

---

## UNE CAUSE INHABITUELLE DE LOMBO-SCIATALGIE : KYTE DE TARLOV

NOUKHOUM KONÉ<sup>1</sup>, ADEREHIME HAIDARA<sup>2</sup>, OTOUMA SOUMARÉ<sup>3</sup>

1- Service de Neurochirurgie, Centre Hospitalier de Kiffa, BP: 4509 Kiffa, Mauritanie

2- Service de Neurochirurgie, Centre Hospitalier de Bouaké, 01 B.P. 1174 Bouaké, Côte d'Ivoire.

3- Service de Neurochirurgie, Centre Hospitalier des Spécialités B.P. 5252 Nouakchott Mauritanie.

---

**RÉSUMÉ :** Les kystes de Tarlov (kystes peri radiculaires) sont des poches remplies de liquide cérébro-spinal issues d'excroissances d'une des méninges (arachnoïde et ou de la dure-mère) du ganglion spinal. Il s'agit d'affection rare constituant une cause classique de lombalgies, sciatalgies et atteintes pluri-radiculaires. Nous rapportons 1 cas de lombosciatalgie secondaire à un kyste de Tarlov et nous discuterons à travers une revue de la littérature des aspects cliniques, radiologiques ainsi que des indications thérapeutiques.

**Mots clés :** Douleur lombaire, Algie sciatique, Kyste perineural.

**ABSTRACT** Tarlov cysts (radial periosteal cysts) are pockets filled with cerebrospinal fluid resulting from growths of one of the meninges (arachnoid and or dura mater) of the spinal ganglion. It is a rare disorder that is a classic cause of low back pain, sciatica and multi-radicular injuries. We report 1 case of lumbosciatalgia secondary to a cyst of Tarlov and we will discuss through a review of the literature clinical, radiological as well as therapeutic indications.

**Key words :** Low back pains, Sciatic neuralgia, Perineurial cyst.

---

### INTRODUCTION

Les kystes de Tarlov (kystes péri radiculaires) sont des poches remplies de liquide cérébro-spinal issues d'excroissances d'une des méninges (arachnoïde et ou de la dure-mère) du ganglion spinal prenant place fréquemment au niveau lombo-sacral [1].

Ils se voient chez approximativement 1 à 5 % des patients, restent symptomatiques dans 1 % des cas [2]. La fréquence ne diffère pas considérablement entre les sexes. Dans 80 % des cas il s'agit de patients de moins de 50 ans.

### PATIENTS ET OBSERVATION

Madame T. M. âgée de 70 ans, sage femme à la retraite, présentait depuis plusieurs mois des lombalgies avec irradiation sciatique au membre inférieur droite à la marche.

A l'examen clinique la patiente présentait un Lasègue positif à 50° à droite sans déficit sensitivo-moteur. La manœuvre de vasalva

déclenchait la douleur. Un traitement médical par antalgique, anti inflammatoire et myorelaxant n'avait pas apporté d'amélioration.

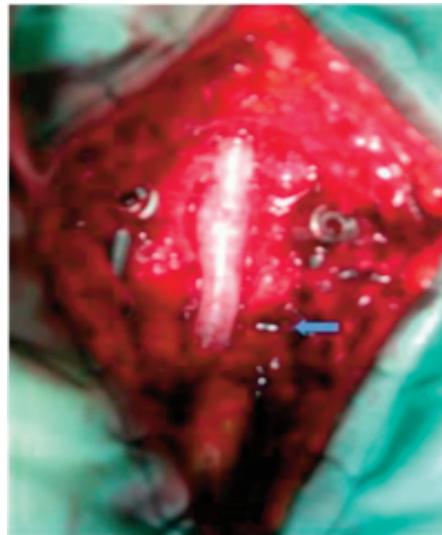
L'imagerie par résonance magnétique (IRM) montrait un hypersignal en séquence T2 cheminant le foramen intervertébral droit L5-S1, une discopathie étagée allant de L2 à S1 avec un canal lombaire étroit L3-L4, L4-L5 et L5-S1 (Fig. 1).

Devant la gêne fonctionnelle présentée par la patiente et l'échec du traitement médical, l'indication d'une prise en charge chirurgicale a été posée. Elle a consisté en une laminectomie L3, L4, L5 ; une large foraminotomie droite avec excision d'une partie de la paroi du kyste, suivie d'une suture de la paroi restante de manière à recréer une gaine sur les radicelles ; ce geste a été accompagné d'une arthrolyse L4-S1 par voie postérieure (Fig. 2).

En post opératoire immédiat, elle a rapporté un soulagement net de la douleur radriculaire.



**Fig. 1 :** a) IRM médullaire en coupe coronale, séquence pondérée T2 montrant une formation kystique cheminant le foramen intervertébral droit L5-S1 (flèche pleine).  
 b) IRM médullaire en coupe sagittale, notant l'existence d'une discopathie étagée allant de L2 à S1 avec un canal lombaire étroit L3-L4, L4-L5 et L5-S (flèche plus fine)



**Fig. 2 :** Laminectomie L3, L4, L5 ; une large foraminotomie droite (flèche) avec excision d'une partie de la paroi du kyste, suivie d'une suture de la paroi restante de manière à recréer une gaine sur les racelles ; ce geste a été accompagné d'une arthrodèse L4-S1 par voie postérieure.

## DISCUSSION

L'étiologie reste mal connue mais cependant deux facteurs de risque sont incriminés. Quelques auteurs ont rapporté un taux de 40 % d'association avec un traumatisme [3].

Park HJ et al. pensent qu'une origine génétique pourrait être un important facteur impliqué dans la pathogénie [4].

Sur le plan embryologique les racines postérieures et les ganglions proviennent de la crête neurale ; les membranes

leptomeningées qui contribuent à la formation du fourreau dural sont aussi dérivées partiellement de la crête neurale pendant que la dure mère est d'origine mésenchymateuse.

Donc le développement des diverticules et les reproductions des fourreaux pourraient être causés par les mêmes facteurs [5].

Voyadzis JM. et al. retrouvent à l'examen histopathologique des fibres nerveuses dans 75% de cas, des cellules de ganglion dans 25% de cas, et l'évidence de la vieille hémorragie dans la moitié [6].

Les kystes sont habituellement en communication avec l'espace sous arach-noïdien via des micro circulations.

Ils seraient secondaire à une élévation hydrodynamique du liquide cérébro-spinal (LCS) à travers un mécanisme de valve (le soulagement symptomatique de la position couchée en est la preuve); avec le temps et sous l'effet de la pression ils se distendent et peuvent comprimer les fibres nerveuses avoisinantes [7].

Les kystes de Tarlov représentent une cause classique de lombalgies, sciatalgies et atteintes pluri-radicales de la queue de cheval ainsi que des troubles sphinctériens. Typiquement, la symptomatologie peut fluctuer, s'aggravant devant toute manœuvre augmentant la pression hydrodynamique du LCS [3,4] (position debout, manœuvre de valsalva...). Ces symptômes sont rarement rattachés à leur véritable cause, surtout à l'heure actuelle soit parce que le scanner orné de quelques «hernies discales » détournent l'attention [8].

L'IRM permet sans aucun traumatisme, d'affirmer le diagnostic, de préciser le nombre de kystes. Les kystes méningés arachnoïdiens ont un signal identique à celui du LCR intra-thécal.

Une diminution de signal en séquence T2 se voit dans les cas de kystes largement communicants en rapport avec la présence de turbulences et mouvements de flux de LCR, responsable d'un déplacement des spins avec perte de signal en séquence T2.

Le scanner quant à lui, peut montrer une érosion osseuse à contours nets ainsi qu'une ou plusieurs formations arrondies hypodenses intra-canalaires, permettant un diagnostic aisé.

Le traitement médical est préconisé en 1ère intention (antalgiques, anti inflammatoire non stéroïdien pers os ou péri-dural) [9] car l'excision de la paroi contenant des éléments nerveux pourrait souvent mener à un déficit neurologique [7,9].

Les séries chirurgicales notent 38% d'amélioration clinique avec une durée d'amélioration variable [10].

Le traitement chirurgical s'adresse aux kystes de Tarlov symptomatiques et aux cas d'anomalies des racines résistantes au traitement médical, cependant l'intervention chirurgicale spécifique demeure controversée [9,10].

Maitrot D. et al. ont décrit un algorithme de prise en charge chirurgicale[8]:

- pour les kystes sans radicelles, l'excision si elle est possible facilement, sinon la ligature du collet et la rétraction du sac par coagulation suivie d'un comblement de l'espace mort par du tissu adipeux prélevé.

- pour les kystes avec radicelles, réunir ces radicelles vers une partie du sac, rétracter ensuite les parois restantes, en les excisant d'abord puis en suturant le résidu, de façon à recréer une gaine radulaire. Ce geste est parfois très ardu car il doit être poursuivi dans les trous de conjugaison, aussi loin que possible et de nombreuses veines épidurales viennent aimablement compliquer la tâche.

- lorsque le kyste est trop petit pour que de geste chirurgical soit possible, se contenter d'une large foraminotomie décompressive qui, pour l'instant du moins, permet d'observer la guérison des sciatalgies.

- enfin, lorsque les kystes sont nombreux, la mise en place d'une dérivation lombo-péritonéale est proposée.

## CONCLUSION

En dépit d'être principalement asymptomatique et découverte de façon accidentelle le plus souvent, le kyste Tarlov est une entité clinique importante à cause de sa tendance à augmenter en dimension avec le temps.

Il peut être une cause rare de lombo-radicalgie et devrait être considéré dans le diagnostic différentiel des causes de d'algie lombo-radulaire.

## CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

## CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

## RÉFÉRENCES

- 1] TARLOV ISADORE MAX. «Spinal perineurial and meningeal cysts». *Journal of Neurology, Neurosurgery Psychiatry* 33, no 6(1970): 833–843.
- 2] PAULSEN RICHARD D., GLEN A. CALL, ET F. R. MURTAGH. «Prevalence and percutaneous drainage of cysts of the sacral nerve root sheath (Tarlov cysts).» *American journal of neuroradiology* 15, no 2 (1994) : 293–297.
- 3] NISHIURA IWAO, TSUNEMARO KOYAMA, ET JYOJI HANDA. «Intrasacral perineurial cyst». *Surgical neurology* 23, no 3 (1985): 265–269.
- 4] PARK HYUN JUN, IL SUP KIM, SANG WON LEE, ET BYUNG CHUL SON. «Two cases of symptomatic perineurial cysts (Tarlov cysts) in one family-a case report». *Journal of Korean Neurosurgical. Society* 44, no 3 (2008): 174–177.
- 5] NATHAN HILEL, ET SAMUEL ROSNER. «Multiple meningeal diverticula and cysts associated with duplications of the sheaths of spinal nerve posterior roots». *Journal of neurosurgery* 47, no 1 (1977): 68–72.
- 6] VOYADZIS JEAN-MARC, PARUL BHARGAVA, ET FRASER C. HENDERSON. «Tarlov cysts: a study of 10 cases with review of the literature». *Journal of Neurosurgery: Spine* 95, no 1 (2001): 25–32.
- 7] «Dr Ed. Tarlov-Tarlov et Arachnoidite-populus.ch.<http://tarlov-arac.populus.org/rub/6>. Accès 27 Mars 2017. - Recherche Google». Consulté le 2 avril 2017.
- 8] «Rapport Professeur Maitrot et journal officiel. Extrait du Journal Officiel Mai 2003. <http://kystesarachnoidiensd.e-monsite.com/pages/rapport-professeur-maitrot-et-journal-officiel.html> - Recherche Google». Consulté le 2 avril 2017.
- 9] LUCANTONI CORRADO, KHOI D. THAN, ANTHONY C. WANG, JUAN M. Valdivia-Valdivia, Cormac O. Maher Frank La Marca, et Paul Park. «Tarlov cysts: a controversial lesion of the sacral spine». *Neurosurgical focus* 31, no 6 (2011): E14.
- 10] ACOSTA JR FRANK L., ALFREDO QUINONES-HINOJOSA, MEIC H. SCHMIDT, ET PHILIP R. WEINSTEIN. «Diagnosis and management of sacral Tarlov cysts: case report and review of the literature». *Neurosurgical focus* 15, no 2 (2003): 1–7.