

## L'ANGIOLIPOME EPIDURAL DORSAL

M. TOUATI, D. DAOU, M. DEBBOU, N. KASRI, T. BENBOUZID

*Service de neurochirurgie  
C.H.U Bab El Oued Alger*

**RÉSUMÉ :** Les angioliipomes spinaux épiduraux sont des tumeurs rares et bénignes de l'adulte. Leur étiopathogénie reste encore incertaine. Notre cas clinique est une patiente âgée de 38 ans sans antécédents particuliers qui consulte pour une faiblesse musculaire des deux membres inférieurs évoluant depuis deux mois. L'exploration par imagerie par résonance magnétique objective une lésion tumorale, intracanaulaire, extradurale postérieure, étendue de D6 à D9. La patiente a été opérée, la résection a été totale et l'évolution clinique favorable. L'examen anatomopathologique de la pièce est en faveur d'un angioliipome.

**Mots clés :** *Compression médullaire, Angioliipome, Tumeurs intrarachidiennes.*

**ABSTRACT :** Epidural spinal angioliipomas are common benign lesions in adult, whom ethiopathology still remains unclear. We report a case of a 38-year-old woman with two months history of progressive lower limbs weakness resulting in inability to walk. The magnetic resonance imaging examination revealed a posterior epidural tumor, extending from D6 to D9. The patient underwent total surgical excision of the mass and had good outcome. The histopathological study found a spinal angioliipoma.

**Key words :** *Spinal compression, Angioliipoma, Spinal tumors.*

### INTRODUCTION

L'angioliipome extradural spinal est une tumeur bénigne composée d'adipocytes matures et d'éléments vasculaires anormaux, de types capillaires, veineux ou artériels.

Le premier cas a été rapporté par BERENBRUCK en 1890 [5] chez un jeune homme de 16 ans et fut appelé lipome angiomateux, puis en 1960 Howard et Helwing [6] ont décrit pour la première fois l'angioliipome comme une entité anatomopathologique à part, contenant des éléments lipomateux et angiomateux. LIN [7] en 1972 a défini deux types d'angioliipomes : un type non infiltrant, très fréquent, siégeant généralement au niveau de l'espace épidural postérieur et un type infiltrant, très rare et de localisation antérieure, pouvant envahir les structures avoisinantes.

### OBSERVATION

C'est une patiente âgée de 38 ans, sans antécédents particuliers qui présente depuis deux mois une lourdeur des deux membres inférieurs d'évolution progressive,

nettement aggravées depuis deux semaines.

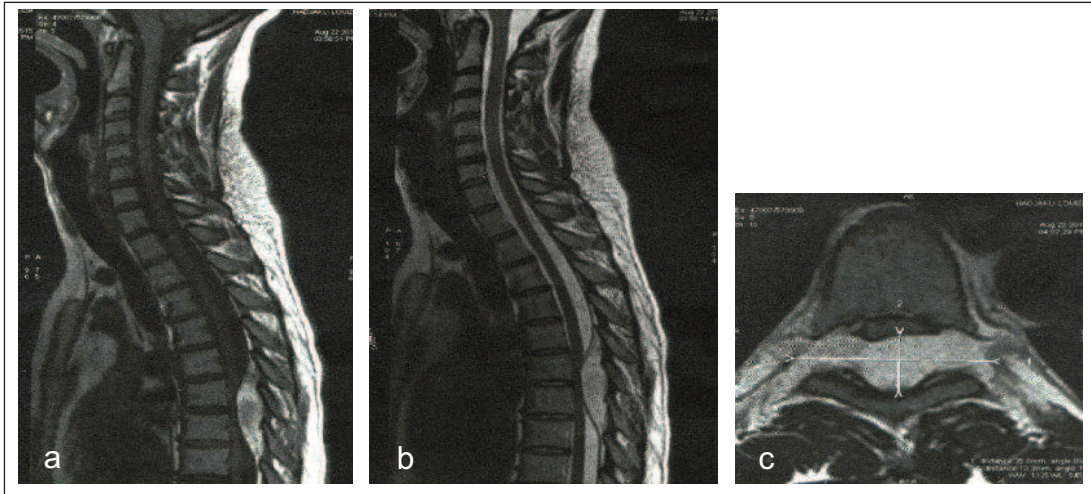
L'examen neurologique retrouve un syndrome pyramidal aux deux membres inférieurs, avec une para parésie prédominante à gauche, ne permettant la marche qu'avec aide (grade D de Frankel). Les reflexes ostéo tendineux vifs et polycinetiques et le reflexe cutaneo-plantaire en extension. Il n'y a ni troubles sensitifs ni troubles sphinctériens associés.

L'IRM médullaire (Fig. 1) objective un processus intra canalaire extradural étendu de D6 à D9 comprimant et laminant la moelle contre la face postérieure des corps vertébraux. Cette lésion est en hypersignal spontané en T1 et T2 avec un rehaussement hétérogène après injection de gadolinium, mesurant 75mm de hauteur et 35mm de largeur.

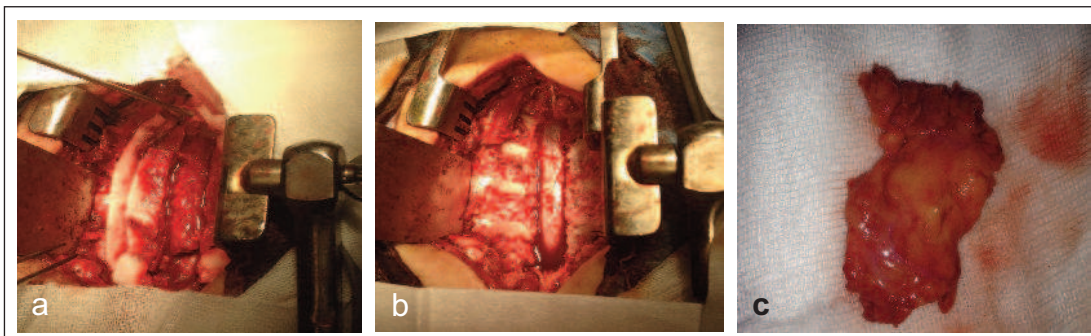
La patiente a été opérée, l'intervention chirurgicale a permis l'exérèse totale de la lésion épidurale à travers une laminectomie étendue de D5 jusqu'à D10. Cette lésion était jaunâtre, renfermant des vaisseaux, plus ou moins ferme, hémorragique, facilement clivable et la dure mère était intacte. (Fig. 2)

L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire est revenue en faveur d'un angioliopome. L'évolution clinique est satisfaisante, avec une nette amélioration

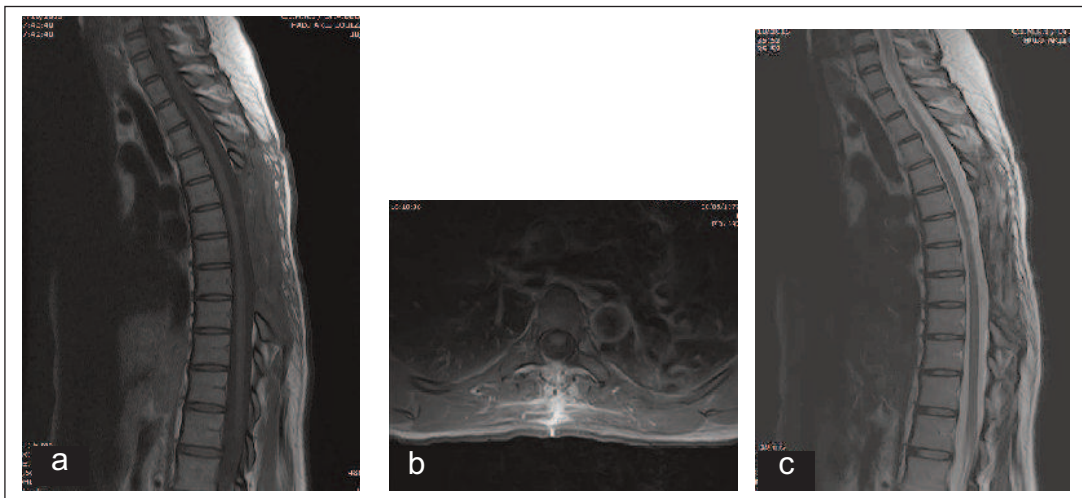
motrice, la patiente étant devenue capable de se déplacée seule sans aucune aide. L'IRM médullaire de contrôle ne révèle pas de résidu tumoral (Fig. 3).



**Fig. 1 : IRM médullaire pré opératoire en coupes sagittales et axiales en séquence T1, T2 et T1 avec injection, objectivant une lésion intracanaulaire extradural postérieur.**



**Fig 2 : vue opératoire de la lésion épidurale postérieure, hémorragique, comprimant la moelle (a). Exérèse totale de la lésion (b). Pièce opératoire (c).**



**Fig. 3 : IRM médullaire post opératoire en coupes sagittales et axiales: absence de tout lésion sur la moelle.**

## DISCUSSION

La compression médullaire par un angioliipome est une cause rare et seulement 128 cas ont été rapportés dans la littérature [1, 2, 3, 4]. Cette lésion représente 0,4 à 0,8% de toutes les tumeurs intrarachidiennes et 2 à 3% des tumeurs extradurales [1, 2].

Le pic de fréquence de ces lésions se voit surtout chez l'adulte [8] qui constitue 89,1% des cas contre 6,5% des patients jeunes (4 à 18 ans). Les données de la littérature signalent une nette prédominance féminine avec un sex-ratio entre 1,2 et 1,6 [9].

La localisation de la tumeur est thoracique dans 75% des cas, parfois cervico-thoracique ou thoraco-lombaire ; dans 04 cas il est strictement lombaire [10, 11, 12] et dans 01 cas, il est localisé à la queue de cheval chez un homme de 16 ans [11].

L'angioliipome est habituellement de siège extradural ; il n'a été rapporté qu'un seul cas de siège intradural [13] et deux cas de localisation intra médullaire [18, 19] ; de même, il a été décrit un cas intracrânien localisé à la selle turcique et s'étendant à l'espace extradural temporal [14].

Dans le canal rachidien, il est surtout postérieur ou postéro latéral, mais certains cas de localisation antérieure, ont été décrits [15, 10, 12, 16, 17].

L'étiopathogénie de l'angioliipome n'est pas claire et hésite entre deux hypothèses : dans l'hypothèse dysembryogénique, les vaisseaux et le tissu adipeux peuvent dériver des cellules souches mésenchymateuses. Quel que soit l'âge du patient et sous l'influence de facteurs inconnus, elles vont se différencier soit en lipome ou en angiome, soit en une entité intermédiaire qui est l'angioliipome [21]. Dans l'hypothèse malformative congénitale, ces tumeurs résultent d'une malformation ou d'un dysfonctionnement des cellules des crêtes neurales et ces lésions peuvent se manifester cliniquement suite à des facteurs déclenchant (traumatiques, hormonaux... etc) [20].

Plusieurs facteurs semblent favoriser l'évolution des angioliipomes :

- La grossesse [19] par augmentation de la pression veineuse épидurale liée à la compression des veines abdominales et pelviennes, l'augmentation du volume extra-cellulaire, et les manœuvres de valsalva au moment de l'expulsion.
- L'obésité.
- Les hormones (prédominance féminine en périodes péri ou post ménopause).
- Parfois une hémorragie intra tumorale

aigue, responsable d'un hématome compressif ayant comme facteur déclenchant une prise médicamenteuse, un effort physique ou un traumatisme.

L'IRM médullaire est l'examen de première intention lorsqu'une souffrance médullaire est suspectée ; le tissu graisseux qui est en général hyperintense en T1 et en T2, parcouru d'éléments vasculaires, se rehausse d'un degré variable à l'injection de produit de contraste [23].

L'exérèse de ces tumeurs est souvent complète avec un pronostic fonctionnel très favorable. La récupération est complète dans plus de 90% des cas. La récurrence reste exceptionnelle et aucune transformation maligne n'a été rapportée dans la littérature [3].

## CONCLUSION

Les angioliipomes épидuraux rachidiens sont des tumeurs bénignes et rares. Leur étiopathogénie n'est pas encore bien établie. L'expression clinique de ces lésions est celle d'une compression médullaire lente, certains facteurs favorisent l'évolution de la symptomatologie clinique de ces tumeurs comme la grossesse, l'accouchement, les facteurs hormonaux et l'obésité.

Le traitement est chirurgical permettant une exérèse complète et une amélioration clinique.

Le traitement est chirurgical permettant une exérèse complète et une amélioration clinique.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1] AGUIAR PH, PLESE JP, ROSEMBERG S, ET AL. Thoracic spinal angioliipoma: case report. *Arq Bras Neuroch* 1996; 15: 103-107.
- 2] AKHADDAR A, GAZZAZ M, DERRAZ ET AL. Spinal epidural angioliipomas: a rare cause of spinal cord compression. A report of 8 cases and review of the literature. *Neurochirurgie* 2000; 46: 523-533.
- 3] DO SOUTO AA, DOMINGUES FS, CHIMELLI L, LEMOS AM. Lombosacral angioliipomas. *Arc Neuropsiquiatr* 2002; 61: 269-273.
- 4] LAM RL, ROULHAK GE, ERWIN HJ. Hemangioma of the spinal canal and pregnancy. *JNS* 1995; 8: 868-871.
- 5] BERENBRUCH K. Ein fall von multiplen angioliipomen kombiniert mit einem angiom des rückenmarks. *Tübingen*: 1890.

- 6] HOWARD W.R, HELWIG E.B. Angiolipome. *Artch. Dermatol* 1960; 82: 924-931.
- 7] LIN JJ, LIN F. Two entities in angiolipomas. A study of 459 cases of lipoma with review of literature on infiltrating angiolipome. *Cancer* 1974; 34: 720-7.
- 8] GELABERT-GONZALEZ M, ANGULLEIRO-DIAZ J, REYES-SANTIAS RM. Spinal extradural angiolipoma, with a literature review. *Childs Nerv Syst* 2002; 18: 725-728.
- 9] TURGUT M. Spinal angiolipomas: report of case and review of these cases published since the discovery of the tumor in 1890. *Br J Neurosurg* 1999; 13: 30-40.
- 10] GONZALES-CRUSSI F., ENNECKING W.F., AREAN W.M. Infiltrating andiolipoma. *J Bone Joint Surg (Am)*, 1966, 48 ; 1111-1124.
- 11] LO RE F., MICHELACCI M. Considerazione cliniche e chirurgiche su alcune malformazioni congenite vertebrali lombo-sacrali associate ad andiolipoma. *Arch Putti Ch. Org. Moy*, 1969,24; 70-85.
- 12] PAGNI C.A., CANAVEROS S. Spinal epidural angiolipoma : rare or unreported ? *Neurosurgery*, 1992, 31, 4 ; 758-764.
- 13] PALKOVIC S., WASSMANN H., BONSE R., KASHAB M. Angiolipoma of the spinal cord. Magnetic resonance imaging and microsurgical management. *Surg Neurol*, 1988, 29 ; 243-245.
- 14] TAKEUCHI J., HANDA H., KEY AKI Intracranial angiolipoma. *Surg Neurol*, 1981, 15 ; 110-113.
- 15] ANSON LA., CYBULSKI G.R., REYEZ M. Spinal extradural angiolipoma : a report of two cases and review of the literature. *Surg Neural*, 1990, 3 ; 173-178.
- 16] PEARSON J., STELLAR S., FEIGEN Angiolipoma : long-term cure following radical approach to malignant-appearing benign intraspinal tumor : report of 3 cases. *J. Neurosurg*, 1970, 33 ; 466-470.
- 17] SCHIFFER J., GIBOAY., ARIAZOROFF A. Epidural angiolipoma producing compression of the cauda equina. *Neurochirurgia (Stuttg)*, 1980,23; 117-120.
- 18] LIN 11, LIN F. Two entities of angiolipomas. A study of 459 cases of lipoma with review of literature on infiltrating angiolipoma. *Cancer* 1974 ; 34 : 720-727.
- 19] PREUL MC, LEBLANC R, TAMPIERI D, ROBITAILLE Y, POPKRUPAR. Spinal angiolipomas. *J Neurosurg* 1993; 78 : 280-286.
- 20] POON T.P., BEHBAHANI M., MATOSO LM., KATZ MA, PEARL M. Epidural angiolipoma with spinal cord compression. *J Natl Med Assoc*, 1988, 80, 3 ; 347-349.
- 21] EHNI G, LOVE JG. Intraspinal lipomas ; report of cases, review of the literature and clinical and pathological study. *Arch Neurol psychiatry* 1945; 53: 1-28.
- 22] PREUL MC, LEBLANC M, TAMPIERI D, ROBITAILLE Y, POKRUPA R. Spinal angiolipomas: report of three cases. *J Neurosurg* 1993; 78: 280-286.
- 23] YAMASHITA K, FUJI T, NAKAI T, HAMADA H, KOTOH K. Extradural spinal angiolipoma : Report of a case studied with MRI. *Surg Neurol* 1993; 39: 49-52.