



Journal Homepage: -www.journalijar.com
**INTERNATIONAL JOURNAL OF
 ADVANCED RESEARCH (IJAR)**

Article DOI:10.21474/IJAR01/6190
 DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/6190>



RESEARCH ARTICLE

MENINGEAL LYMPHOMA REVEALED BY BILATERAL EXOPHTHALMITIS.

Cheikh el ghoth, tijani Mohamed, I nassar and nabil moatassimbillah.

Service de radiologie centrale, CHU avicenne, université Mohamed V, rabat, maroc.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 02 November 2017
 Final Accepted: 04 December 2017
 Published: January 2018

Key words:-

meningeal lymphoma, exophthalmos, orbital invasion.

Abstract

This work reports a rare case of meningeal lymphoma revealed by a bilateral exophthalmos and takes stock of this association. primary meningeal lymphoma is a very rare localization of lymphoma and its revelation by an exophthalmia is even rarer, despite the multitude of radiological aspects the role of imaging essentially MRI is essential for early diagnosis, the assessment of extension and control after a suitable treatment.

Copy Right, IJAR, 2018,. All rights reserved.

Introduction:-

Le lymphome cérébral primitif est une localisation très rare moins de 2% de tumeurs cérébrales [1] ; l'atteinte méningée isolée est exceptionnelle [2] encore plus rare son association avec un lymphome oculaire. L'incidence de lymphome cérébral primitif ne cesse d'augmenter à cause essentiellement de l'épidémie du VIH et au nombre croissant de transplantations d'organes [1].

Observation et patient:-

Un jeune patient de 26 ans sans antécédents particuliers qui a présenté une exophtalmie progressive bilatérale plus marquée à droite sans autre manifestation clinique, une TDM cérébrale à été réalisée et complétée par une IRM cérébrale qui a objectivé un épaississement méningé diffus de la dure mère de la voute crânienne nodulaire par endroit (figure 1) modérément rehaussé après injection du gadolinium réalisant une masse para sagittale fronto-pariétale gauche (figure 2) ; envahissement du sinus veineux longitudinal supérieur en regard avec infiltration des parties molles sous cutanées du scalpe (figure 3) ; envahissement orbitaire bilatéral prédominant à droite donnant une exophtalmie grade III (figure 4 et 5).

Une biopsie stéréotaxique à été réalisée et qui a conclut à un lymphome non hodgkinien diffus à grande cellule B.

Un traitement par chimiothérapie adaptée à été instauré et l'IRM de contrôle après 3 mois est revenu en faveur d'une rémission complète.

Discussion:-

La présentation clinique habituelle se résume à une symptomatologie céphalalgique, une comitialité, un syndrome déficitaire, une atteinte d'un nerf crânien, une ataxie, une paraparésie progressive [3]. La population la plus souvent touchée est la femme d'âge moyen.

La présentation radiologique est souvent trompeuse, Les lymphomes méningés peuvent apparaître sous forme d'une collection sanguine extra parenchymateuse, fréquemment ils ont l'aspect typique de méningiomes le plus

souvent en plaque de la convexité ou en masse falcotentorielle avec une queue de comète quasi constante ; l'hyper signal en séquences T2 va à l'encontre des méningiomes

L'image apparaît iso intense, voire hypo intense en séquences T1 et prend le contraste de façon prononcée et homogène [4]

L'image en nappe peut s'accompagner d'excroissance nodulaire. L'invasion des tissus mous de la calvaria est fréquente (**figure 3**) [5]. L'œdème péri tumoral dans les lymphomes méningés est plus important que dans les méningiomes [6].

La présence d'une nécrose tumorale est rare (5,6%) et sa présence doit faire penser à un glioblastome [7]

Le diagnostic différentiel regroupe méningiome en plaque, plasmocytome solitaire méningé, le syndrome de Castleman, infections mycobactériennes dures, hémangiopéricytomes, sarcomes méningés et les PNET [8]

Lorsqu'une localisation intraoculaire est associée à un lymphome cérébral primitif, la localisation intraoculaire n'a pas été identifiée comme un facteur pronostique indépendant et le pronostic reste directement lié à celui du lymphome cérébral primitif [9].

Cette atteinte intra oculaire apparaît en IRM sous forme d'une Infiltration plus étendue touchant l'ensemble de l'espace rétrobulbaire: Nerf optique, muscles et globe oculaires. Iso signal aux muscles en T1, hypo signal T2 (non caractéristique) avec un rehaussement modéré.

Le traitement consiste en une chimiothérapie, La combinaison chirurgie et radiothérapie–chimiothérapie adjuvante offre un pronostic favorable pour les lymphomes méningés primitifs contrairement aux lymphomes intra parenchymateux primitifs [10].

L'intérêt d'un traitement local oculaire complémentaire, chimiothérapie intraoculaire ou radiothérapie oculaire, reste débattu.

Conclusion:-

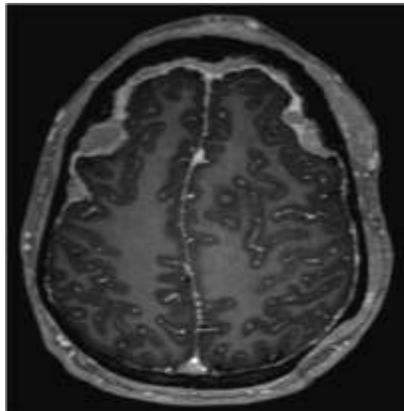
L'association d'un lymphome méningé primitif et une atteinte oculaire est très rare ; le rôle de l'imagerie est primordial notamment l'IRM permettant le diagnostic, le bilan d'extension et le contrôle après traitement adapté.

Conflits d'intérêts

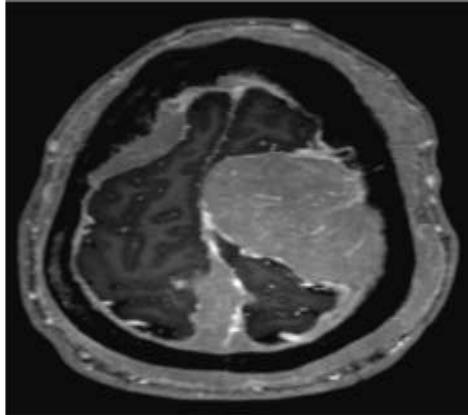
Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.



Figures 1:-IRM cérébrale en coupes axiales, T1 après injection du gadolinium : épaississement méningé de la dure mère de la voûte crânienne, nodulaire par endroit, modérément rehaussé après injection de gadolinium.



Figures 2:-IRM cérébrale en coupes axiales, T1 après injection du gadolinium : épaissement méningé de la dure mère réalisant une masse para sagittale fronto pariétale gauche, envahissant le sinus longitudinal supérieur en regard, avec infiltration des parties molles sous cutanées du scalp.

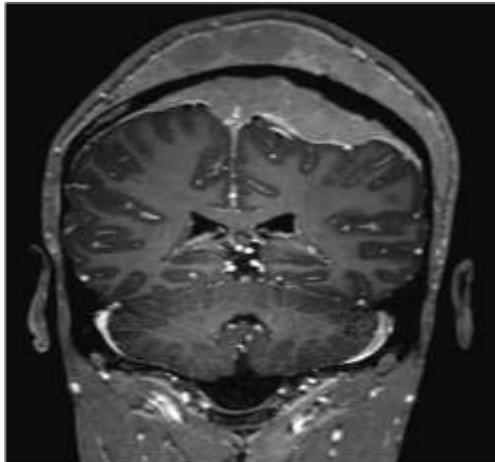
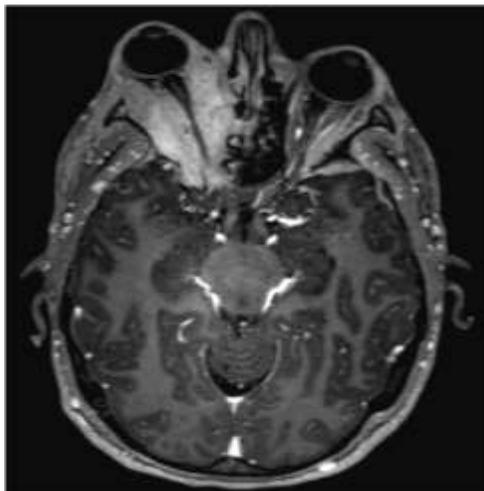
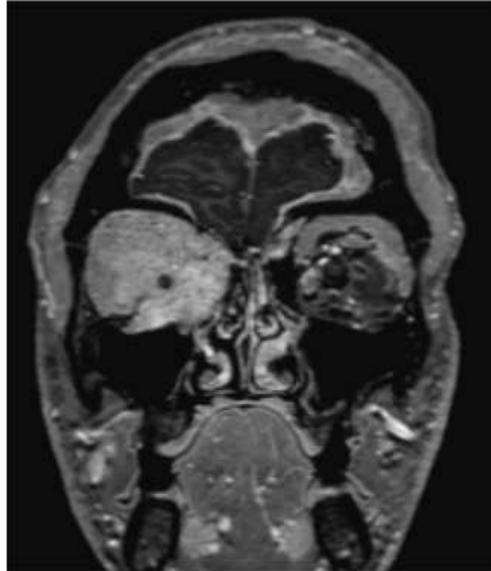


Figure 3:-IRM cérébrale en coupe coronale T1 après injection du gadolinium montrant l'envahissement du sinus longitudinal supérieur en regard de la masse méningée fronto pariétale gauche, avec infiltration des parties molles sous cutanées du scalp.



Figures 4:-IRM cérébrale en coupe axiale T1 après injection du gadolinium: envahissement orbitaire bilatéral, prédominant à droite avec exophthalmie grade III.



Figures 5:-IRM cérébrale en coupe coronale après injection du gadolinium: envahissement orbitaire bilatéral, prédominant à droite.

1. van der Sanden GA, Schouten LJ, van Dijck JA, van Andel JP, van der Maazen RW, Coebergh JW, Working Group of Specialists in Neuro-Oncology in the Southern and Eastern Netherlands. Primary central system lymphomas: incidence and survival in the Southern and Eastern Netherlands. *Cancer*. 2002;94(5):1547–56.
2. Shuangshoti S, Panayathanya R, 1974. Neural neoplasms in Thailand: a study of 2897 cases. *Neurology* 24, 1127–1134.
3. Hochberg F H, Miller D.C. 1988. Primary central nervous system lymphoma. *J Neurosurg*. 68, 835–853.
4. Lehman N L, Horoupian D S, Warnke R A, Sundram U N, Peterson K,Harsh IV, G.R, 2002. Dural marginal zone lymphoma with massive amyloiddeposition: rare low-grade primary central nervous system B-cell lymphoma.*J. Neurosurg*. 96, 368–372.
5. Hamilton D K, Bourne T D, Ahmed H, Cousar J B, Mandell J W, SheehanJ P, 2006. Follicular lymphoma of the dura: case report. *Neurosurgery* 59,E703–704.
6. Yamada S M, Ikawa N, Toyonaga S, Nakabayashi H, Park K C, Shimizu,K, 2006. Primary malignant B-cell-type dural lymphoma: case report. *Surg.Neurol*. 66, 539–543.
7. malikova H ,koubska E, weichet J, rulseh A, liscak R ,vojtech Z. Can morphological MRI differentiate between primary central nervous system lymphoma and glioblastoma. *Cancer Imaging*. 2016 Nov 29;16(1):40.
8. Low I, Allen J, 2006. Low-grade follicular lymphoma in the dura: rare mimicof meningioma. *Neuropathology* 26, 564–568.
9. Grimm SA, McCannel CA, Omuro AM, Ferreri AJ, Blay JY, Neuwelt EA, Siegal T, Batchelor T, Jahnke K, Shenkier TN, Hall AJ, Graus F, Herrlinger U, Schiff D, Raizer J, Rubenstein J, Laperriere N, Thiel E, Doolittle N, Iwamoto FM, Abrey LE. Primary CNS lymphoma with intraocular involvement: International PCNSL Collaborative Group Report. *Neurology*. 2008 Oct 21;71(17):1355-60.
11. Issaragrisil R, Bhoopat W, Nimmannitya J, Khanjanashiti P, 1989. Computertomography in the diagnosis of central nervous system lymphomas. *J Med Assoc Thai* 72, 553–561.