

Imagerie d'un kyste dermoïde cérébral rompu dans le ventricule latéral à propos d'une observation

H.DIOURI, T.ZIADI, T.AFRICHA, B.ZAINOUN.

-Service d'Imagerie Médicale, Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknès, Maroc.

-Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Faculté de Médecine, Fès, Maroc.

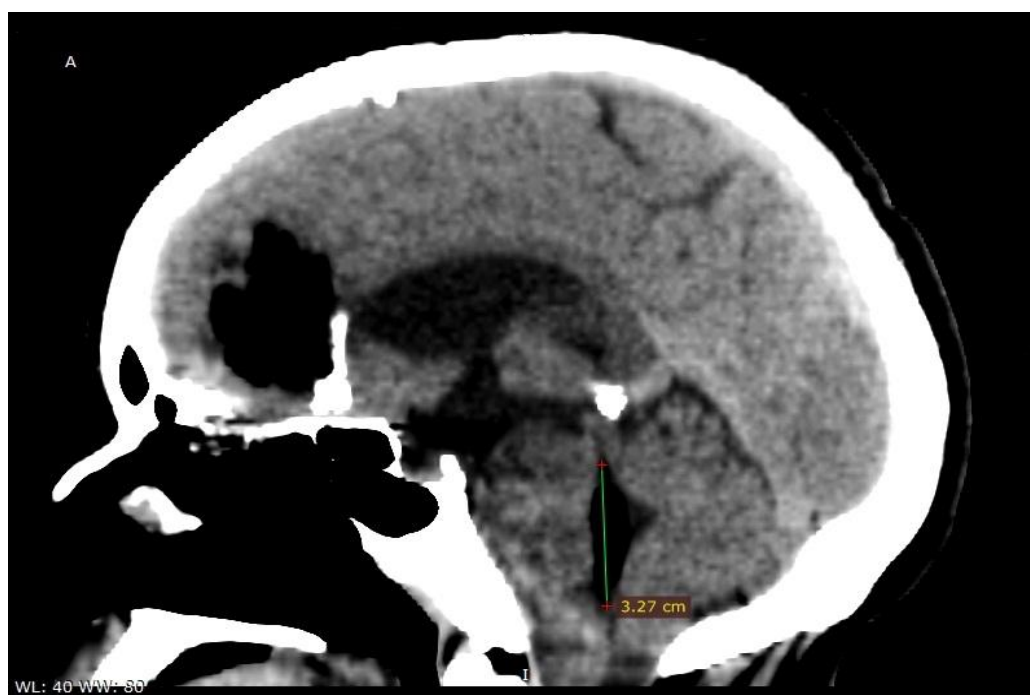
Résumé : Le kyste dermoïde intracrânien est une tumeur congénitale, qui se développe généralement dans la fosse postérieure, en extra-axial. Sa rupture spontanée représente un événement rare, de diagnostic clinique difficile, nécessitant le recours à l'imagerie. nous rapportons un cas d'un kyste dermoïde cérébral, basi-frontal gauche rompu spontanément dans le ventricule latéral homolatéral, s'est manifesté par une crise épileptique et diagnostiqué par l'imagerie.

Date of Submission: 26-05-2020

Date of Acceptance: 13-06-2020

I. Observation :

Il s'agit d'une patiente de 43 ans qui consulte pour une crise épileptique secondaire. Une Tomodensitométrie cérébrale a objectivé la présence d'une lésion cérébrale, basi-frontale gauche antérieure, bien limitée, ovale de 5,4 x 4, 5cm, densité graisseuse, contenant une calcification en forme de dent et à paroi très fine, calcifiée par endroit. Cette lésion communique largement avec le ventricule latéral homolatéral au niveau de sa corne frontale et venant au contact du toit orbitaire homolatéral. Elle a objectivé également la présence de multiples gouttelettes de densité graisseuse disséminées, en sous arachnoïdiennes, intéressant les sillons, la citerne de la base du crâne et surtout au niveau la corne frontale du ventricule latéral controlatéral avec niveau liquide – graisse et au niveau du quatrième ventricule(voir figures 1). L'IRM a caractérisé cette lésion cérébrale intraparenchymateuse, basi-frontale gauche antérieure, qui est en hypersignal hétérogène T1, T2 FLAIR et Diffusion, en hypersignal intense T2, non rehaussée après injection de gadolinium, à paroi fine, calcifiée par endroit et rehaussée après injection de gadolinium, sans anomalies du parenchyme cérébral adjacent. Cette lésion communique largement avec le ventricule latéral homolatéral au niveau de sa corne frontale, avec mise en évidence des gouttelettes de signal graisseux au niveau de la corne frontale controlatérale et au niveau du quatrième ventricule (voir figure 2).



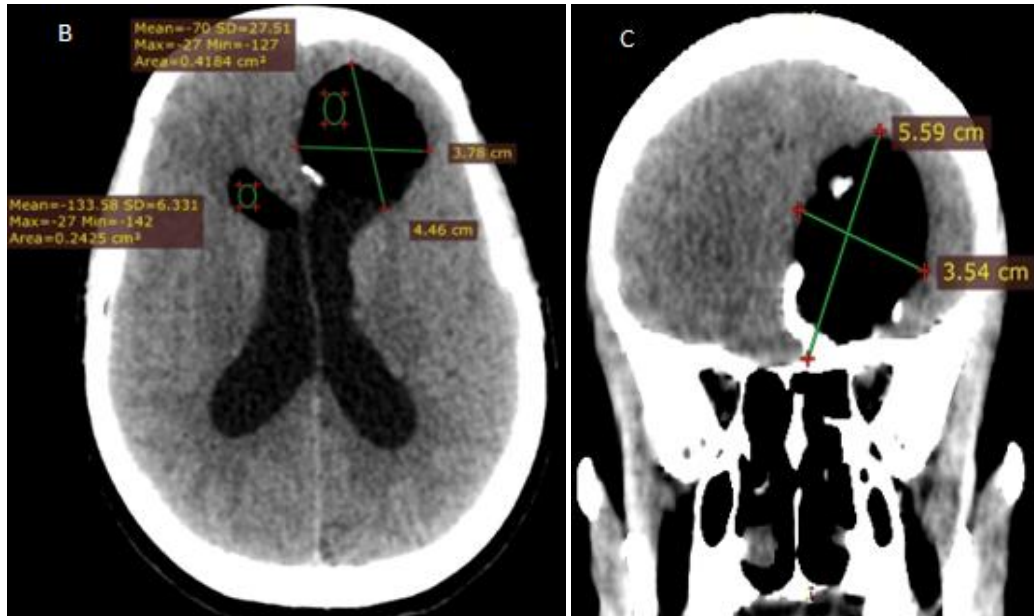


Figure 1 :TDM cérébrale .Coupes Sagittale (A),Axiale (B) Coronale(C) : lésion cérébrale intra-parenchymateuse basi-frontale gauche antérieure, ovale de 5,6x 4,4 x3,7 cm, bien limitée, de contours réguliers, de densité graisseuse , contenant une calcification en forme de dent, à paroi calcifiée par endroit, rompu dans le ventricule latéral homolatéral, avec présence de 2 gouttelettes de densité graisseuse au niveau de la corne frontale du ventricule latéral controlatéral avec niveau liquide- graisse et au niveau du V4 , sans autres anomalies du parenchyme cérébral adjacent.

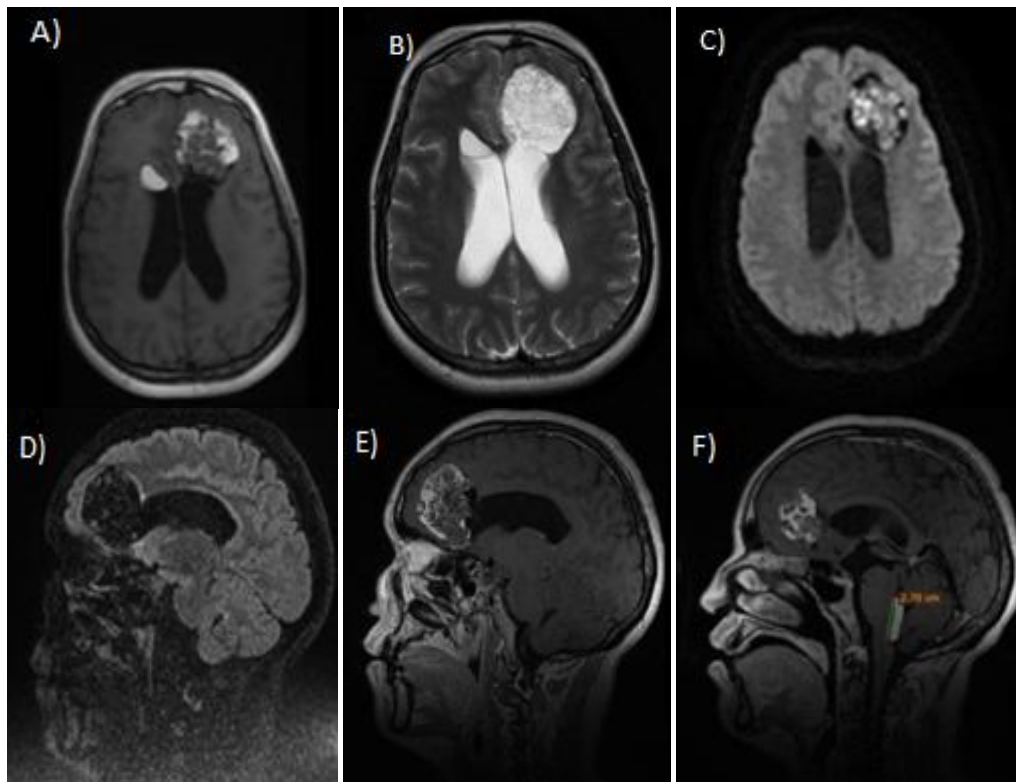


Figure 2 : IRM cérébrale. Coupes axiales T1(A) ;T2(B) et Diffusion(C) , sagittales ; FLAIR (D) ; T1 après injection de Gadolinium(E) et sans injection de Gadolinium (F):lésion cérébrale, basi-frontale antérieure gauche, en hypersignal hétérogène T1, T2 ,T2 FLAIR non rehaussée après injection de Gadolinium et partiellement en hypersignal sur la séquence en b1000, entouré par un halo en hyposignal ,à paroi fine rehaussée faiblement après injection, rompu largement dans le ventricule latéral mise en évidence des gouttelettes lipidiques de signal graisseux dans la corne frontale du ventricule latéral controlatérale et au niveau du V4.

II. Discussion :

Le kyste dermoïde est une inclusion ectodermique congénitale, d'origine embryologique [1], représentant moins de 1 % des processus expansifs intracrâniens [2]. Il siège électivement en supra et parasellaire, en basi-frontal et dans la fosse cérébrale postérieure [3]. Sur le plan histologique les kystes dermoïdes présentent une paroi épaisse pouvant contenir les différentes annexes de la peau ce qui explique la possibilité de rupture au cours de la croissance par le développement de ces annexes [1]. Cependant, sa rupture est une complication rare, souvent spontanée et se manifeste cliniquement par une variété de symptômes [4, 5, 6].

L'imagerie, basée sur la TDM et surtout l'IRM, permet le diagnostic positif de cette rupture. En TDM, le kyste dermoïde se présente sous forme d'un processus bien limitée, hypodense homogène [7], non rehaussé après injection, siège souvent de calcifications pariétales [8]. La rupture est souvent prouvée par la mise en évidence de fines gouttelettes lipidiques disséminées dans les espaces sous arachnoïdiens et parfois en intra-ventriculaire [9], responsable de niveau graisse-liquide qui a une bonne valeur diagnostique. En IRM, le kyste dermoïde est visible sous forme d'une masse bien limitée, de signal globalement hétérogène, hyperintense en T1, iso ou hyper intense en T2 et hyperintense sur les séquences T2 FLAIR [10]. L'hétérogénéité du signal au sein de la masse est due au contenu graisseux, sébacé et pileux, et le signal T2 est le reflet de l'abondance de l'une de ces composantes par rapport aux autres [7]. Les calcifications pariétales, lorsqu'elles sont présentes sont en hypo signal sur les séquences T1 et T2 et sont généralement mieux visualisées sur le scanner. Vu la richesse en lipides, la séquence T1 avec saturation du signal graisseux, permet de confirmer le diagnostic de rupture en montrant l'atténuation du signal de la masse et des La séquence de diffusion montre un hypersignal au sein de la lésion qui serait du à une faible teneur hydrique avec un ADC modérément diminué [11].

Le principal diagnostic différentiel reste le kyste épidermoïde qui peut être différencié du kyste dermoïde par son signal qui est proche de celui du liquide cérébro-spinal [11].

III. Conclusion :

Le kyste dermoïde est une tumeur cérébrale rare, dont la rupture est exceptionnelle et souvent spontanée. Elle se manifeste par un tableau clinique polymorphe et non spécifique nécessitant le recours à l'imagerie. Celle-ci est basée sur la TDM et surtout l'IRM qui permettent de poser le diagnostic positif de la nature du kyste et de la rupture, de préciser l'étendue de la dissémination du contenu lipidique dans les espaces sous arachnoïdiens et en intra-ventriculaire, et de dépister des éventuelles complications telles que l'hydrocéphalie.

Référence :

- [1]. Stendel R, Pietila TA, Lehmann K, et al. Ruptured intracranial dermoid cysts. *SurgNeurol* 2002;57:391-398.
- [2]. Arseni C, Danaila L, Constantinescu AI et al. Cerebral dermoid tumors. *Neurochirurgia (Stuttg)* 1976; 19:104-114.
- [3]. N. Karabulut, L. Oğluzkurt : Tetra ventricular hydrocephalus due to ruptured intracranial dermoid cyst. *Eur. Radiol.* 2000 ;10 : 1810-1811
- [4]. El-Bahy K, Kotb A, Galal A, et al. Ruptured intracranial dermoid cysts. *Acta Neurochir (Wien)* 2006; 148:457-462.
- [5]. Kim IY, Jung S, Jung TY, et al. Traumatic rupture of an intra cranial dermoid cyst. *J Clin Neurosci.* 2008; 15:469-471.
- [6]. Yoshua E. Traumatic rupture of an intracranial dermoid cyst: Case report and literature review. *SurgNeurol Int.* 2013.
- [7]. Venkatesh S K, Phadke R V, Trivedi P, et al. Asymptomatic spontaneous rupture of suprasellar dermoid cyst: a case report. *Neurol India* 2002; 50:480.
- [8]. Rai SP. Ruptured intracranial dermoid cyst. *Neurol India* 2009; 57:98-99.
- [9]. Das CJ, Tahir M, Debnath J, et al. Neurological picture: Ruptured intracranial dermoid. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007; 78:624-625.
- [10]. Wilms G, Casselman J, Demarel P. CT and MRI of ruptured intra cranial dermoids. *Neuroradiology* 1991; 33:149- 151.
- [11]. B. Orakcioglu, M.-E. Halatsch, M. Fortunati, et al. Intracranial dermoid cysts: variations of radiological and clinical features. *Acta Neurochirurgica* : December 2008 ;150 : 1227-1234.

H.DIOURI, T.ZIADI. "The effect of Er,Cr: YSGG Laser Surface Treatment on Shear Bond Strength of Resin Cement to Zirconia Ceramic." *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 19(6), 2020, pp. 43-45.