

REHAUSSEMENT LEPTOMENINGÉ : APPROCHE DIAGNOSTIQUE

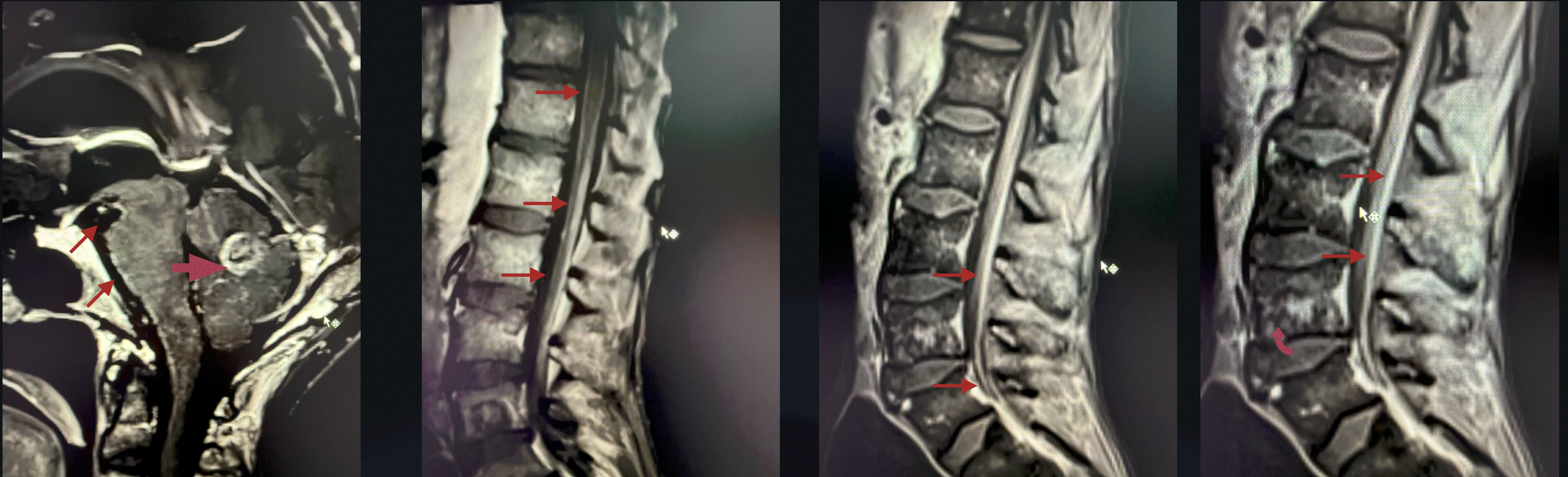
Poster pédagogique illustré
par des cas clinique



Cas clinique 1

Patient de 56 ans, porteur d'un adénocarcinome pulmonaire avec métastases surrénaliennes et osseuses, consulte pour une lourdeur des membres inférieurs et des troubles vésico-sphinctériens. À l'examen : paraplégie plus marquée en distalité, niveau sensitif à T10, et réflexes ostéo-tendineux abolis.

Imagerie(IRM)



Sur les séquences MPRAGE post-gadolinium en coupes sagittales, on note une prise de contraste leptoméningée fine et micronodulaire en « sugar coat » au niveau du tronc cérébral. ↗, associée à de multiples métastases intraparenchymateuses, dont une vermio-cérébelleuse. ➡ À l'étage lombaire, on observe un rehaussement leptoméningé linéaire et régulier, dessinant le cul-de-sac dural et les racines de la queue de cheval. ➡ On retrouve également une métastase osseuse ostéocondensante sur le corps vertébral de L5. ↗

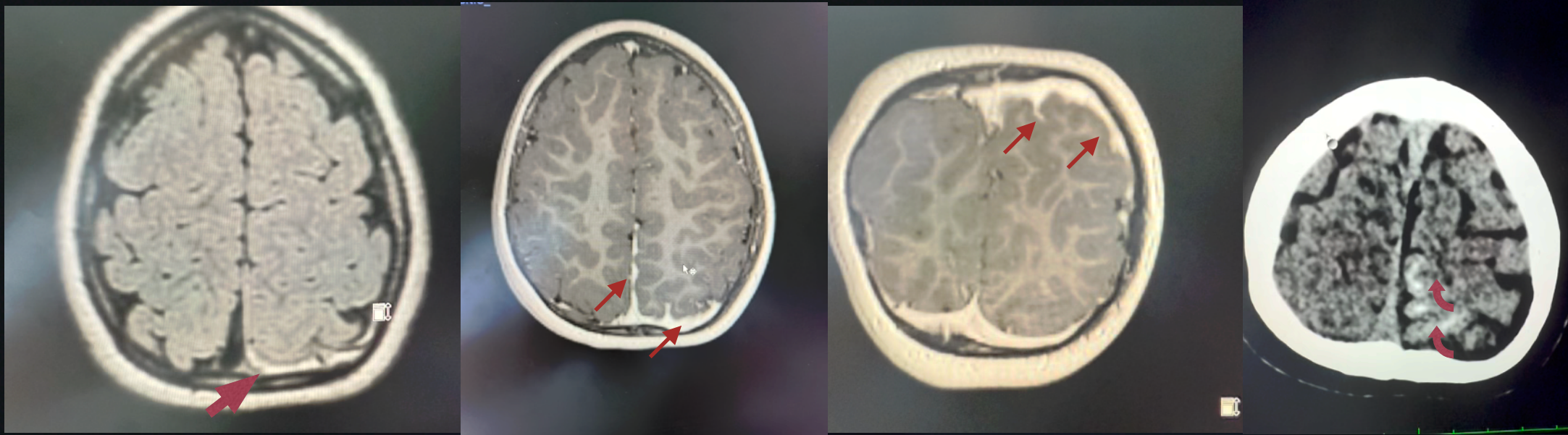
Diagnostic retenu

La leptoméningite carcinomateuse correspond à une dissémination tumorale provenant d'une tumeur du système nerveux central ou d'un primitif extra-CNS, comme le poumon, au niveau des leptomeninges. Dans ce cas, la leptoméningite est responsable d'un syndrome de la queue de cheval, mimant un tableau clinique de compression médullaire.

Cas clinique 2

Enfant âgé de 2 ans, sans antécédent familial d'épilepsie, se présente pour des crises convulsives récurrentes du membre supérieur droit. L'EEG intercritique et la ponction lombaire sont normaux. L'examen neurologique est sans anomalie, sans dysmorphie ni angiome facial.

Imagerie(IRM et CT)



Sur la séquence FLAIR, on note un épaississement leptoméningé régulier en plaque en hypersignal FLAIR de la région pariéto-occipitale gauche. ➡, qui se rehausse sur la séquence MPRAGE post-gado en coupes axiale et coronale. ➡ La TDM cérébrale montre des calcifications gyriformes en « tram-track », sous-jacentes et de même topographie que la zone rehaussée. ↶

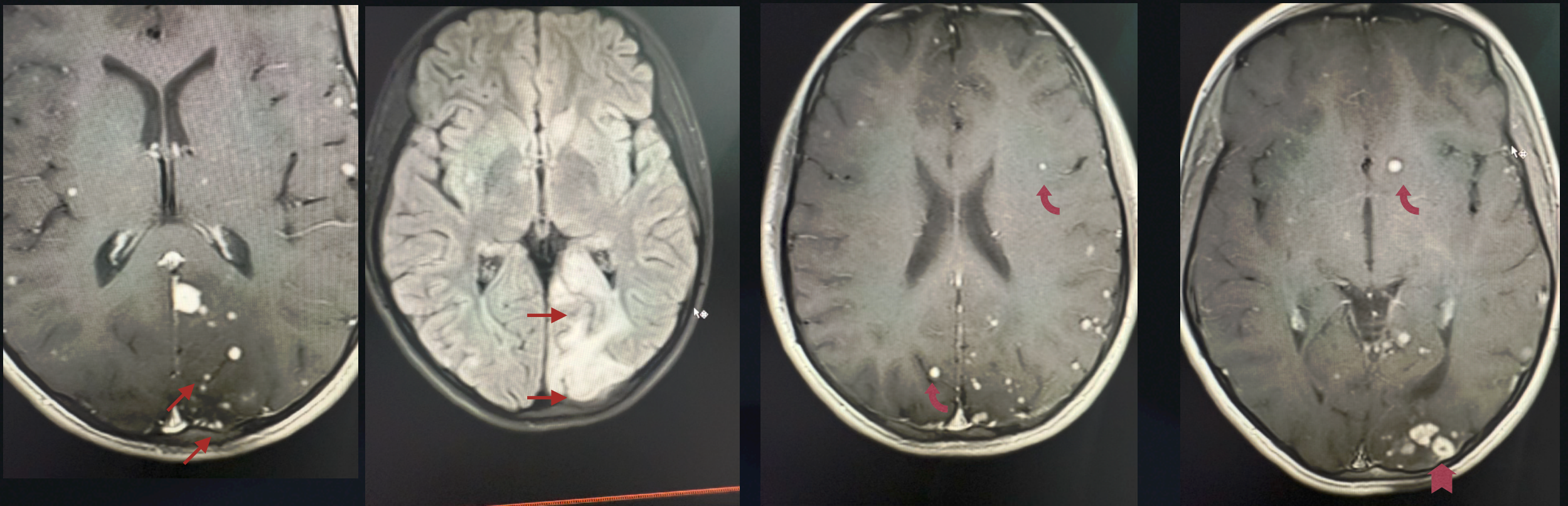
Diagnostic retenu

Il s'agit d'un syndrome de Sturge-Weber de type III (sans angiome facial). Le rehaussement leptoméningé traduit une angiomatose piale avec obstacle au drainage veineux du parenchyme, responsable d'une ischémie veineuse sous-jacente.

Cas clinique 3

Patient de 20 ans, sans antécédents en dehors d'une tuberculose pulmonaire active, présentant fatigue, sueurs nocturnes et céphalée chronique, consulte pour une crise épileptique tonico-clonique généralisée.

Imagerie (IRM)



On note la présence d'un rehaussement leptoméningé nodulaire discontinu, prédominant en occipital gauche, ↗ associé à un œdème cortico-sous-cortical en regard. → On constate également de multiples nodules intraparenchymateux, prédominant au niveau de la jonction substance blanche-substance grise, ↶ dont la majorité présentent un rehaussement homogène, et certains un rehaussement périphérique annulaire (« ring sign »). ⬆

Diagnostic retenu

Le diagnostic le plus probable est une tuberculose neuro-méningée, associant une leptoméningite nodulaire prédominant en occipital gauche et des tuberculomes, dont certains présentent un centre caséux liquéfié. Un complément d'IRM médullaire montre également une leptoméningite du cône terminal (non illustrée).