

MENINGIOME KYSTIQUE DE LA FAUX DU CERVEAU : A PROPOS D'UN CAS CLINIQUE ET REVUE DE LITTERATURE.

CYSTIC MENINGIOMA OF THE FALSE CEREBRI: ABOUT ONE CASE AND LITERATURE REVIEW

DAMA M¹, DIALLO O¹, COULIBALY O¹, SINGUEPIRE A³, OUOLOGEM M⁴, KANIKOMO D²

- 1. CHU hôpital du Mali Bamako**
- 2. CHU Gabriel Toure Bamako**
- 3. Hopital Nianankoro Fomba de Segou**
- 4. CHU Kati koulikor.**

**Correspondance : Dr Mahamadou Dama Hôpital Du Mali Missabougou Bamako
E-mail: damasmaha@yahoo.fr Tel : (+223)65978366.**

RESUME

INTRODUCTION

Le méningiome kystique est une tumeur extra-axiale rare. Représente de 4 à 7% des méningiomes intracrâniens. Nous rapportons un cas de méningiome kystique de la faux du cerveau avec une revue de littérature.

Cas clinique

Il s'agit d'une patiente de 23 ans aux antécédents personnels de santé relative qui présente depuis près de deux ans des céphalées généralisées associées à un déficit hémicorporel gauche. Le scanner et l'IRM préopératoire ont montré un processus tumoral pariétal postérieur droit avec une double composante kystique et charnue qui a été interprété en préopératoire comme gliome. La patiente a été opérée et l'aspect peropératoire était celui d'une lésion extra-axiale insérée aux tiers moyen de la faux du cerveau avec un plan de clivage franc avec le cerveau adjacent. Une exérèse totale de la lésion est réalisée et l'étude histologique a confirmé le diagnostic.

Conclusion

Le méningiome kystique est variante rare de méningiome intracrânien dont seule l'histologie permet de donner le diagnostic de certitude.

Mots clés : Méningiome, Kystique, IRM,

Tomodensitométrie, Faux du cerveau.

SUMMARY

Cystic meningioma is a rare extra-axial tumor. Represent 4 to 7% of all intracranial meningioma. We report a case of falx cystic meningioma and literature review.

Clinical case

This is a 23 years old patient with relative personal health history who has presented for nearly two years generalized headache associated with left hemiparesia. The head scan and IRM showed a right posterior parietal tumor with a cystic and fleshy component which was interpreted as glioma.

The patient was operated and the intraoperative aspect was an extra axial lesion inserted to the middle tierd of the falx cerebri with a clear cleavage plan with the cerebrum. A total exeresis of the lesion was down and the histological study confirm the diagnosis.

Conclusion

The cystic meningioma is a rare variant of intracerebral meningioma of which only histology makes it possible give the diagnosis of certainty.

Keyword: Meningioma, Cystic, IRM, CT scan, falx cerebri.

INTRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les méningiomes sont séparés en trois groupes : 1) méningiomes typiques ou bénins (OMS grade I), 2) méningiomes atypiques (grade II OMS) et 3) méningiomes malins (anaplasiques) (grade III OMS). Les méningiomes symptomatiques se produisent deux à trois fois plus souvent chez les femmes (40-60 ans). Ce sont généralement des néoplasmes bénins qui sont dérivées de cellules méningothéliales et se produisent habituellement comme des lésions extra-axiales attachées à la dure mère [1]. Les méningiomes kystiques sont rares et représentent environ 4 à 7% de tous les méningiomes [2-3]. Ils peuvent être facilement diagnostiqués à tort comme des métastases, des gliomes et des hémangioblastomes à la fois du point de vue macroscopique ainsi qu'à l'imagerie (CT et IRM). L'analyse du contenu du kyste ne peut pas aider à distinguer les gliomes des méningiomes [4]. Bien qu'il n'y ait pas de corrélation significative entre la formation de kyste et un type histologique particulier [5], Weber et al. ont trouvé une relation entre les kystiques péricytaires et les types histologiques atypiques[6]. Nous rapportons un cas de méningiome kystique, où nous discutons la clinique ainsi que l'imagerie et le traitement de cette tumeur.

PATIENT ET METHODE

Il s'agit d'un patient féminin de 23 ans aux antécédents personnels de santé relative. Elle s'est présentée en consultation de neurologie pour des céphalées nocturnes d'intensité légère à modérée depuis près de deux ans et un déficit moteur à type hémiparésie gauche aggravation progressive affectant l'autonomie du patient. Elle ne présentait ni vomissements ni troubles visuels. A l'admission la patiente avait 15 de score de Glasgow, des céphalées légères soulagées par les antalgiques de palier 1, associées à une hémiparésie gauche cotée à

3/5. Le scanner cérébral sans et avec injection qui a objectivé une image de densité mixte avec une prise de contraste diffuse. L'image semblerait être cloisonnée. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) avec injection du gadolinium a permis d'observer une image d'aspect kystique localisée en région pariétale droite paramédiane en contact avec le tiers moyen de la faux du cerveau. La lésion présentait un effet de masse sur les structures de la ligne médiane. Une craniotomie pariétale droite a permis une exérèse totale de lésion. La portion kystique était xanthochromique recouverte par une fine membrane et la portion charnue de consistance relativement dure et hémorragique. Le diagnostic histologique était un méningiome psammomateux. Le scanner de control postopératoire précoce ne montre pas de tumeur résiduelle mais un décollement sous dural sans effet de masse important. La patiente a eu une bonne évolution avec une récupération complète du déficit moteur de hemi-corps gauche.

DISCUSSION

Les méningiomes kystiques s'observent rarement, Parisi et al. ont observé 7 cas sur 152 méningiomes soient 4,6%, Isla et al ont rapporté un cas d'hypertension intracrânienne par un méningiome kystique. Même avec les moyens modernes de diagnostic quelques fois il est difficile de préciser avant la chirurgie [7]. Nauta et al. classifient ces méningiomes kystiques en 4 types. Dans le type1, la composante kystique est entièrement contenue dans la tumeur, située dans le centre. Dans le type 2, le kyste est entièrement en position intra-tumorale mais situé à la périphérie et encapsulé par des cellules tumorales. Dans le type 3, le kyste est situé à la périphérie et se trouve dans le parenchyme adjacent. Dans le type 4, le kyste est limité à l'interface entre la tumeur et le parenchyme se présentant comme une loculation du LCR dans l'espace sous-arachnoïdien sans

composante intratumorale ou parenchymateuse⁸. Jung et al. ont ajouté le type V comme un type mixte de méningiomes combinant le type I et III [9]. Rengachary a classé ces kystes en fonction de leur localisation en intratumoral, si le kyste est bordé par des cellules méningothéliales et en extratumoral dans le cas contraire [11]. Notre cas clinique correspond au type 4 de Nauta. L'identification préopératoire, en particulier, du type II et III est nécessaire. Le retrait de l'ensemble de la capsule avec le kyste est obligatoire en cas de type II tandis que l'ablation de la tumeur sans le kyste est la méthode de choix en cas de type III [10]. Plusieurs auteurs ont noté une récurrence de la tumeur en raison d'une résection incomplète de la capsule dans les types II. Cependant, la différenciation entre les deux types n'est pas toujours évidente sur la base de l'imagerie IRM, ainsi l'exploration microchirurgicale ou l'analyse histopathologique est indispensable. Nous avons eu une brèche du sinus longitudinal jugulée par l'application du gelfoam et du surgicel. La qualité exérèse était grade 2 de SIMPSON.

CONCLUSION

Les méningiomes kystiques sont des tumeurs rares et plus rare encore une localisation sur la faux du cerveau. La stratégie chirurgicale est une exérèse complète avec la capsule tumorale. Le diagnostic différentiel doit être fait avec un gliome kystique, une métastase et un hémangioblastome kystique supratentoriel.

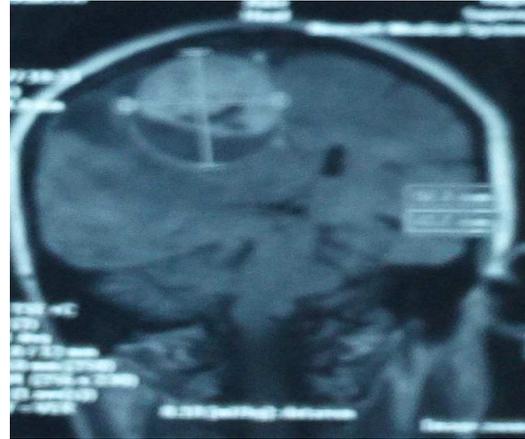


Fig.1 IRM préopératoire coupe coronale

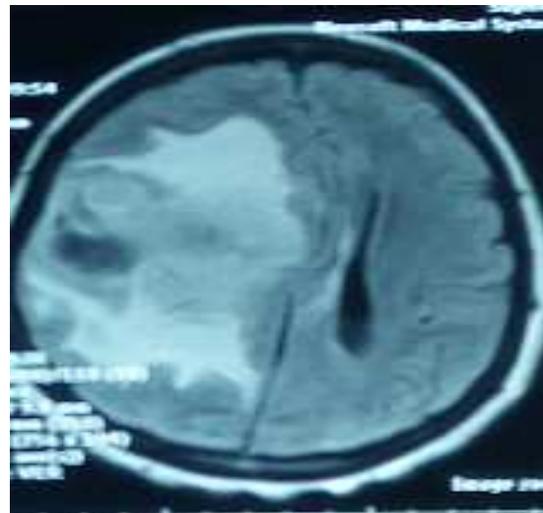


Fig.2 IRM préopératoire en coupe axiale Séquence FLAIR

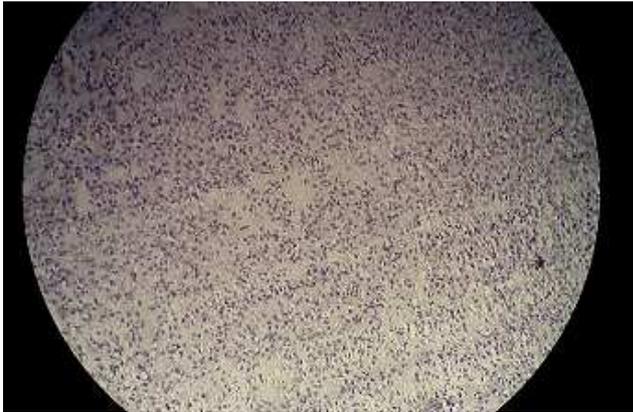


Fig.3 :Planche anatomopathologie du méningiome psammomateux

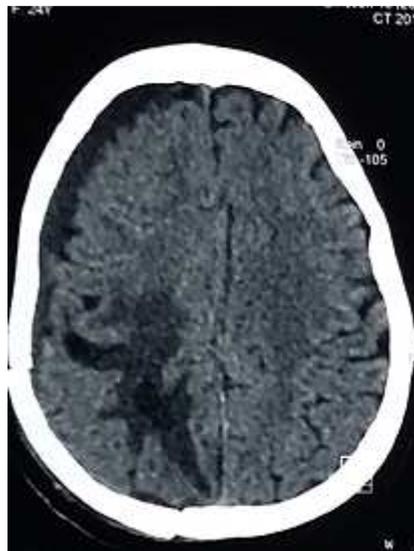


Fig.4 TDM de control avec un décollement sous dural et œdème digitiform

RÉFÉRENCES

1. Buetow MP, Buetow PC, Smirniotopoulos JG. Typical, atypical, and misleading features in meningioma. Radiographic: a review publication of radiological society of North America 1991; 11:1087-106.
2. Jung TY, Jung S, Shin SR et al. Clinical and histopathological analysis of cystic meningiomas. Journal of clinical neuroscience: official journal of the Neurosurgical Society of Australasia 2005; 12:651-4.
3. Parisi G, Tropea R, Giuffrida S, Lombardo M, Giuffre F. Cystic meningiomas. Report of seven cases. Journal of neurosurgery 1986; 64:35-8.
4. Worthington C, Caron LJ, Melanson D, Leblanc R. Meningioma cysts. Neurology 1985; 35:1720-4.
5. Maiuri F, Benvenuti D, De Simone MR, Cirrilo S, Corriero G, Giamundo A. Cystic lesions associated with meningiomas. Surgical neurology. 1986; 26: 591-7.
6. Weber J, Gassel AM, Hoch A, Kilisek L, Spring A. Intraoperative management of cystic meningiomas. Neurosurgical review 2003; 26:62-6.
7. Isla A, Berajano B, Alvarez F. Hipertension intracranial por quiste peritumoral de un nódulo meningiomatoso. Neurocirugia 1999 ; 10 :363-6.
8. Nauta, H.J.W., Tucker, W.S., Horsey, W.J., Bilbao, IM., Gonsalves, c.: Xanthochromic cysts associated with meningiomas. J. Neuro. Neurosurg. Psychiatry 1974 ; 42 : 529-35.
9. Jung TY, Jung S, Shin SR, et al. Clinical and histopathological analysis of cystic meningiomas. Journal of clinical neuroscience : official journal of the Neurosurgical Society of Australasia 2005;12:651---5.
10. Ferrante L, Acqui M, Lunardi P, Qasho R, Fortuna A. MRI in the diagnosis of cystic meningiomas: surgical implications. Acta neurochirurgica 1997;139:8-11.
11. Rengachary S, Batnitzky S, Kepes JJ, Morantz RA, O'Boynick P, Watanabe I. Cystic lesions Associated with intracranial meningiomas. Neurosurgery 1979;4:107-14.