

# KYSTE EPIDERMOÏDE DE LA QUEUE DE CHEVAL :

## A PROPOS D'UN CAS

A. MANSOUR, M. BOUAZIZ, S. TLIBA

Service de Neurochirurgie  
Hôpital Ibn Rochd, CHU Annaba

### RESUME

Le kyste épidermoïde intra dural de la queue de cheval est une lésion bénigne très rare. Nous rapportons un cas chez un garçon de quatre ans. Le kyste est associé à un sinus dermique en regard de L4. L'examen neurologique est normal et l'IRM rachidienne a montré une masse kystique intra canalaire lombosacré refoulant les racines de queue de cheval sans les envahir. L'intervention a permis son ablation sans difficulté particulière et l'évolution est bonne, sans aucun déficit neurologique.

**Mots clés :** Kyste épidermoïde, Queue de cheval, Sinus dermique.

### INTRODUCTION

Le kyste épidermoïde intra rachidien est une tumeur dysembryoblastique rare pouvant intéresser le système nerveux central (SNC). Sa localisation intra rachidienne est estimée à 1% [1,8]. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est l'élément clé du diagnostic [1].

Nous rapportons une observation d'un enfant de quatre ans porteur de cette lésion et dont les aspects cliniques, radiologiques, thérapeutiques ainsi que l'évolution sont relatés. Une revue la littérature concernant cette localisation est également effectuée.

### OBSERVATION

Notre patient est un garçon de 4 ans, deuxième de sa fratrie, qui a consulté pour des douleurs rachidiennes et dont les parents rapportent la notion d'issue de pus à travers un petit orifice lombaire, le tout évoluant dans un contexte fébrile.

L'examen clinique est pauci symptomatique en dehors d'un sinus dermique en regard de L4, sans aucun signe neurologique.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) rachidienne retrouve une formation kystique, en hyposignal en T1 et en hypersignal en T2, de siège intracanalair lombosacré, de contours nets, ne se rehaussant pas après injection de gadolinium, mesurant 70 mm x 17 mm de longueur et refoulant les racines de la queue de cheval à droite (Fig. 1, 2 et 3).



Fig 1. IRM en coupe sagittale :  
Kyste épidermoïde en hyposignal en T1



Fig 2. IRM en coupe sagittale :  
kyste épidermoïde en hypersignal en T2



**Fig 3. IRM en coupe sagittale :  
Kyste épidermoïde en hyposignal après  
injection de gadolinium**

L'exploration chirurgicale retrouve, après une laminotomie étendue de L2 à L5 et ouverture durale, un kyste à contenu perlé, blanc nacré, refoulant les racines sans les envahir. L'évidement intra tumoral a été réalisé sans difficulté, mais la membrane épithéliale du kyste adhérait fortement aux racines ne permettant qu'une exérèse partielle.

L'évolution post opératoire a été marquée par une méningite aseptique qui a bien répondu sous corticothérapie.

## DISCUSSION

Les kystes épidermoïdes représentent moins de 1% des tumeurs intra rachidiennes [3, 5, 8, 9]. Ils sont fréquemment associés à des malformations congénitales osseuses et /ou cutanées tels que spina bifida, lipome, sinus dermique [3]. Ils sont bénins et se développent lentement. Ils sont souvent congénitaux et exceptionnellement acquis.

La forme congénitale prend naissance des reliquats embryonnaires de l'ectoderme dans le canal rachidien lors de la fermeture de la crête neurale entre la 2<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> semaine de la vie embryonnaire [3, 9]. La forme acquise ou iatrogène est due à l'inclusion traumatique des fragments cutanés suite à des ponctions lombaires et/ou injections intrathécales répétées [2].

Dans le canal rachidien, le kyste épidermoïde est de siège intra dural extra médullaire. La localisation intra médullaire est très rare [1,2].

Une légère prédominance masculine a été rapportée et estimée autour de 61% [10]. La plupart de ces tumeurs sont diagnostiquées durant la seconde et la troisième décennie. Elle représentent 70 % des patients de la série étudiée par Takeushi et al [10].

L'évolution lente peut expliquer la symptomatologie tardive. Elle se révèle le plus souvent par un tableau progressif de compression de la queue de cheval, fait de douleurs radiculaires, troubles moteurs, troubles sensitifs et sphinctériens. Cependant la possibilité de révélation brutale a été décrite au cours de traumatisme rachidienne [5].

Les anomalies associées doivent être recherchées soigneusement, qu'elles soient lombaires, cutanées ou osseuses ; dans notre cas nous avons retrouvé un sinus dermique.

L'imagerie par résonance magnétique est l'examen clé du diagnostic et permet de mettre en évidence les lésions associées. Le kyste apparaît en hyposignal sur les séquences pondérées T1 et en hypersignal sur les séquences pondérées T2 [1, 3, 5, 9, 10]. Le signal est légèrement supérieur à celui du liquide céphalo-rachidien, ce qui témoigne d'un contenu hydrique mêlé au cholestérol et à la kératine [3]. L'injection de gadolinium ne modifie pas le signal en raison du caractère avasculaire de la lésion. La distinction entre kyste épidermoïde et dermoïde en IRM est dans le signal. Le kyste dermoïde est hétérogène sans rehaussement après injection de Gadolinium.

Le diagnostic différentiel peut se poser avec d'autres tumeurs de même localisation en particulier un épendymome, méningiome, neurinome, hémangioblastome. Ces tumeurs se rehaussent après injection de gadolinium [1].

L'étude histologique identifie la présence de kératine, de cristaux de cholestérol issus de la dégradation de la kératine, d'eau et de cellules desquamées donnant un aspect blanc nacré, parfois on retrouve des calcifications. Sa paroi est constituée d'un épithélium malpighien [3, 5, 10].

Le traitement du kyste épidermoïde est chirurgical, le geste idéal étant l'exérèse totale, mais cette dernière ne doit pas se faire au prix de lésions irréversibles, lorsque la capsule est adhérente à la moelle et/ou aux racines [4, 6, 10]. Notre patient a bénéficié d'un

évidemment du contenu du kyste, cependant, la membrane a été laissée en partie en place en raison des adhérences avec les racines. Certains auteurs insistent sur les précautions à prendre durant l'exérèse, en particulier éviter la dissémination dans l'espace sous arachnoïdien qui expose à la méningite postopératoire. Treize sur cinquante patients opérés de kystes epidermoïde ou dermoïdes rachidiens dans l'étude de Guidetti et all ont présentés une méningite aseptique [7, 5]. Notre patient a également présenté cette complication, qui a néanmoins bien évoluée sous traitement.

### CONCLUSION

Les kystes epidermoïdes sont souvent de nature congénitale. La symptomatologie clinique est tardive se révélant par un syndrome de la queue de cheval d'installation progressive. L'IRM est l'examen de choix pour le diagnostic et le suivi postopératoire. Le traitement est chirurgical. L'exérèse complète du contenu du kyste et de la capsule sont souhaitable. Cette dernière ne devant pas être absolument poursuivie en cas de risque de complications neurologiques post opératoires.

### BIBLIOGRAPHIE

- [1] AMATO VG, ASSIETTI R, ARIENTA. Intramedullary epidermoid cyst : preoperative diagnosis and surgical management after MRI introduction. Case report and updating of the literature. *J. Neurosurgery Sci* 2002 ; 46 : 122-6
- [2] CHANDRA PS, MANJARI T, DEVI BI, CHANDRAMOULI BA, SRIKANTHSG, SHANKAR SK. Intramedllary spinal epidermoid cyst. *Neurol India* 2000; 48:75-7
- [3] SANOUSSI S, DIETEMANN JL, SALATINO S, GUESSOUM M. kyste épidermoïde intrarachidien. *J. Neuroradiologie* 1997; 24 :65-7
- [4] CATALTEPO O, BERKER M, AKALAN N. A giant intramedullary spinal epidermoid cyst of the cervico thoracic region. *Pediatr Neurosurg* 2004 ; 40:120-3
- [5] DEBARROS A, PROUST F, LAQUERRIERE A, DEHESDIN D, FREGER P. : Kyste epidermoïde congénital de la queue de cheval. *J. Neurochirurgie* 2002 ; 48 : 2-3
- [6] FERRARA P, COSTA S, REGANTA MULE A, ALEO CD, PULITANO S ET ALL. Intramedullary epidrmoid cyst presenting with abnormal urological manifestations. *Spinal cord* 2003. 41 : 645-8
- [7] GUIDETTI B, GAGLIARDI FM. Epidermoid and dermoid cyst. *J. Neurosurg* 1977 ; 47 : 12 -18
- [8] KACHHARA R, UNNIKRIISHNAN. Acquired cauda equine epidermoid cyst. *Neurol India* 1999 ; 47 : 250.
- [9] NAAMA O, AJJA A, BELHACHEMI ELMOSTARCHID B, GAZZAZ M, BOUZIDI A, LABRAIMI A, BOUCETTA M. Kyste epidermoïde de la queue de cheval révélé par des troubles sphinctériens : A propos d'un cas African journal of neurological sciences.
- [10] TAKEUCHI J, OHATA T, KAJIKAWA. Congenital tumours of spinal cord. In Vinken PJ, Bruyn GN, eds. *Handbook of clinical neurology*. Vol 32. Amsterdam : North Holland Publishing Co, 1978 ; 37 : 61-66.