



FORMATION MÉDICALE CONTINUE : LE POINT SUR...

Tumeur ou pseudotumeur cérébrale? ☆



D. Leclercq*, S. Trunet, A. Bertrand, D. Galanaud,
S. Lehéricy, D. Dormont, A. Drier

*Service de neuroradiologie diagnostique et fonctionnelle, groupe hospitalier
Pitié-Salpêtrière, 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France*

MOTS CLÉS

Cerveau ;
Sarcoïdose ;
Histiocytose ;
Behçet ;
Tumeur

Résumé Les lésions pseudo-tumorales constituent une entité diagnostique rare mais importante à identifier en neuroradiologie. Ces lésions peuvent survenir au cours des pathologies inflammatoires (maladies systémiques, vascularites, démyélinisantes), infectieuses, et vasculaires. Par ailleurs, chez un patient ayant une tumeur traitée, la pseudo-progression et la radionécrose constituent également un diagnostic différentiel non tumoral important à individualiser de l'évolution tumorale. Le diagnostic de pseudotumeur ou d'évolution pseudo-tumorale peut être difficile à réaliser en imagerie. Toutefois, certaines caractéristiques IRM en séquence conventionnelle et en diffusion, perfusion et spectroscopie permettent d'évoquer le caractère pseudo-tumoral d'une lésion. La présence d'éventuelles lésions intracrâniennes associées peut orienter vers une maladie systémique ou infectieuse. Une lésion en hypersignal T2 oriente vers une granulomatose ou une histiocytose, surtout si une atteinte méningée ou hypothalamo-hypophysaire est associée. Les lésions non tumorales ne sont généralement pas hyperperfusées. Enfin, en l'absence de diagnostic étiologique de certitude, l'évolution spontanée ou sous traitement de ces lésions est un élément diagnostique fondamental.

© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS pour les Éditions françaises de radiologie.

Toute lésion expansive intracrânienne n'est pas nécessairement une tumeur. Les principales pathologies pouvant présenter en imagerie un aspect pseudo-tumoral sont les maladies systémiques, les lésions infectieuses, démyélinisantes, vasculaires, les vascularites et la radionécrose. Leur diagnostic est fondamental puisqu'il peut entraîner des modifications importantes dans la prise en charge : absence de biopsie en cas de lésion vasculaire ou démyélinisante, surveillance rapprochée ou ponction en urgence pour les

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.diii.2014.08.004>.

☆ Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Diagnostic and Interventional Imaging*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : del.leclercq@gmail.com (D. Leclercq).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jradio.2014.08.002>

2211-5706/© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS pour les Éditions françaises de radiologie.

lésions infectieuses. Le diagnostic de ces lésions pseudo-tumorales repose sur l'imagerie, le contexte, la clinique et la biologie. En imagerie, certains aspects ou associations lésionnelles doivent faire évoquer une atteinte pseudo-tumorale. Le but de cet article est de présenter ces différentes lésions pseudo-tumorales et la façon d'en faire le diagnostic.

Comment faire le diagnostic ?

Tout d'abord, certains aspects radiologiques sont caractéristiques de pseudotumeur.

Une prise de contraste en anneau ouvert ou un front de démyélinisation en restriction de la diffusion sont caractéristiques des pathologies démyélinisantes.

Une prise de contraste gyriforme correspond à une prise de contraste corticale qui est observée dans les AVC semi-récents, l'encéphalite herpétique et dans les suites d'un état de mal convulsifs.

Une prise de contraste parfaitement homogène peu intense à limites nettes sans effet de masse et sans traduction sur les séquences T2 doit faire poser le diagnostic de télangiectasie capillaire.

Une prise de contraste intense nodulaire excentrée correspond à un *eccentric target sign* et fait évoquer une toxoplasmose.

Devant une lésion nécrotique, une paroi en hyposignal T2 doit faire envisager le diagnostic d'abcès (à pyogènes comme à germes atypiques) et faire réaliser une séquence de diffusion. Une restriction de la diffusion associée confirme le diagnostic d'abcès, ce qui constitue une urgence diagnostique et thérapeutique.

Enfin, une atteinte bi-thalamique œdémateuse parfois avec effet de masse mais sans prise de contraste ou avec prise de contraste non nodulaire doit faire rechercher une thrombophlébite cérébrale profonde avant d'évoquer une pathologie tumorale.

Hormis ces aspects particuliers, la possibilité d'une lésion pseudo-tumorale pourra être évoquée lorsqu'une lésion présente des aspects inhabituels pour une tumeur cérébrale.

Pour pouvoir faire le diagnostic de pseudotumeur, il est donc nécessaire de connaître les caractéristiques radiologiques habituelles des tumeurs cérébrales.

Les tumeurs cérébrales peuvent être uniques ou multiples et sont responsables d'un effet de masse plus ou moins important. Celui-ci se juge sur la déformation des ventricules et l'effacement des sillons, qui doit être comparé à la taille de la lésion.

Elles sont en général en hypersignal T2. Les lésions infiltrantes et les métastases sont classiquement en hypersignal T2 avec un ADC le plus souvent augmenté.

On observe 2 exceptions : les lésions hémorragiques qui du fait du saignement peuvent présenter un hyposignal T2 et les lésions hypercellulaires comme le lymphome.

Le lymphome cérébral primitif de l'immunocompétent est fréquemment en hyposignal T2 et se rehausse de façon homogène. Du fait de l'hypercellularité de ces lymphomes, un hypersignal diffusion avec une baisse de l'ADC peut être observé.

Un saignement pourra être mis en évidence sur une séquence T2*.

Les lésions tumorales, à l'exception des lésions gliales de bas grade de malignité, se rehaussent de façon homogène ou partiellement, avec d'éventuelles portions nécrotiques [1,2]. Les lésions gliales de haut grade de malignité et les métastases peuvent apparaître hyperperfusées lorsqu'elles présentent des phénomènes de néo-angiogenèse, avec une élévation du rCBV [2]. En spectroscopie, l'infiltration tumorale en périphérie d'une zone de rehaussement se traduit par une élévation du pic de choline et baisse du pic de NAA, et est assez évocatrice de lésion gliale [2]. En cas de masse, un rapport Choline/NAA à TE long supérieur à 2 fois est fortement évocateur de tumeur [3].

Les éléments suivants font donc évoquer une lésion pseudo-tumorale.

Si une lésion intra-axiale n'entraîne peu ou pas d'effet de masse par rapport à son volume lésionnel, la possibilité d'une pathologie démyélinisante doit être envisagée.

Les masses en hyposignal T2 prenant le contraste de façon homogène, sans hypersignal en diffusion, sont en faveur d'une granulomatose ou d'une histiocytose, surtout si une atteinte méningée ou de l'axe hypothalamo-hypophysaire est associée.

Le volume sanguin cérébral sur les séquences de perfusion n'est pas significativement augmenté en cas de lésion pseudo-tumorale en dehors de quelques rares exceptions (cf. infra : rares cas de néo-angiogenèse de lésions inflammatoires ou d'hyperhémie dans les accidents vasculaires cérébraux [AVC]). Il peut exister une élévation du pic de choline mais de façon moins importante qu'en cas de tumeur cérébrale.

L'évolution des lésions sous traitement médical est évidemment fondamentale, en particulier la réponse à la corticothérapie étant un argument majeur en faveur du caractère inflammatoire d'une lésion (à l'exception notable du lymphome cérébral primitif).

Enfin, en cas de suspicion de lésion pseudo-tumorale compatible avec une maladie systémique ou infectieuse, il est nécessaire de réaliser en urgence un bilan étiologique biologique et un scanner thoraco-abdomino-pelvien, afin de discuter le plus rapidement possible de l'intérêt ou non d'une biopsie cérébrale.

Principales étiologies de lésions pseudo-tumorales

Les atteintes inflammatoires

Les maladies systémiques

Pseudotumeurs intra-axiales : neurosarcoïdose

La sarcoïdose est une granulomatose multisystémique caractérisée par la présence de granulomes épithélioïdes dépourvus de nécrose caséuse [4]. Même si les lésions de sarcoïdose sont généralement extra-axiales, de véritables masses intra-axiales d'allure pseudo-tumorale peuvent survenir. Elles sont le plus souvent en hyposignal T2 et se rehaussent de façon homogène, avec un œdème péri-lésionnel en hypersignal T2 [5–7] (Fig. 1). Ces masses peuvent exceptionnellement être hyperperfusées et présenter une élévation du pic de choline. Une nécrose centrale est très rare [5]. Les principaux diagnostics différentiels sont représentés par les métastases, les tumeurs primitives

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5663147>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5663147>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)