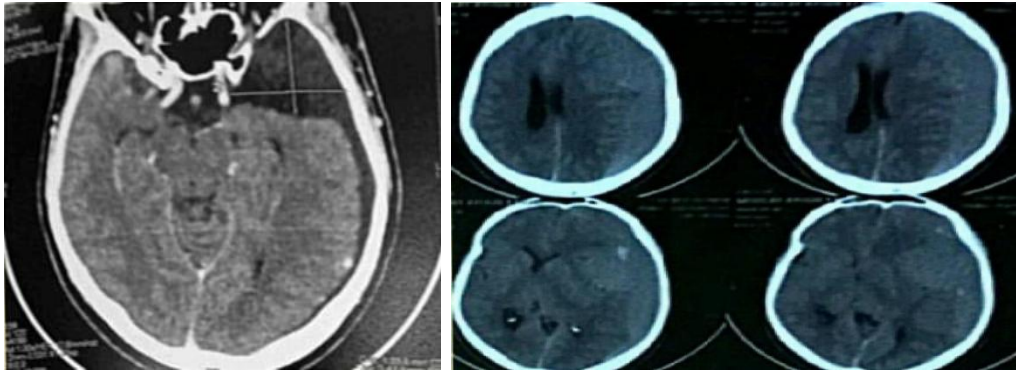
Un adolescent âgé de 17 ans, sans antécédents pathologiques particuliers en dehors d'un kyste arachnoïdien temporal connu, a été admis pour céphalées progressives associées à des vomissements, apparus deux semaines après une chute de sa hauteur avec traumatisme crânien sans perte de connaissance.

À l'examen clinique, le patient était conscient, avec un score de Glasgow à 15/15. L'examen neurologique retrouvait un syndrome d'hypertension intracrânienne sans déficit moteur ni trouble de la conscience.

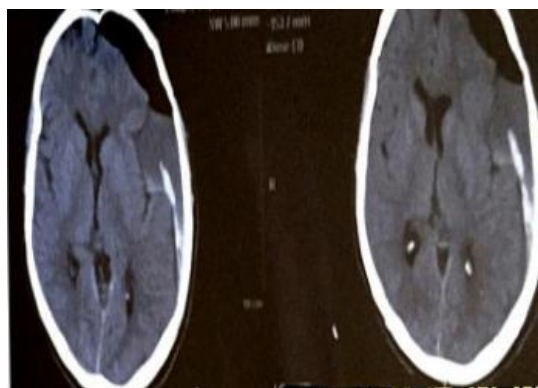
La tomodensitométrie cérébrale a objectivé un hématome sous-dural subaigu temporal gauche compressif, en regard d'un kyste arachnoïdien temporal homolatéral (*Figure 1*).

Le patient a bénéficié d'un drainage chirurgical par trous de trépan avec évacuation de l'hématome.

Les suites opératoires ont été simples, marquées par la disparition complète des céphalées et une évolution clinique et radiologique favorable (*Figure 2*).



**Figure 1.** TDM cérébrale montrant un hématome sous-dural subaigu temporal gauche associé à un kyste arachnoïdien de la fosse temporale moyenne.



**Figure 2** TDM cérébrale postopératoire de contrôle montrant l'évacuation complète de l'hématome sous-dural temporal gauche, la réexpansion du parenchyme cérébral et la régression de l'effet de masse.

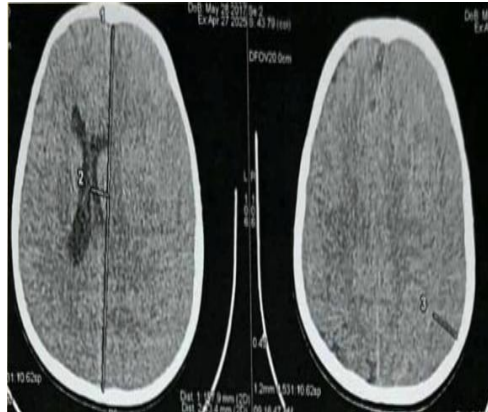
## Observation 2

Un enfant âgé de 10 ans a été admis aux urgences pour céphalées intenses, vomissements répétés et somnolence progressive, apparus dix jours après un traumatisme crânien mineur survenu à l'école.

À l'examen clinique, l'enfant présentait une somnolence modérée sans déficit neurologique focal.

La TDM cérébrale a mis en évidence un hématome sous-dural chronique temporal gauche avec effet de masse modéré(*Figure 3*).

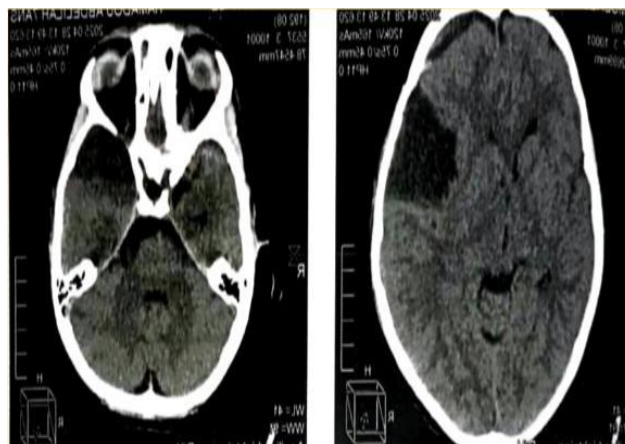
Le patient a été opéré en urgence par drainage chirurgical à travers un trou de trépan unique.



**Figure 3.** TDM cérébrale en coupe axiale montrant un hématome sous-dural chronique temporal gauche avec effet de masse modéré et compression du parenchyme cérébral adjacent.

La TDM cérébrale de contrôle postopératoire a révélé la présence d'un kyste arachnoïdien temporal gauche sous-jacent (*Figure 4*)., jusque-là méconnu.

L'évolution a été favorable avec récupération neurologique complète et absence de récurrence.



**Figure 4.** TDM cérébrale postopératoire montrant la réexpansion cérébrale après évacuation de l'hématome et la persistance d'un kyste arachnoïdien temporal gauche.

## DISCUSSION

### Données générales et intérêt clinique

Les kystes arachnoïdiens intracrâniens constituent des lésions congénitales relativement fréquentes. Leur diagnostic est devenu plus courant grâce à l'accessibilité croissante de l'imagerie cérébrale moderne. Malgré leur caractère généralement bénin, certaines complications peuvent survenir, en particulier chez les patients jeunes présentant des kystes volumineux situés dans la fosse temporale moyenne.

L'association entre kyste arachnoïdien temporal et hématome sous-dural post-traumatique est désormais bien reconnue dans la littérature. Plusieurs séries ont montré que la présence d'un kyste temporal augmente significativement le risque de saignement sous-dural après un traumatisme mineur, parfois sans perte de connaissance ni lésion externe apparente [5].

### **Physiopathologie**

Plusieurs mécanismes physiopathologiques ont été proposés. Le premier repose sur la fragilité des veines ponts corticales qui traversent l'espace sous-dural au voisinage du kyste. Ces structures vasculaires seraient étirées par la présence de la cavité kystique, devenant plus vulnérables lors des mouvements brusques de décélération. Le second mécanisme correspond à la rupture de la membrane du kyste ou de petits capillaires pariétaux, entraînant un saignement progressif dans l'espace sous-dural [6].

Un autre élément important réside dans la modification locale des propriétés biomécaniques intracrâniennes. Le kyste, structure peu compressible, transmettrait plus directement les forces traumatiques au cerveau adjacent, favorisant ainsi les lésions de cisaillement après un choc minime. Ceci expliquerait la fréquence de cette complication chez les enfants, adolescents et jeunes adultes pratiquant des activités physiques ou sportives.

### **Présentation clinique et diagnostic**

Sur le plan clinique, les symptômes sont souvent retardés de plusieurs jours à plusieurs semaines après le traumatisme initial. Les céphalées persistantes, les vomissements, la somnolence, les troubles de la vigilance ou l'apparition d'un déficit neurologique doivent faire évoquer le diagnostic. Ce caractère retardé expose au risque de banalisation du traumatisme initial et au retard de prise en charge.

La tomodensitométrie cérébrale constitue l'examen de première intention en urgence. Elle permet de visualiser rapidement l'hématome sous-dural, d'en apprécier l'épaisseur, l'effet de masse et le déplacement des structures médianes. Elle identifie également la présence du kyste arachnoïdien. L'IRM peut être utile secondairement pour préciser les rapports anatomiques, la nature liquidienne du kyste et éliminer d'autres lésions intracrâniennes [7].

### **Prise en charge thérapeutique**

La prise en charge thérapeutique dépend essentiellement de la symptomatologie et du volume de l'hématome. En cas de compression cérébrale ou d'hypertension intracrânienne, un drainage chirurgical par trou de trépan est généralement suffisant, comme dans nos deux observations. La craniotomie peut être discutée dans les formes cloisonnées, récidivantes ou associées à une membrane épaisse.

Le traitement spécifique du kyste arachnoïdien reste controversé. Certains auteurs recommandent une abstention thérapeutique après simple drainage de l'hématome lorsque le patient reste asymptomatique. D'autres proposent une fenestration microchirurgicale ou endoscopique du kyste afin de réduire le risque de récurrence hémorragique, notamment en présence de volumineux kystes temporaux [8].

### **Pronostic et enseignements pratiques**

Le pronostic est généralement favorable lorsque le diagnostic est précoce et que la prise en charge neurochirurgicale est rapide. Les retards thérapeutiques peuvent en revanche conduire à des complications sévères telles qu'engagement cérébral, troubles neurologiques persistants ou récurrence.

Nos deux observations illustrent parfaitement cette entité clinique rare mais importante. Elles rappellent que tout hématome sous-dural survenant chez un sujet jeune après traumatisme mineur doit faire rechercher un kyste arachnoïdien associé.

## CONCLUSION

Le kyste arachnoïdien temporal, longtemps considéré comme une simple anomalie bénigne, doit être reconnu comme un facteur de risque réel d'hématome sous-dural post-traumatique. Cette complication survient préférentiellement chez les sujets jeunes après un traumatisme crânien apparemment mineur.

Le diagnostic repose principalement sur l'imagerie cérébrale en urgence. Le traitement chirurgical permet, dans la majorité des cas, une récupération complète.

La connaissance de cette association clinique est essentielle afin d'éviter les retards diagnostiques et d'améliorer le pronostic neurologique des patients.

## RECOMMANDATIONS

1. Réaliser un scanner cérébral devant toute céphalée persistante après traumatisme crânien mineur chez un sujet jeune.
2. Rechercher systématiquement un kyste arachnoïdien en cas d'hématome sous-dural inexpliqué.
3. Informer les patients porteurs d'un kyste temporal du risque potentiel lié aux traumatismes crâniens.
4. Assurer un suivi neurochirurgical régulier des kystes volumineux ou symptomatiques.
5. Discuter un traitement préventif chez certains patients exposés aux traumatismes répétés.

## REFERENCES

1. Bright, R. (1831). *Reports of medical cases*. London: Longman.
2. Al-Holou, W. N., Yew, A. Y., Boomsaad, Z. E., Garton, H. J., Muraszko, K. M., & Maher, C. O. (2013). Prevalence and natural history of arachnoid cysts in children. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics*, 5(6), 578–585.
3. Helland, C. A., & Wester, K. (2007). A population-based study of intracranial arachnoid cysts. *Neurosurgery*, 61(3), 592–598.
4. Cress, M., Kestle, J. R., Holubkov, R., & Riva-Cambrin, J. (2013). Risk factors for pediatric arachnoid cyst rupture. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics*, 11(6), 679–684.
5. Galassi, E., Tognetti, F., Gaist, G., Fagioli, L., Frank, F., & Frank, G. (1982). CT scan and classification of middle cranial fossa arachnoid cysts. *Surgical Neurology*, 17(5), 363–369.
6. Mori, K., & Yamamoto, T. (2002). Chronic subdural hematoma associated with arachnoid cyst in juveniles. *Neurosurgery*, 51(3), 680–686.
7. Osborn, A. G. (2018). *Diagnostic imaging: Brain* (4th ed.). Elsevier.
8. Hayes, M. J., & Meyer, F. B. (2011). Endoscopic treatment of arachnoid cysts. *Neurosurgical Focus*, 30(4), E7.