
KYSTE ARACHNOÏDIEN EXTRA-DURAL THORACIQUE SYMPTOMATIQUE

OUIMINGA H. A. K¹, GAYE M², BOUGOUMA C. T. H.³, KABORE R.⁴,
OUEDRAOGO S.⁵, SALIA O.⁶, SAWADOGO I.⁷

1 Service de Neurochirurgie, CHU-Blaise Compaoré, Burkina Fasso

2 Service de Neurochirurgie Hopital Général Grand Yoff, Sénégal

3 Service d'Anesthésie-réanimation, CHU-Blaise Compaoré, Burkina Fasso

4 Service de Neurologie, CHU-Blaise Compaoré, Burkina Fasso

5 Service d'Imagerie médicale, CHU-Blaise Compaoré, Burkina Fasso

6 Service d'Orthopédie-traumatologie, CHU-Blaise Compaoré, Burkina Fasso

7 Service d'Histologie Anatomopathologie CHU-Blaise Compaoré, Burkina Fasso

RÉSUMÉ : *Objectif :* Rapporter un cas de kyste arachnoïdien compressif sur la moelle thoracique. *Observation :* Il s'agit d'un patient de 15 ans qui était admis pour une paraplégie spasmodique d'installation progressive sur 3 mois, associée à des dorsalgies hautes. L'imagerie par résonance magnétique mettait en évidence une lésion kystique en regard de la cinquième à la neuvième vertèbre thoracique compressive sur le cordon médullaire. L'ablation d'un volumineux kyste translucide était effectuée après une laminectomie étendue de la sixième à la huitième vertèbre thoracique. La communication durale était suturée. Les suites opératoires étaient simples. L'amélioration des douleurs était rapide. La récupération neurologique était progressive sur 21 jours. Le diagnostic de kyste arachnoïdien était confirmé à l'examen histologique. *Conclusion :* Le kyste arachnoïdien thoracique extra-dural est une affection rare de bon pronostic. Dans les formes symptomatiques, la chirurgie reste incontournable dans les meilleurs délais. L'imagerie garde tout son intérêt dans l'orientation diagnostique et la stratégie thérapeutique.

Mots clés : Kyste arachnoïdien, Extradural, Moelle épinière, Chirurgie

ABSTRACT : *Objectif :* to report a case of dorsal compressive arachnoid cyst. *Observation :* a 15 years old patient was hospitalized at the Center Hospitable Academic Blaise Compaore for a spasmodic paraplegic of progressive installation on 3 months, associated to high dorsalgia. The neuro-imagery had put in evidence a lesion kystique of thoracic seat in look of the fifth to the ninth repressive thoracic vertebra on the medullary cord. The ablation of a voluminous translucent cyst and the suture of the communication durale has been done after a posterior access by extended laminectomy of the sixth to the eighth thoracic vertebra. The operative continuations were simple. The improvement of the pains was fast. The neurological recovery was progressive and got to the term of the 21 days. The diagnosis of arachnoid cyst had been confirmed by the histological exam. *Conclusion :* The arachnoid cyst thoracic extra-dural is an affection rare of good prognosis. In the symptomatic shapes, the surgery remains as soon as possible inescapable. The imagery keeps its Interest in the diagnostic orientation and the therapeutic strategy.

Keywords : Keywords: Arachnoid cyst, Extradural, Spinal cord, Surgical treatment.

INTRODUCTION

Le kyste arachnoïdien extra-dural thoracique est une affection relativement rare. Cette affection est bénigne, cependant elle peut engager le pronostic fonctionnel, par son potentiel évolutif. L'objectif de cet article est de rapporter une cause rare, de compression médullaire thoracique symptomatique qui est curable et de bon pronostic.

CAS RAPPORTÉ

Il s'agit d'un patient âgé de 15 ans, qui consultait le 29 Mai 2016 pour un syndrome de compression médullaire thoracique au stade de paraplégie spasmodique d'installation progressive sur 3 mois. Au début, le patient évoquait des dorsalgies intermittentes à irradiation thoracique en héli-ceinture, majorées par le décubitus dorsal.

La force musculaire était cotée à 2 à gauche et 3 à droite. Les réflexes ostéo-tendineux étaient vifs. La sensibilité et le contrôle sphinctérien étaient conservés.

L'imagerie par résonance magnétique montrait une lésion kystique intracanalair, extra-durale postérieure, étendue de la cinquième à la neuvième vertèbre thoracique.

La lésion était hypo intense en T1, hyper intense en T2 et non rehaussée par l'injection de Gadolinium (Fig. 1).

Le cordon médullaire était comprimé.

L'exérèse du kyste était effectuée après une laminectomie s'étendant de la sixième

à la huitième vertèbre thoracique. Le kyste était volumineux et prenait un aspect translucide (Fig. 2A).

La ligature du collet à son pôle supérieur avait permis son ablation en monobloc libérant ainsi le fourreau dural (Fig. 2B). L'orifice médian de la dure-mère était suturé. Le diagnostic de kyste arachnoïdien était confirmé par l'examen histologique.

L'examen cyto-chimique du contenu avait rapporté des résultats similaires à celui du Liquide cérébro-spinal. La disparition des dorsalgies et des paresthésies était rapide. La récupération complète du déficit était obtenue en 21 jours après la kinésithérapie.

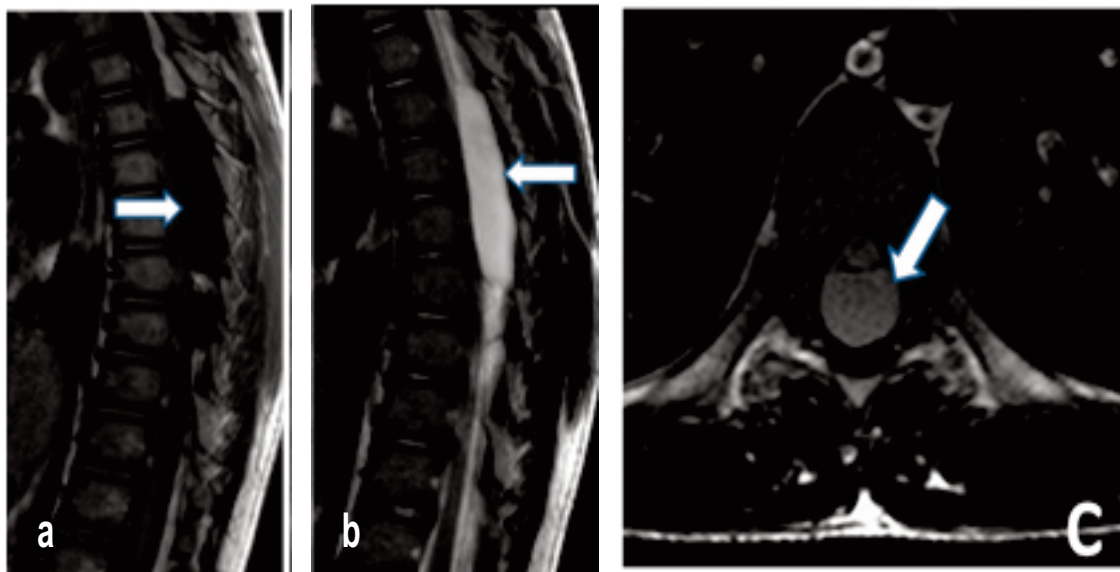


Fig. 1 : IRM médullaire thoracique en coupe sagittal en Séquence T1 (A) et séquence T2 (B) et axial (C) montrant le Kyste arachnoïdien (flèche blanche).

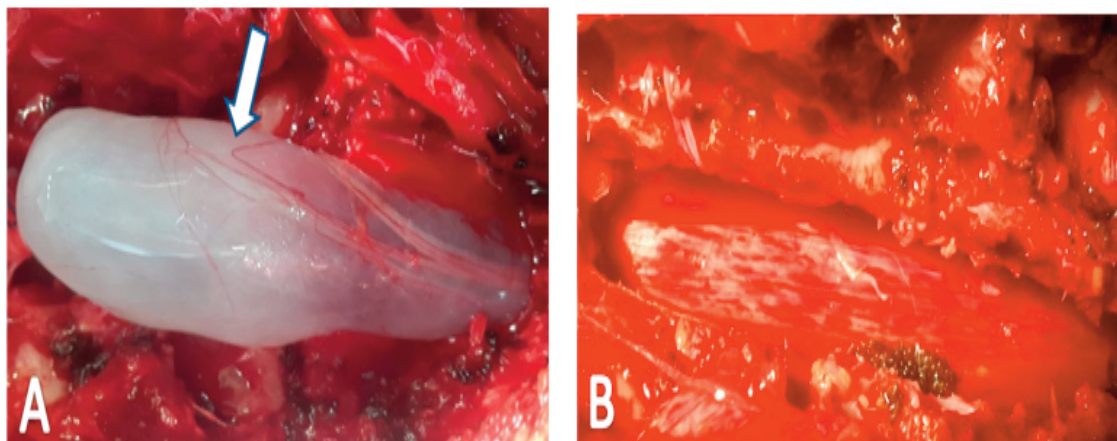


Fig. 2 : Kyste arachnoïdien en per opératoire (A), cordon médullaire thoracique libéré après exérèse du kyste (B)

DISCUSSION

Le kyste arachnoïdien extra-dural est une entité clinique rare [1, 2]. Il s'agit du premier cas recensé dans notre pratique. Le siège était thoracique, localisation la plus fréquente [3] à cet âge et s'expliquerait par l'étranglement canalaire à ce niveau [1]. La pathogénie reste mal connue.

Le kyste arachnoïdien extra-dural serait le résultat d'une hernie de l'arachnoïde à travers une aplasie congénitale de la dure mère [3, 4]. Elle peut être acquise et associée au traumatisme, à une arachnoïdite, et à une anomalie du tube neural. Cependant, ces pathologies sous-jacentes n'ont pas été retrouvées chez notre patient.

Le mécanisme de la «valve à bille» est le plus largement accepté par les auteurs. Cette théorie explique l'expansion du kyste et la compression de la moelle épinière [4, 5]. Le kyste est généralement asymptomatique. Mais dans certains cas, il peut engendrer d'importants troubles neurologiques comme observé dans notre pratique. Les dorsalgies inaugurales variaient avec la posture et évoluaient par poussée-rémission.

Cette variation pourrait s'expliquer par l'expansion intermittente du kyste dû au changement postural [1, 3, 4]. Ces douleurs peuvent être isolées ou associées à une souffrance médullaire ou radiculaire [2, 6].

L'imagerie par résonance magnétique a été très performante et suffisante pour notre patient. Elle a permis d'identifier le kyste arachnoïdien, de préciser son siège thoracique extra-dural, son étendu et ses caractéristiques d'hyposignal en séquence T1 et d'hypersignal en séquence T2 sur les coupes sagittale et axiale. L'intérêt de L'IRM pour le diagnostic ne fait aucun doute dans les revues publiées [2, 7]. L'identification préopératoire l'étendue de la voie de communication à l'imagerie a trouvé un grand intérêt dans la stratégie thérapeutique [8]. Elle permettrait de réaliser un abord mini-invasif, par fenestration du kyste, de procéder à l'évidement et la fermeture durale [3, 4, 8]. La kystographie épidurale pré-opératoire et le Myélo-scanner sont des techniques performantes qui ont le même objectif cependant leur caractère invasif limite leur utilisation [4, 5, 8].

Nous avons procédé à une évacuation complète du kyste et de son contenu. La communication était médiane et accessible à une simple suture dans notre pratique. Elle peut se faire par ligature du collet ou par une plastie [1, 4].

Dans les formes symptomatiques, la résection complète de la paroi du kyste, dans les meilleurs délais, reste le gold standard du traitement [3, 5].

L'exérèse totale est aisée dans la majorité des cas. Elle permet une amélioration rapide la symptomatologie du fait de la décompression.

L'exposition étendue par unelaminectomie sur trois niveaux se justifiait par le caractère volumineux du kyste. Bien qu'elle ait l'avantage de permettre une décompression rapide et une bonne exposition du kyste, la laminectomie présente des inconvénients. Il s'agit entre autre d'une instabilité postopératoire, d'une subluxation ou de la déformation en cyphose du rachis. Ces complications n'avaient pas été rencontrées dans notre pratique. La conservation complète des éléments vertébraux postérieurs est recommandée par la plus part des auteurs [4, 5, 6]. Une laminoplastie permettrait d'éviter une éventuelle cyphose dorsale [3, 5, 7].

Le pronostic des formes symptomatiques est favorable dans la majorité des cas. Dans notre cas, il s'agit d'un kyste méningé extra-dural, de siège thoracique et postérieur, ne contenant pas de tissus nerveux et présentant une communication avec le sac thécal (Type Ia). Plus rarement, il peut s'agir d'une méningocèle sacré sans communication (Type Ib). Le kyste méningé extra-dural peut parfois contenir du tissu nerveux et de siège sacré (type II).

Le kyste méningé peut être intra-dural appelé kyste Tarlov ou diverticule de la racine nerveuse (Type III) [9]. La prise en charge dans les meilleurs délais ainsi que la sévérité de l'atteinte constituent des facteurs pronostic. Une amélioration rapide des signes cliniques initiaux était notée pour notre patient comme observé dans la littérature [1].

L'examen histologique reste le seul examen qui permet la confirmation diagnostique du kyste arachnoïdien.

CONCLUSION

Le kyste arachnoïdien thoracique extra-dural est une affection rare de bon pronostic. Dans les formes symptomatiques, la chirurgie reste incontournable dans les meilleurs délais.

L'imagerie garde tout son Intérêt dans l'orientation diagnostique et la stratégie thérapeutique.

RÉFÉRENCES

- 1] NAAMA O, MANSOURI A. Kyste arachnoïdien extradural rachidien. AJNS 2009 Vol. 28, No 1
- 2] GARETIER M, KOCH G, ROUSSET J, CHINELLATO S, COMMANDEUR D, LE BIVIC T. Kyste arachnoïdien extra dural spinal. Revue Neurologique, Volume 167, Issue 2, February 2011, Pages 187-189
- 3] TOKMAK M, OZEK E, IPLIKCIOGLU AC. Spinal Extradural Arachnoid Cysts: A Series of 10 Cases. J Neurol Surg A Cent Eur Neuro surg. 2015 Sep;76(5):348-52.
- 4] CHO HY, LEE SH, KIM ES, EOH W. Symptomatic Large Spinal Extra dural Arachnoid Cyst: A Case Report. Korean J Spine. 2015 ; 12 (3) 217-220
- 5] MIYAKOSHI N, HONGO M, KASUKAWA Y, SHIMADA Y. Huge thoracolumbar extradural arachnoid cyst excised by recapping T-sawlaminoplasty. The Spine Journal. Nov 2010;10 (11):14-18
- 6] SANGALA JR, URIBE JS, PARK P, MARTINEZ C, VALE FL. Nerve root prolapse into a spinal arachnoid cyst an unusual cause of radiculopathy. Clin Neurol Neurosurg. 2009;111:460-464.
- 7] CHOI SW, SEONG HY, ROH SW. Spinal Extradural Arachnoid Cyst. J Korean Neurosurg Soc 2013; 54 : 355-358
- 8] ELLIKA S, MARIN H, PACE M, NEWMAN D, ABDULHAK M, KOLE M. Case Series: Long segment extra-arachnoid fluid collections: Role of dynamic CT myelography in diagnosis and treatment planning. Indian Journal of Radiology and Imaging. May 2012 ; 22, Issue 2 : 108-115
- 9] KUMAR R, TAHA J, GREINER AL: Herniation of the spinal cord. Case report. J. Neurosurg 1995 ; 82:131-136