



UNE CAUSE RARE DE COMPRESSION MÉDULLAIRE THORACIQUE CHEZ UN JEUNE ADULTE NOIR AFRICAIN

ADJADOHOUN SBMG¹, ZOMALHETO ZC², HODE I³, KIKI MSG⁴, AKANNI DMM⁴, TAKIN RCA⁵,
YEKPE AHOUSOU P¹, SAVI DE TOVE KM⁴, BIAOU O¹, BOCO V¹

¹SERVICE D'IMAGERIE MÉDICALE DU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA DE COTONOU

²SERVICE DE RHUMATOLOGIE DU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA DE COTONOU

³CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE TRAUMATOLOGIE D'ORTHOPÉDIE ET DE CHIRURGIE RÉPARATRICE DU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA DE COTONOU

⁴SERVICE D'IMAGERIE MÉDICALE, DU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA DE COTONOU

⁵UNITÉ D'ANATOMO-PATHOLOGIE ET CYTOLOGIE/ HÔPITAL TROYES (FRANCE)

RÉSUMÉ

Les compressions médullaires lentes sont d'étiologies diverses. Elles peuvent révéler une pathologie grave nécessitant des moyens d'exploration d'imagerie très onéreux et une prise en charge parfois très difficile dans les pays à ressources limitées où le plateau technique est très peu fourni.

Les auteurs rapportent un cas exceptionnel d'une compression médullaire lente thoracique de niveau lésionnel à T6 révélant un hémangiome vertébral agressif chez un jeune étudiant noir africain, documentée par l'imagerie par résonnance magnétique (IRM). Le patient a bénéficié d'une exérèse de la masse épidurale et une vertébroplastie T6 avec une récupération progressive de la force motrice des membres pelviens.

Mots-clés : Compression médullaire, Hémangiome agressif, noir africain, Bénin

INTRODUCTION

Les compressions médullaires lentes sont d'étiologies diverses. Elles peuvent révéler une pathologie grave nécessitant des moyens d'exploration d'imagerie très onéreux et une prise en charge parfois très difficile dans

les pays à ressources limitées où le plateau technique est très peu fourni. L'imagerie joue un rôle important car elle permet de mettre en évidence la lésion compressive, d'en préciser la topographie permettant ainsi une approche étiologique, afin d'orienter l'attitude thérapeutique. L'hémangiome vertébral, classiquement



lésion bénigne, asymptomatique et de découverte fortuite est relativement fréquent, sur 10 % des autopsies¹. Il est une cause rare de compression médullaire (1 % des cas d'hémangiome)².

Les auteurs rapportent un cas exceptionnel d'une compression médullaire lente thoracique de niveau lésionnel à T6 révélant un hémangiome vertébral agressif chez un jeune étudiant noir africain, documentée par l'imagerie par résonnance magnétique (IRM).

OBSERVATION

Il s'agit d'un étudiant âgé de 19 ans, sans antécédent particulier, hospitalisé dans le service de Rhumatologie du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou en janvier 2018, pour des troubles de la marche d'apparition progressive, évoluant depuis 6 mois. Il présentait par ailleurs une constipation et une dysurie d'installation progressive. On ne notait pas de fièvre ni aucun autre signe général.

L'examen clinique a retrouvé un bon état général, un syndrome de compression médullaire fait d'un syndrome lésionnel avec niveau sensitif T6 et d'un syndrome sous lésionnel associant une paraparésie spastique (force motrice 3/5 au membre pelvien droit et 2/5 au membre pelvien gauche), un Babinski bilatéral, une hypoesthésie cutanée, des troubles sphinctériens, et un syndrome rachidien dorso-lombaire. Le bilan biologique était sans particularité. Sur le plan de l'imagerie, la radiographie du rachis thoracique était initialement interprétée comme normale. L'IRM médullaire avait noté : une anomalie de signal de corps et l'arc postérieur de la vertèbre T6, du pédicule et l'apophyse articulaire gauche de T7, en hyposignal sur la séquence pondérée T1, en hypersignal avec des lacs veineux en hyposignal sur la séquence pondérée T2FS, se rehaussant après injection de Gadolinium ; une masse tissulaire épidurale postérieure, de T4 à T7 en hypersignal sur la séquence pondérée T2FS, hyposignal T1 avec une prise de contraste intense après injection de Gadolinium et responsable d'une compression médullaire.

Un scanner lombaire a été réalisé avant l'admission du patient au début de la symptomatologie et n'a objectivé aucune anomalie.

Le patient a bénéficié d'un traitement médical à base de corticothérapie et d'antalgique ; d'un traitement chirurgical fait d'une laminectomie T5, T6, T7 avec exérèse de la masse épidurale et d'une vertébroplastie T6, et d'une rééducation fonctionnelle.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire a conclu à un hémangiome caverneux.

L'évolution clinique est bonne avec une récupération progressive de la force motrice des membres pelviens.

DISCUSSION

Les hémangiomes vertébraux représentent 1 % des tumeurs osseuses, et la plus fréquente des tumeurs bénignes vertébrales³, découverte sur 10 % des autopsies systématiques⁴. La forme agressive est rare, 1 % des hémangiomes⁵. Aucun cas d'hémangiome agressif révélé d'emblée par une compression médullaire lente n'a été décrit dans la littérature noire africaine. Il est retrouvé chez l'adulte jeune avec une discrète prédominance féminine⁶.

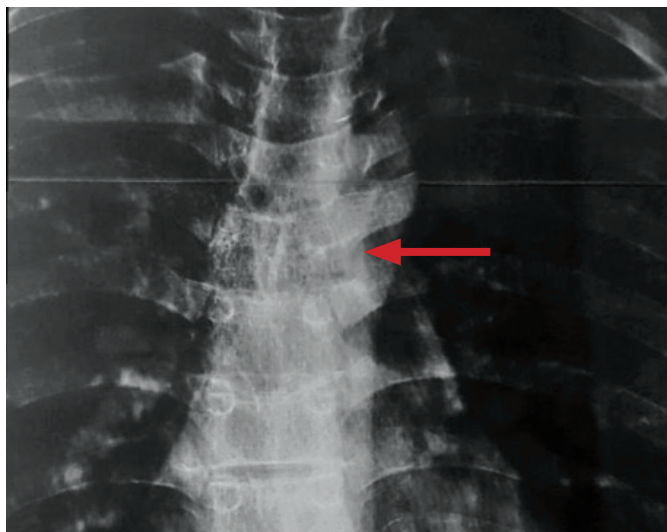
La symptomatologie clinique de l'hémangiome agressif est souvent représentée par la compression médullaire avec parfois des dorsalgies et des radiculagies comme le cas de notre patient.

La physiopathologie de la symptomatologie neurologique fait intervenir en général l'extension épidurale, comme l'a révélé l'Imagerie par résonnance Magnétique de notre patient. En revanche, les tassements vertébraux et les hématomes compressifs sont rarement incriminés⁷. L'imagerie permet de faire le diagnostic positif et d'apprécier le degré d'agressivité⁵.

Sur la radiographie standard, l'hémangiome a un aspect typique⁸. Il siège sur le corps vertébral, qui est déminéralisé, dont les travées osseuses sont grossières donnant un aspect peigné ou grillagé de la vertèbre. La lésion peut parfois passer inaperçue par le radiologue ou le clinicien en l'absence d'analyse fine. C'est le cas de la radiographie standard de notre patient interprétée comme sans particularité. La relecture après l'IRM a retrouvé un aspect discrètement grillagé de la vertèbre T6 (Figure 1).



Figure 1. Radiographie du rachis thoracique de face du patient montrant l'aspect peigné ou grillagé de la vertèbre T6.



À la tomodensitométrie, on retrouve classiquement une vertèbre striée, avec un aspect en velours côtelé avec des piquetées d'os épais donnant un aspect en tête d'épingle. Lorsque l'aspect n'est pas typique, la tomodensitométrie permet de préciser l'étendue de l'atteinte osseuse, l'extension épidurale, l'hyper vascularisation et le stroma tissulaire de la lésion⁷. Notre patient n'a pas réalisé de tomodensitométrie thoracique mais plutôt une tomodensitométrie lombaire (demandé par les praticiens de ville) qui était normal ; ce qui a contribué au retard diagnostique et qui pose le problème de la hiérarchisation et de la prescription des examens para-cliniques dans nos pays.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est l'examen de référence qui permet de faire le diagnostic positif, topographique et étiologique de la lésion compressive et d'orienter la stratégie thérapeutique⁹. Son seul inconvénient reste le coût élevé dans nos conditions de travail ce qui a retardé la réalisation de cet examen prescrit dès l'admission à notre patient. L'aspect de l'hémangiome habituel dans la forme bénigne est un hypersignal sur les séquences en T1 et T2 avec une prise de contraste faible ou modérée. Laredo *et coll.* ont défini les critères d'agressivité qui sont : le siège en T3-T10, l'atteinte du corps vertébral et de l'arc postérieur, le caractère tissulaire en hyposignal sur la séquence pondérée en T1, hypersignal sur la séquence pondérée en T2, avec les lacs veineux en hyposignal T2, une prise de contraste intense mais surtout l'extension épidurale¹⁰. Ces critères ont bien été retrouvés sur l'IRM de notre jeune patient (Figure 2).

Sur le plan histologique, les lésions sont composées de vaisseaux sanguins matures à paroi mince et de sinus contenant du sang. Les parois des vaisseaux sont revêtues d'une seule couche de cellules endothéliales aplaties dans un tissu collagène sans tissu nerveux interposé. Des résidus d'hémorragies antérieures sont visibles, avec un tissu cicatriciel fibreux et une calcification de l'hemosidérine, en particulier dans les lésions plus grandes¹¹. En fonction du type histologique prédominant, les hémangiomes sont classés en types vei-

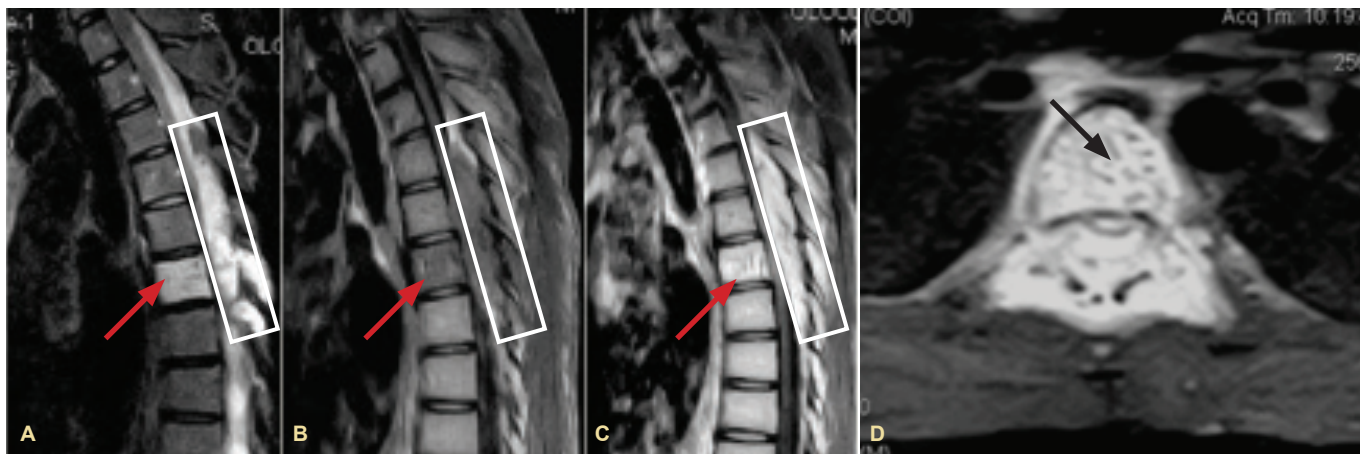


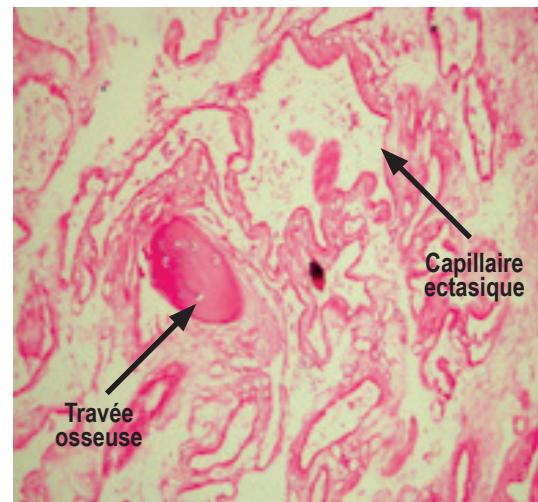
Figure 2. 2A : Coupe sagittale pondérée T2 FS montrant la vertèbre T6 en hypersignal (flèche blanche) et une masse tissulaire épidurale postérieure, de T4 à T7 en hypersignal hétérogène (encadré) responsable d'une compression médullaire.
2B : Coupe sagittale pondérée T1 montrant la vertèbre T6 en hyposignal (flèche blanche) et une masse tissulaire épidurale postérieure, de T4 à T7 en hyposignal (encadré) comprimant la moelle spinale.
2C : Coupe sagittale pondérée T1FS avec injection de gadolinium montrant une prise de contraste intense de la vertèbre T6 (flèche rouge) et de la masse tissulaire épidurale de T4 à T7 (encadré).
2D : Coupe axiale passant par la vertèbre T6 pondérée T2 FS montrant l'aspect en hypersignal de la vertèbre avec des lacs veineux en hyposignal (flèche noire).



neux, capillaire ou caverneux (forme la plus fréquente et retrouvée chez notre patient comme le montre la figure 3).

Le traitement est difficile et aucune attitude thérapeutique ne fait l'unanimité. Il fait appel à une radiothérapie, une embolisation associée ou non à une chirurgie ou une vertébroplastie percutanée^{3,5}. La conduite thérapeutique qui semble la mieux adaptée devant ces hémangiomes agressifs reste l'association d'une embolisation avec une vertébroplastie percutanée associée éventuellement à une chirurgie en cas d'atteinte épidurale⁵. Dans le cas de notre patient, une laminectomie T5, T6, T7 avec exérèse de la masse épidurale suivie d'une vertébroplastie T6 a été pratiquée.

Figure 3. Hémangiome caverneux vu au grossissement x20.



► CONCLUSION

L'hémangiome vertébral agressif est rare, avec pour conséquence le retard diagnostic. Elle entraîne une compression médullaire lente et donc engage le pronostic fonctionnel. L'IRM est l'examen de référence qui permet d'apprécier l'extension épidurale. Le scanner reste une alternative dans nos régions compte tenu du coût et de la faible disponibilité de l'IRM. Une concertation multidisciplinaire est indispensable pour une bonne prise en charge de ces patients. ■

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

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. Fox MW, Onofrio BM. The natural history and management of symptomatic and asymptomatic vertebral hemangiomas. *J Neurosurg.* 1993 Jan;78(1):36-45.
- ◆ 2. Dahlin DC. *Bones tumors general aspects and data on 8542 cases.* Ed spring field (Illinois) 1986;167-180.
- ◆ 3. Abdelilah M, Adil E, El Mehdi A, Radouane R, Ouchaib K, Mbark M, Abdelghani EF. Hémangiome vertébrale géant révélé par un traumatisme lombaire: à propos d'un cas *Pan African Medical Journal.* 2014;18:351.
- ◆ 4. Schmorl G, Junghanns H. *The human spine in health and disease.* Calif Med. 1960 Jul; 93(1):64.
- ◆ 5. Allali N, Tizniti S, Rachid M, EL Hassani MR, El Quessar A, Chakir N, et al. Les hémangiomes vertébraux agressifs. *AJNS* 2002 ; 21(1):21-25.
- ◆ 6. Laredo JD, Reizine D. Vertebral hemangioma. *Radiology.* 1986;161(1):183-189.
- ◆ 7. Cortet B, Coton A. Intérêt de la vertébroplastie. *Rev Rhum.* 1994;61:16-22.
- ◆ 8. Chagon S, Valley C. Hémangiome diffuse. *EMC Radio-diagnostic App Locomot* 3-1489-A-10.1992.
- ◆ 9. NCI El Ganouni, MR Khalil, MR Hiroual, I El Idrissi, M Haddi, S Aït Benaliet al. Apport de l'IRM dans les compressions médullaires lentes d'origine tumorale et infectieuse. *Feuillets de Radiologie* 2009, 49(4):251-262
- ◆ 10. Gajaseeni P, Labianca L, Lacerda I, Weinstein S. A Child with a Rare Extraosseous Extension and Pathologic Fracture from a Vertebral Hemangioma: A Case Report. *JBJS Case Connect.* 2017 Oct-Dec;7(4):e86. doi: 10.2106/JBJS.CC.17.00057.
- ◆ 11. Gao C, Xu W, Qing Lian J, Feng D, Cui JF, Liu H. Spinal Epidural Cavernous Hemangioma: A Clinical Series of 7 Patients. *World Neurosurg.* 2018 Mar;111:e183-e191. doi: 10.1016/j.wneu.2017.12.006. Epub 2017 Dec 14.