

Fait clinique

**Un cas de lipome cervical intra-médullaire
non dysraphique**

R Ramarolahy¹, M Rakotovao^{*2}, P Rakotozanany¹,
HN Rakoto-Ratsimba², C Andriamamonjy¹

¹ Service de Neurochirurgie, CHU-JRA Ampefiloha, BP 4150 Antananarivo, Madagascar

² Service de Chirurgie Viscérale, CHU-JRA Ampefiloha, BP 4150 Antananarivo, Madagascar



Résumé

Les lipomes intramédullaires non dysraphiques sont des lésions bénignes représentant environ 1% de l'ensemble des tumeurs de la moelle épinière. Nous rapportons un nouveau cas de lipome intramédullaire non dysraphique de siège cervical chez un homme de 64 ans. La clinique se présentait par des symptômes neurologiques anciens d'aggravation récente. Une décompression médullaire associée à une réduction tumorale étaient pratiquées. L'évolution était favorable avec absence de récurrence après un recul de six mois. Notre objectif est de montrer les particularités diagnostique et thérapeutique de cette affection à la lumière d'une revue de la littérature.

Mots-clés: Chirurgie; Lipome; Moelle épinière

Non dysraphic cervical spinal cord lipoma. A case report

Summary

Non dysraphic spinal cord lipomas are rare benign lesions, accounting for approximately 1% of all spinal cord tumors. Authors report a new case of non dysraphic cervical spinal cord lipoma in a 64 year-old man. Patient presented old neurologic symptoms which were worsened recently. Medullary decompression with surgical debulking were performed. Evolution was uneventful with no recurrence after six months follow-up. Our aim is to show diagnosis and treatment characteristics with a review of the literature.

Keywords: Lipoma; Spinal cord; Surgery

Introduction

Les lipomes intramédullaires sont rares et sont décrits dans la littérature sous forme de cas cliniques isolés [1]. Nous rapportons dans cette observation un cas de lipome intramédullaire non dysraphique découvert chez un cultivateur qui a été traité dans le Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo. Les particularités diagnostique et thérapeutique de cette pathologie sont discutées à la lumière d'une revue de la littérature.

Observation

Un homme âgé de 64 ans, cultivateur, hypertendu, présentait depuis cinq ans des douleurs des quatre membres à type de crampe, accompagnées d'un déficit moteur prédominant du côté droit. Une fatigabilité à la marche avec une hypoesthésie du côté gauche d'apparition récente motivait sa consultation en neurochirurgie. Cliniquement, il existait une spasticité de la marche associée à une maladie gestuelle majorée aux membres supérieurs. L'examen neurologique retrouvait un syndrome pyramidal à prédominance crural bilatéral. Une amyotrophie de la tabatière anatomique de la main droite était également notée. Il n'y avait pas de troubles sphinctériens. Le myéloscanner objectivait l'existence d'une masse intramédullaire cervicale d'aspect ovoïde s'étendant de C₃ à C₆ (Figure 1). Cette lésion était uniformément hypodense et le tissu nerveux médullaire semblait laminé vers la périphérie. L'indication chirurgicale était posée par une voie d'abord postérieure. Après une laminectomie allant de C₃ à C₅, l'ouverture de la dure-mère objectivait une masse de couleur

jaune d'aspect lipomateux sous l'arachnoïde (Figure 2).

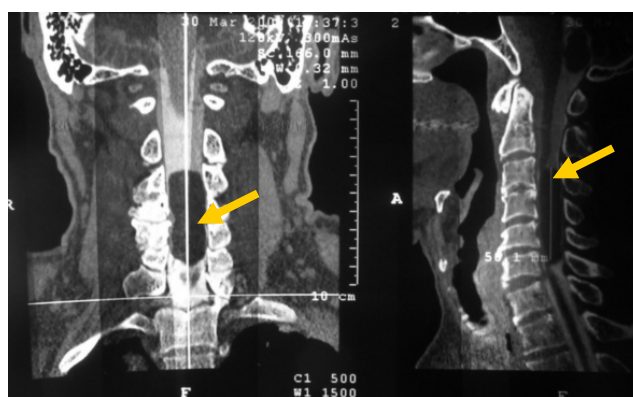


Fig. 1: Myéloscanner: masse intramédullaire cervicale d'aspect ovoïde s'étendant de C₃ à C₆

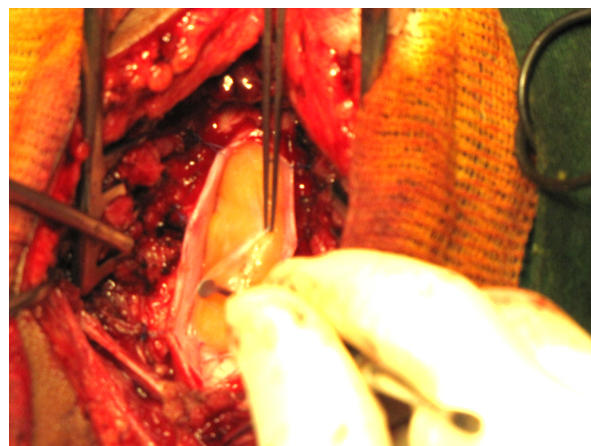


Fig. 2: Vue opératoire: masse de couleur jaune lipomateux sous l'arachnoïde à l'ouverture de la dure-mère

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: docmahr@yahoo.com (M Rakotovao).

¹ Adresse actuelle: Service de Chirurgie Viscérale, CHU-JRA Ampefiloha, BP 4150 Antananarivo, Madagascar

Elle était bien limitée engainant des éléments nerveux médullaires vers les parties latérales. L'exérèse s'était faite par morcellement de toute la partie postérieure de cette masse. Sur les parties latérale et antérieure, un plan de mur était laissé en place. L'exérèse tumorale était d'environ 85%. L'examen anatomo-pathologique de la pièce confirmait la nature lipomateuse de la pièce opératoire (Figure 3). Les suites post-opératoires étaient simples. A un mois de l'exérèse, il y avait une récupération motrice. Après un recul de six mois, le patient marchait à l'aide de cannes anglaises sans spasticité. Aucune notion de récurrence n'était à déplorer à court terme.

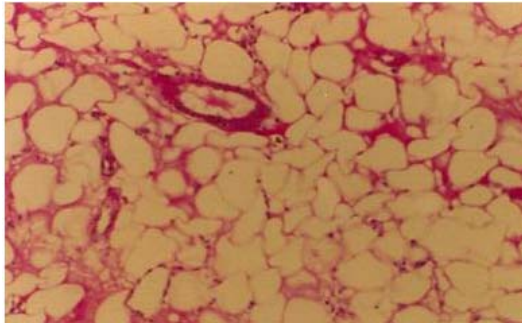


Fig. 3: Histologie: vacuoles lipidiques en faveur d'un lipome (Hématoxyline éosine x400)

Discussion

Les lipomes intramédullaires non dysraphiques sont des lésions bénignes qui représentent environ 1% de l'ensemble des tumeurs de la moelle épinière [2]. C'est une tumeur rare avec un peu plus de 100 cas rapportés depuis 1995. La majorité des cas concernaient des adultes [3]. Une proportion de 55% des lipomes non dysraphiques deviennent symptomatique chez l'adulte jeune entre 20 et 30 ans [4]. Un nouveau pic est rapporté vers la cinquantaine ce qui concorde avec la découverte de la maladie chez notre patient [5]. Il est plus fréquent chez le sexe masculin [6]. Le siège le plus fréquent est la moelle épinière dorsale. Il est exceptionnel d'observer un lipome de l'ensemble de la moelle épinière s'étendant de l'étage cervical à l'étage lombaire [7]. Dans notre cas, la tumeur siégeait au niveau de la région cervicale. Initialement, tous les patients souffrent de rachialgies, de troubles de la marche, de faiblesse musculaire et de troubles sensitifs subjectifs. Des symptômes anciens d'aggravation récente sont retrouvés habituellement. Dans la plupart des cas rapportés, l'atteinte neurologique est sévère lors de l'évaluation initiale [2,8,9]. Les principaux symptômes retrouvés chez notre patient sont des troubles sensitifs et des troubles de

la marche. Mais la nature et le siège des symptômes dépendent étroitement au siège de la tumeur. Actuellement, l'Imagerie par Résonnance Magnétique (IRM) est l'examen de référence pour le diagnostic [8]. La plupart des auteurs insistent sur la difficulté de l'exérèse des lipomes intramédullaires. Les rapports très étroits entre le lipome et les racines nerveuses ainsi que l'absence de plan de clivage net entre la tumeur et le tissu médullaire, empêchent la pratique d'une résection tumorale complète [2,10]. Le geste chirurgical permet alors de stabiliser et de retarder l'évolution clinique [3]. Dans les résections tumorales partielles, le malade doit être informé qu'une prise de poids ou une grossesse peut aggraver les signes neurologiques [1]. Par ailleurs, les corticostéroïdes endogènes ou exogènes interviennent dans la croissance des tumeurs lipomateuses de différents sièges anatomiques, y compris celles de la moelle épinière [1].

Conclusion

Les lipomes intramédullaires sont des tumeurs bénignes rares de l'adulte jeune. Ils évoluent lentement vers l'aggravation. La topographie est principalement cervico-dorsale. Le traitement est essentiellement chirurgical consistant à une exérèse donnant une décompression interne. L'évolution est habituellement favorable et les récurrences sont exceptionnelles.

Références

- 1- Agraharkar A, Mc Gillicuddy G, Ahuja T, Agraharkar M. Growth of intramedullary lipoma in a renal transplant recipient. *Transplantation* 2000; 69: 1509-11.
- 2- Lee M, Rezai AR, Abbott R, Coelho DH, Epstein FJ. Intramedullary spinal cord lipomas. *Neurosurgery* 1995; 82: 394-400.
- 3- El Mostarchid B, Akhdar A, Maftah M, Mansouri A, Laghzioui J, Kadiri B, et al. Lipome non dysraphique intramédullaire. À propos d'une observation. *Rev Rhum* 2002; 69: 947-50.
- 4- Heary RF, Bhandari Y. Intradural cervical lipoma in a neurologically intact patient: case report. *Neurosurgery* 1991; 29: 468-72.
- 5- Patwardhan V, Patanekar T, Patkar D, Armao D, Mukherji SK. MR imaging findings of intramedullary lipomas. *Am J Roentgenol* 2000; 174: 1792-3.
- 6- Shah JR, Patkar D, Gala BM. Multiple intramedullary lipomas with conal intramedullary dermoid: magnetic resonance appearances. *Spine J* 2007; 7: 368-70.
- 7- Muthusubramanian V, Vasudevan MC, Ramamurthi R. Concomitant cervical and lumbar intradural intramedullary lipoma. *Surg Neurol* 2008; 69: 314-17.
- 8- El Khamlichi A, El Ouhabi A, Amrani F, Agdach R, Bellakhdar F. Lipomes intramédullaires. À propos de trois observations. *Neurochirurgie* 1989; 35: 366-70.
- 9- Dyck P. Intramedullary lipoma. Diagnosis and treatment. *Spine* 1992; 17: 979-81.
- 10- Razack N, Jimenez OF, Aldana P, Ragheb J. Intramedullary holo-cord lipoma in an athlete: case report. *Neurosurgery* 1998; 42: 394-6.