

QUIZ

QUEL EST VOTRE DIAGNOSTIC ?

WHAT IS YOUR DIAGNOSIS ?

Dosso M, Ohui-Acko E, Gui-Bilé L

Service de Radiologie CHU de Treichville. BPV 3 Abidjan (Côte d'Ivoire)

OBSERVATION

Une patiente de 54 ans, sans antécédents particulier, résident à Abidjan nous a été adressée pour otalgie droite, acouphène, céphalées et

hypoacousie d'intensité progressive évoluant depuis plus d'une année. L'examen clinique était sans particularités et l'audiogramme avait objectivé une surdité de perception unilatérale droite. Une IRM a été demandée (figures A et B)

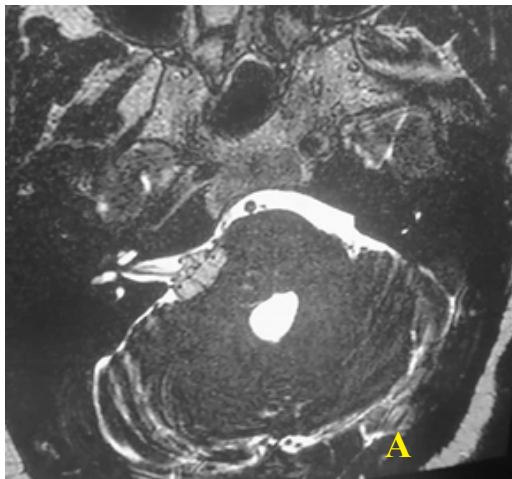


Figure A : Coupe axiale T2 centrée sur les angles ponto-cérébelleux

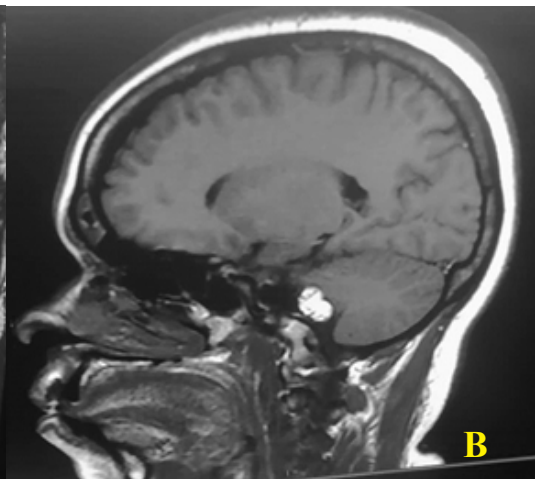


Figure B : Coupe sagittale en EST1 avec injection de gadolinium

QUEL EST VOTRE DIAGNOSTIC ?

1. Méningiome
2. Neurinome (schwannome) du VIII
3. Hémangioblastome

RESULTATS

RESULTS

DIAGNOSTIC

Neurinome (du VIII)

ANALYSE RADIOLOGIQUE

L'IRM met en évidence un processus tumoral polylobé développé aux dépens de l'angle ponto cérébelleux droit en hypersignal T2 (A) et qui se rehausse de façon homogène après injection de gadolinium (B). Il comprime la face latérale droite du tronc cérébral et la face antéro-inférieure de l'hémisphère cérébelleux droit. Ce processus est bien limité au niveau de son pôle cisternal et apparaît moins bien délimité au niveau de son extension intra canalaire.

DISCUSSION

Les tumeurs des nerfs crâniens sont représentées par les neurinomes qui sont des tumeurs bénignes de grade I. Ils représentent 10% des tumeurs intra crâniens et plus de 80% des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux⁽¹⁾. Ils s'observent principalement chez l'adulte avec une légère prédominance féminine. Les neurinomes du VIII développés sur le nerf vestibulaire sont de loin les plus fréquents et représentent 80% des schwannomes intra crâniens. Les tumeurs développées sur le nerf trijumeau, le nerf facial ou les nerfs mixtes sont rares⁽²⁾. Le schwannome du VIII se développe à la jonction de la gaine gliale et la gaine de schwann du nerf vestibulaire supérieur. Elle se développe soit vers le conduit auditif interne (CAI) ou soit vers la citerne ponto cérébelleuse. La tumeur est le plus souvent unique sauf en cas de neurofibromatose de type 2 (NF2)⁽¹⁾. Dans notre cas, la tumeur est unique et est développée au niveau de l'angle ponto cérébelleux. Le schwannome se traduit cliniquement par une surdité de perception unilatérale (95%) en générale progressive plus rarement brutale (10%), des acouphènes (50%), un syndrome vestibulaire, une atteinte faciale (paralysie faciale, atteinte du

gout). La plupart de ces symptômes sont objectivés dans notre cas⁽³⁾. La TDM n'occupe qu'une place limitée dans le bilan du neurinome du VIII. La TDM visualise un élargissement du conduit auditif interne notamment au niveau du porus qui apparaît évasé avec une érosion plus marquée de sa paroi postérieure. Le scanner est utile aussi pour confirmer l'absence de calcification tumorale notamment en cas de problème de diagnostic différentiel avec un méningiome car les calcifications sont exceptionnelles au sein des schwannomes⁽⁴⁾. Nous n'avons pas effectué de scanner dans notre cas. L'IRM est l'examen de référence. Le bilan d'IRM comprend des coupes en T1 avant et après injection de contraste, de 1 à 3 mm d'épaisseur. Des coupes coronales obliques parallèles au grand axe du CAI. Les coupes axiales en densité protonique en T2 et en Flair sont aussi réalisées. Des coupes axiales en T2 haute résolution de type CISS ou Fiesta sur les angles ponto-cérébelleux complètent l'exploration⁽⁴⁾. En T1, le neurinome est en hypo signal ou a un signal intermédiaire, il apparaît en hyper signal T2. Les composantes kystiques sont en hypo signal T1 et hyper signal T2. En cas d'hémorragie intra kystique, le signal peut devenir hyper intense en T1. Les niveaux « liquide-liquide » sont possibles. Le neurinome est en hypo signal diffusion. Ils se rehaussent intensément après injection⁽⁴⁾. Dans notre cas, la tumeur était en hyper signal T2 et se rehaussait de façon homogène.

CONCLUSION

Le neurinome de l'acoustique est un schwannome vestibulaire le plus souvent développé aux dépens du nerf vestibulaire inférieur dans le méat auditif interne. La symptomatologie cochléaire progressive unilatérale ou asymétrique est la situation diagnostique la plus courante. La surdité brusque est également une circonstance diagnostique fréquente qui doit systématiquement conduire à la réalisation d'une imagerie par résonance magnétique (IRM).

Conflit d'Intérêt : Aucun

RÉFÉRENCES

1.Pandrangi VC, Han AY, Alonso JE, Peng KA, St John MA. An Update on Epidemiology and Management Trends of Vestibular Schwannomas. *Otol Neurotol.* 2020;41(3):411-17

2.Carlson ML, Link MJ. Vestibular Schwannomas. *N Engl J Med.* 2021 ; 384(14):1335-48.

3.Rosahl S, Bohr C, Lell M, Hamm K, Iro H. Diagnosis and Management of Vestibular Schwannomas - An Interdisciplinary Challenge. *Laryngorhinootologie.* 2017 ; 96(S 01):S152-S182

5.Lin EP, Crane BT. The Management and Imaging of Vestibular Schwannomas. *Am J Neuroradiol.* 2017 ; 38(11):2034-43.