



Journal Homepage: [-www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

## INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/13221  
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/13221>



### RESEARCH ARTICLE

#### LES MENINGIOMES INTRA-CANALAIRES

**Laachir Ghizlene and Dounia Najioullah**

Service de Radiologie HopitalCheikh ZaidRabat Maroc, Université Internationale Abulcasis des Sciences de la Santé - UIASS.

#### Manuscript Info

##### Manuscript History

Received: 05 June 2021  
Final Accepted: 09 July 2021  
Published: August 2021

#### Abstract

Nous rapportons le cas d'un méningiome intrarachidien découvert devant un syndrome de compression de la moelle épinière et nous discutons de l'intérêt de l'imagerie par résonance magnétique dans le diagnostic des méningiomes intra-rachidiens.

*Copy Right, IJAR, 2021.. All rights reserved.*

#### Introduction:-

Les tumeurs intracanales sont des tumeurs rares dont l'évolution reste progressive avec une symptomatologie clinique peu spécifique et variée. Les tumeurs extra-médullaires intradurales sont principalement développées aux dépens des gaines nerveuses et de la méninge.

Les méningiomes rachidiens représentent 30% de l'ensemble des tumeurs intrarachidiennes. Ils peuvent être confondus avec des schwannomes et des lésions tumorales secondaires d'où l'intérêt de réaliser l'imagerie par résonance magnétique afin de déterminer le siège de la lésion, sa localisation précise épидurale et les caractéristiques sémiologiques ce qui permet une meilleure approche diagnostique.

#### Cas clinique

Une femme âgée de 54 ans, ayant comme antécédents une angioplastie coronaire, un diabète sous insulinothérapie, présentait une douleur dorso-lombaire rebelle au traitement avec une apparition récente des troubles de la marche. Devant la symptomatologie clinique un scanner est réalisé et objectivait une masse intracanales en regard de T10 et T11 discrètement hyperdense en contraste spontané avec des calcifications en périphérie (Figure1).

Un complément par une imagerie par résonance magnétique est réalisé chez cette patiente, afin de mieux caractériser la lésion, qui revenait en faveur d'une importante compression médullaire par une masse intra-canales et extra-médullaire, en regard de l'étage T10-T11, en hypersignal T2, isosignal T1, se rehaussant de façon intense et homogène après injection de gadolinium, avec un épaississement de la dure-mère postéro-latérale gauche, compatible avec un méningiome intra-canales (Figure 2).

La patiente a bénéficié d'une exérèse chirurgicale totale de la masse et l'examen histologique revenait en faveur d'un méningiome.

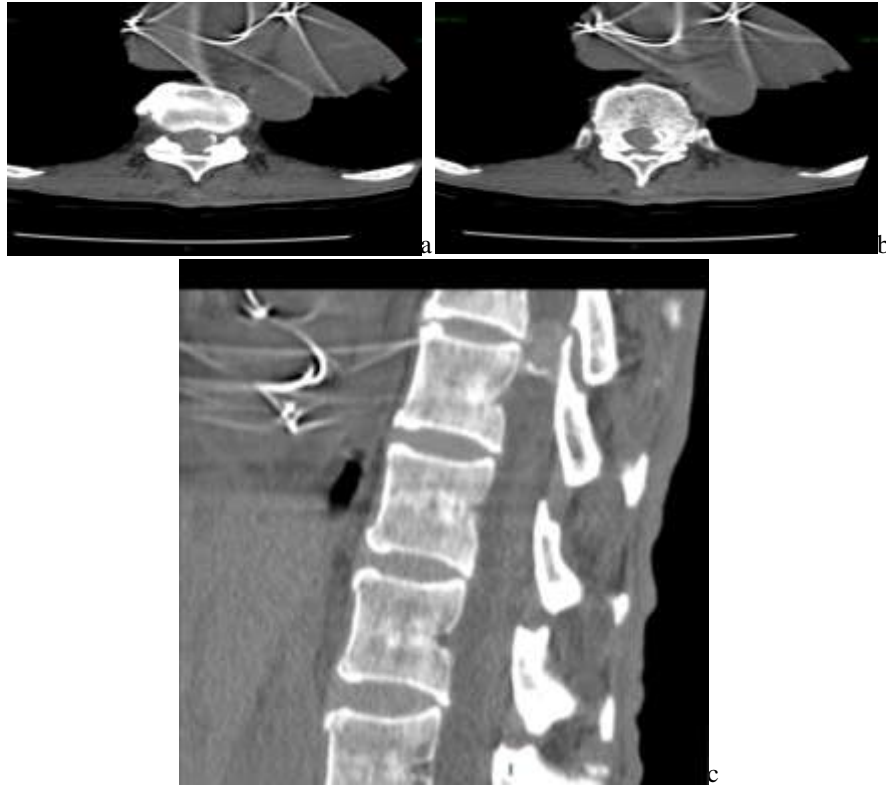
#### Conclusion:-

Les méningiomes du canal rachidien représentent environ 30 % des tumeurs intra canalaies, s'observent dans 90 % des cas chez la femme après 40 ans et se localisent principalement au niveau thoracique.

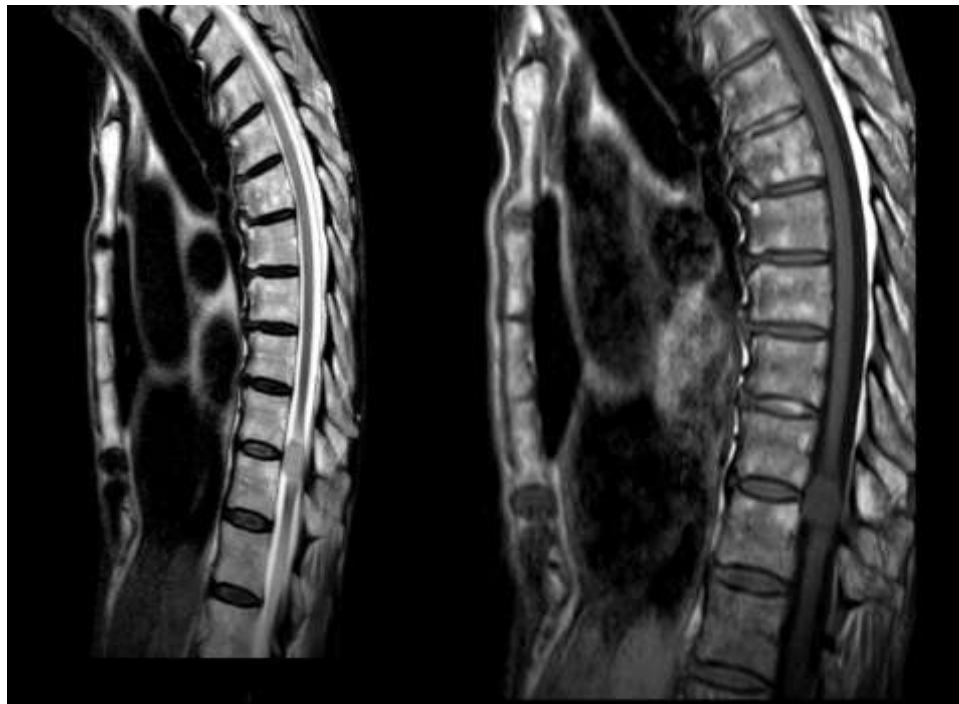
**Corresponding Author:- Laachir Ghizlene**

Address:- Service de Radiologie HopitalCheikh ZaidRabat Maroc, Université Internationale Abulcasis des Sciences de la Santé – UIASS.

Même en l'absence des signes pathognomoniques, l'évaluation par IRM permet fréquemment d'identifier des caractéristiques orientant l'approche diagnostic



**Figure 1:-** Scanner en coupes axiales (a, b) avec une reconstruction sagittale(c) montrant une masse intrarachidienne extra médullaire en regard de T10 hyperdense en contraste spontané contenant des calcifications en périphérique.





Les coupes sagittales en T 1 (a), en T2 (c), en T1 Fat Sat après injection de gadolinium (f), les coupes axiales en T2(b,d) et les coupes coronales en T 1 après injection de gadolinium (e) démontrent la présence d'une masse intra-canaulaire et extra-médullaire, en regard de l'étage T10-T11, en hypersignal T2, isosignal T1, se rehaussant de façon intense et homogène par le gadolinium, cette masse refoule la moelle vers la droite, présence d'un

épaississement de la dure-mère postéro-latérale gauche hyposignal T1/T2, prise de contraste homogène avec un angle de raccordement aiguë avec la moelle épinière sans atteinte osseuse associée, exerçant un effet de masse sur la moelle épinière avec un signal intramédullaire hyper intense en T2 (g) en regard de la compression.

### Discussion:-

Les tumeurs rachidiennes représentent environ 5 % à 10 % de toutes les tumeurs du système nerveux central (SNC), avec environ 70 % à 80 % de localisation intradurale extra médullaire.

Les méningiomes sont parmi les tumeurs primitives les plus fréquentes du SNC qui correspondent histologiquement au grade I de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), caractérisé par une croissance lente mais un comportement plus agressif peut se voir aux grades II de l'OMS (20 % à 25 %) et III (1 % à 6 %) caractérisées par une croissance plus rapide. Il existe une prédominance féminine, en particulier pour les tumeurs de grade I, alors que les hommes sont plus fréquemment touchés dans les tumeurs de grade II et III. Les méningiomes rachidiens sont plus fréquents (75 % à 85 % des cas) chez les femmes adultes (âge moyen, 64 ans). La tumeur est extrêmement rare au cours de la première décennie de la vie soulevant des inquiétudes pour la neurofibromatose de type 2 (NF2). La localisation thoracique est la plus fréquente 80 % des cas et dans 15 % des cas surviennent à l'étage cervical (souvent chez les jeunes adultes) et 5 % dans la colonne lombaire. 90 % des méningiomes rachidiens sont de localisation intradurale, 5 % étant à la fois intra duraux et extraduraux et 5 % étant exclusivement extraduraux.

La plupart sont latéraux à la moelle épinière (68 %), tandis que 18 % sont postérieurs et 15 % antérieurs à la moelle épinière.

Le diagnostic des méningiomes intra canaux est souvent retardé, les patients restent asymptomatiques au début à cause de son évolution en général progressive.

Les manifestations cliniques sont variées et peu spécifiques dominées par un syndrome de compression médullaire ou des racines nerveuses. Les manifestations cliniques les plus courantes comprennent des troubles de la marche, la douleur rachidienne localisée ou irradiation radiculaire, les déficits moteurs et les déficits sensoriels. On peut voir aussi des signes pyramidaux et troubles sphinctériens.

La topographie épидurale de la tumeur est établie, d'une part, par le déplacement vers le centre du canal rachidien de la dure-mère avec un hyposignal linéaire T2 de la dure-mère et d'autre part, par l'élargissement de l'espace graisseux épидural en regard des pôles supérieur et inférieur du processus tumoral « fat-cap sign ».

Lorsque la masse tumorale épидurale est associée à un épaississement calcifié de la dure-mère, le diagnostic de méningiome épидural « en plaque » peut être posé.

Les méningiomes intraduraux ont une forme arrondie, qui s'oppose à quelques rares méningiomes qui se développent « en plaque », dans certains cas la tumeur s'étend le long de la gaine radiculaire vers le foramen correspondant à des formes mixtes intra et extradurales et simulant un neurinome en « sablier ».

Les méningiomes extraduraux développés dans le foramen posent classiquement le problème du diagnostic différentiel avec un schwannome ou un neurofibrome ; seule l'infiltration de l'enveloppe méningée, qui se traduit par un épaississement et une prise de contraste, permet de mettre en doute le diagnostic de neurinome. La plupart sont des masses bien délimitées, parfois lobulées, arrondies avec une large attache durale qui montre généralement des signes d'invasion. Les méningiomes intraduraux sont classiquement de type psammomateux et présentent de nombreuses calcifications mieux visibles en scanographie, mais plus difficile à démontrer en IRM. En T2, les neurinomes sont habituellement hyper intenses, alors que les méningiomes restent plutôt iso intenses, voire hypo intenses par rapport au signal de la moelle épinière, mais il existe évidemment un certain nombre d'exceptions. L'injection de contraste détermine une prise de contraste plus intense, plus hétérogène et plus périphérique dans les neurinomes que dans les méningiomes. La réalisation de coupes sagittales, axiales et coronales en T1 après injection de contraste permet de reconnaître l'épaississement et la prise de contraste des méninges situées de part et d'autre de la tumeur « dural tails sign ».

En général, les méningiomes épидuraux ont un signal superposable à celui des méningiomes intra-duraux rachidiens ou intracrâniens.

L'isointensité ou l'hypointensité en T<sub>2</sub> du méningiome s'oppose à l'hypersignal en T<sub>2</sub> de la plupart des lésions épidurales métastatiques tumorales ou hématologiques.

Les lymphomes épiduraux apparaissent cependant hypo-intenses en T<sub>2</sub> dans plus de 50 % des cas.

L'utilité de l'imagerie avancée en IRM telle que la diffusion et la perfusion restent actuellement très limitées pour des raisons techniques, mais elles devraient dans un futur proche, comme au niveau de l'encéphale, permettre des orientations diagnostiques plus précises.

La résection chirurgicale totale donne les meilleurs résultats à long terme avec un risque de récurrence pour tout type de méningiome.

**Conclusion:-**

Les méningiomes rachidiens sont des tumeurs extra-médullaires intradurales généralement bénignes et de siège thoracique postérieur et qui posent un problème de diagnostic différentiel avec les tumeurs de la gaine nerveuse par exemple le schwannome.

La différenciation radiologique entre ces deux tumeurs vertébrales est une étape cruciale dans la planification chirurgicale.

L'IRM permet de poser le diagnostic dans la majorité des cas et de faire un suivi thérapeutique et un diagnostic précoce des récurrences.