

Imagerie des tumeurs sus tentorielles chez l'enfant: à propos de 44 cas

B.SLIOUI, M.FIKRI, M.ABDELLAOUI, MR.ELHASSANI, M.JIDDANE,

Introduction

Service de Neuroradiologie. Hôpital des spécialités RABAT MAROC

Discussion

Les tumeurs sus tentorielles chez l'enfant sont assez fréquentes et peuvent être bénignes ou malignes. La grande diversité des tumeurs rencontrées rend le diagnostic étiologique difficile.

L'imagerie et surtout l'IRM, représente l'élément fondamentale dans l'orientation diagnostique, l'établissement d'un bilan lésionnel précis et le suivi de ces patients.

Matériels et méthodes

Etude rétrospective de 44 dossiers d'enfants sur une période s'étalant sur 3 ans.

Imagerie:

-TDM avec et sans injection de PC ;

-IRM cérébrale dans les 3 plans de l'espace en différentes pondérations avec injection de gadolinium.

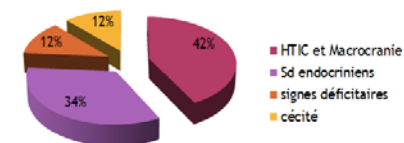
Confirmation histologique pour tous malades..

Résultats

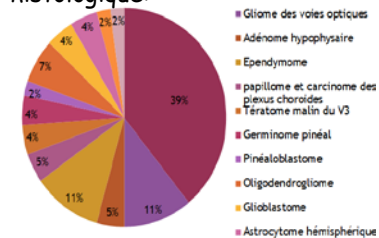
L'âge moyen: 10 ans.

Sexe ratio: 1.2 (M/F)

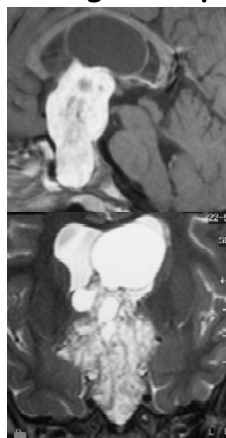
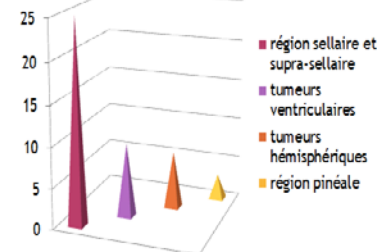
Signes cliniques:



Résultat en fonction du type histologique:



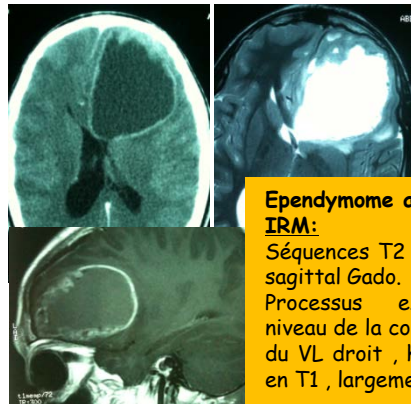
Résultat d'imagerie par région:



IRM:

Craniopharyngiome

Processus expansif sellaire et supra-sellaire à composantes charnue (hyper T2 et rehaussement hétérogène) et kystique (hyperT2 avec rehaussement fin de la paroi), englobant le chiasma optique et s'étendant dans les ventricules latéraux.



Ependymome anaplasique

IRM:

Séquences T2 axiale et T1 sagittal Gado. Processus expansif au niveau de la corne frontale du VL droit, hypo intense en T1, largement nécrosé.

conclusion

Les tumeurs cérébrales chez l'enfant représentent 25% des tumeurs pédiatriques.

Le siège sus tentorielle est beaucoup moins fréquent que celui sous tentorielle.

Le craniopharyngiome vient au premier plan.

L'imagerie a un rôle primordial pour établir un diagnostic positif et un bilan d'extension précis.

Références

1- Brunel H., Raybaud C., Peretti-Viton P., Lena G., Girard N., Paz-Paredes A., Levrier O., Farnier P., Manera L., Choux M. « Les craniopharyngiomes de l'enfant: étude en IRM d'une série de 43 cas ». Neurochirurgie 2002, 48(4): 309-318.

2- S.Hamila, H.Maamri, W. Gamaou, N.Arifa, L.Harzallah, R. Alouini, K.Tlili. Imagerie de l'axe hypothalamo-hypophysaire chez l'enfant. Poster JFR.

3- Kelly K. Koeller. Cerebral Intraventricular Neoplasms:Radiologic-Pathologic Correlation RadioGraphics 2002; 22:1473-1505

4- Korogi Y, Takahashi M, Ushio Y. MRI of pineal region tumors. J Neurooncol 2001;54:251-61.

5- An integrated genomic analysis of human glioblastoma multiforme. Parsons DW, et al., Science. 2008 Sep 26;321 (5897):1807-12.

6- Ohba S., Yoshida K., Hirose Y., Eiji Ikeda., Takeshi Kawase. A supratentorial primitive neuroectodermal tumor in an adult: a case report and review of the literature. J Neurooncol. 2008, 86: 217-224.

Craniopharyngiome:

Région sellaire et supra-sellaire, 6 à 9 % des tumeurs chez l'enfant.

Imagerie:

TDM: 3 composantes de la tumeur: charnue, kystique et les calcifications.

IRM: meilleur analyse topographique et de la consistance tumorale.

Gliome des voies optiques:

5 à 15% des enfants souffrant de NF1, Astrocytomes pilocytiques juvéniles +++.

Imagerie:

TDM: spontanément isodenses, voire hyperdenses, et prennent peu le contraste

IRM: examen de choix (extension, rehaussement, recherche de OBNI)

Adénome hypophysaire:

Rares chez l'enfant surtout l'apanage de l'adolescent ; Imagerie similaire à l'adulte.

Ependymome:

Adulte jeune et enfant, V4++, hydrocéphalie fréquente

TDM: isodense, PDC variable, calcifications fréquentes, parfois hémorragie.

IRM: hétérogène, rehaussement modéré, calcifications, kystes, nécrose, produit de dégradation du sang

Papillome des plexus choroïdes:

Nourrisson et enfant, 50 % : carrefour VL surtout à gauche chez l'enfant.

Imagerie : Forme lobulée en 'chou-fleur', hypersignal T2, rehaussement intense et homogène ;

Différence entre papillome et carcinome parfois difficile: En faveur du carcinome: Invasion du parenchyme cérébral. ; Rehaussement plus hétérogène.

Tumeurs germinales:

Région supra-sellaire et/ou la glande pinéale.

Imagerie:

TDM : masse solido-kystique ± calcifiée, ou infiltration du plancher du V3, de la tige pituitaire ou de la glande pinéale, prenant le contraste après injection.

IRM: hyposignal T1 et hypersignal T2, prise de contraste importante et hétérogène.

Pinealoblastome:

Tumeurs malignes, prédominance masculine ; Dissémination dans le LCR: intérêt de l'étude de l'axe cérébrospinal.

Imagerie: lésion mal limitée ; signal variable T1 ; hypersignal T2 ; prise de contraste hétérogène.

Oligodendrogliome:

30% des tumeurs gliales, rare chez l'enfant, prédominance dans le lobe frontal.

Imagerie:

TDM: masse hypodense, peu rehaussé, calcifications fréquentes.

IRM:

Hypo T1, hyper T2 et Flair, peu rehaussé, 20% en nid d'abeille ;

Topographie superficielle corticale temporale ou frontale : 80%.

ASTROCYTOME HEMISPHERIQUE:

Souvent bényin (astrocytome pilocytique+++); Aspect est comparable à celui des astrocytomes du cervelet avec une portion charnue, rehaussée par le contraste et une portion kystique.

GLIOME INFILTRANT ou GLIOBLASTOME:

TDM: tumeur isodense, non rehaussé par le contraste, exerce un effet de masse modéré sur les structures médianes et les ventricules.

IRM: lésion en hypersignal T2 associée à un effet de masse. Ces gliomes infiltrants, parfois multiformes, peuvent être plurifocaux.