

## DOUBLE LOCALISATION DE TUMEURS CEREBRALES DE NATURE DIFFERENTE - A PROPOS D'UN CAS

H. BEDR, N. TIGHILT, N. REZINE, M. DJENNAS

Service de Neurochirurgie  
CHU AC Mustapha - Alger

**RÉSUMÉ:** La découverte de lésions intra crâniennes d'histologie différente est rarement observée. La littérature n'a rapporté que des cas isolés ou des séries limitées illustrant cette situation. Notre cas s'est distingué par la survenue simultanée d'un méningiome et d'un glioblastome, ce qui est extrêmement rare. De multiples hypothèses étiopathogéniques ont été suggérées pour expliquer cette association curieuse. Si le développement des moyens diagnostic plus performants, tels que l'IRM et la TDM, permet une identification de lésions intracrâniennes multiples, il nous confronte par ailleurs à un nouveau dilemme concernant la prise en charge de ces lésions, à savoir laquelle doit être opérée en priorité et faut-il opérer les deux en même temps ?

**Mots clés :** Tumeurs multiples, méningiome, glioblastome, facteurs oncogènes.

**ABSTRACT:** The simultaneous occurrence of tumors with different histological diagnosis is extremely rare. Isolated cases or limited series have been rarely reported in the literature. The authors describe a case of a double cerebral localization of different nature tumors. Several ethiopathogenic hypothesis were suggested to explain this incidental occurrence. MRI and CT Scan are helpful to identify intracranial multiple lesions but they raise the problem of these tumors management.

**Key words :** Multiple tumors, Meningioma, Glioblastoma, Oncogen factors.

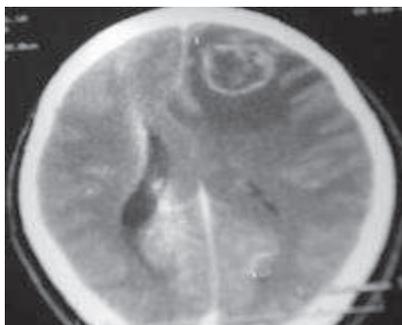
### OBSERVATION

Il s'agit d'une femme, âgée de 59 ans, sans antécédents particuliers, notamment pas de notion de traumatisme crânien, ni de maladie de Van Recklinghausen ou d'exposition à une radiothérapie, qui a été admise dans notre service en 2004 pour un tableau d'hypertension intracrânienne, fait de céphalées, flou visuel, vertiges et vomissements.

L'examen neurologique retrouve une patiente consciente, lucide, sans troubles phasiques, cognitif ou de troubles de la personnalité,

présentant une fatigabilité du membre inférieur droit et un œdème papillaire au fond d'œil.

L'exploration par TDM cérébrale a révélé la présence de deux lésions nodulaires, situées au niveau de l'hémisphère gauche, mesurant chacune 30 mm de grand axe. L'une est frontale, hétérogène et entourée par un œdème et la seconde est pariétale, prenant le contraste de façon homogène (Fig.1 et 2). Si cet aspect est souvent évocateur de lésions secondaires, il ne reste, pour le moins, pas certain.

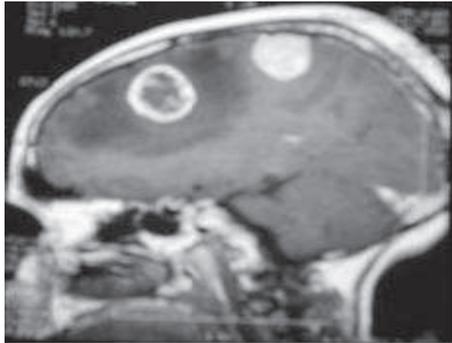


**Fig 1 :** TDM cérébrale en coupe axiale : lésion frontale gauche, hétérogène, oedémogène avec effet de masse.

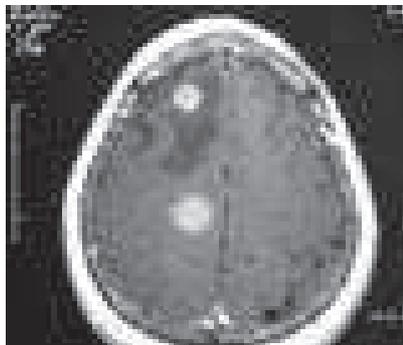


**Fig. 2 :** Même TDM avec coupe supérieure : lésion nodulaire pariétale gauche, homogène, de 30 mm de grand axe, sans œdème périphérique.

L'IRM, réalisée en coupes sagittale et coronale en séquence T1 et T2, montre la présence de 2 lésions de 30 mm de grand axe chacune : la première frontale, à limites irrégulières, rehaussée après injection de gadolinium, à centre nécrotique, entourée d'un œdème péri lésionnel responsable d'un effet de masse et la seconde rolandique gauche, prenant le contraste, sans effet de masse ni épaissement dure-mérien (Fig. 3 et 4).



**Fig. 3 :** IRM en coupe sagittale en séquence T1 avec gadolinium : présence de deux lésions, dont l'une est frontale et la seconde pariétale, qui paraît être extra axiale, sans épaissement dure-mérien.



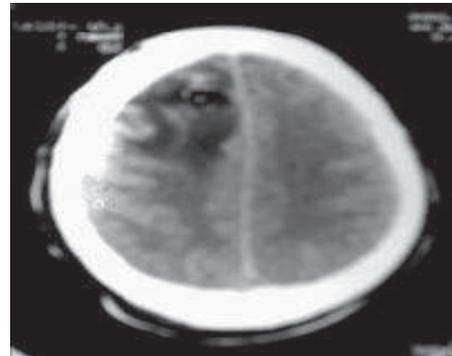
**Fig. 4 :** IRM cérébrale en coupe axiale en T1, avec injection de gadolinium : présence de 2 lésions situées dans l'hémisphère gauche, l'une frontale hétérogène et avec engagement sous falcoriel et la seconde rolandique, parasagittale, homogène .

Cet aspect fait évidemment évoquer un méningiome parasagittal pour la lésion rolandique mais la seconde, qui est de siège préfrontale reste de nature discutable, pouvant être aussi bien un glioblastome qu'une métastase.

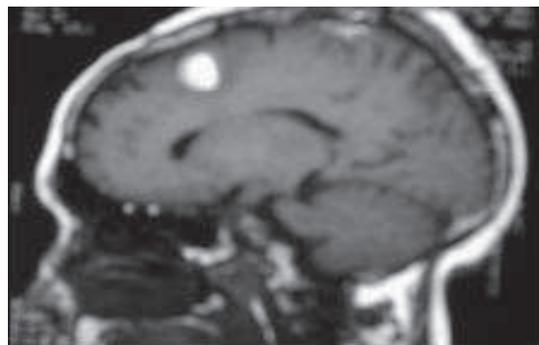
La recherche d'une éventuelle tumeur primitive est restée vaine sur le téléthorax, l'échographie abdomino-pelvienne et thyroïdienne.

La patiente a été opérée et a subi l'exérèse chirurgicale des deux lésions en un seul temps, à travers un large volet unique. La lésion rolandique a été totalement enlevée mais la résection de la lésion frontale n'a pu être que subtotale, estimée à 80 %.

Les suites opératoires ont été tout à fait ordinaires. Une tomodensitométrie cérébrale de contrôle précoce à J2 a permis d'estimer le reliquat tumoral (Fig. 5), qui minime et entouré d'un œdème péri lésionnel. Une IRM est réalisée à 1 mois postopératoire (Fig. 6) et a révélé une évolution du reliquat, qui est devenu d'aspect homogène. Une radiothérapie complémentaire est alors instituée.



**Fig. 5 :** TDM cérébrale réalisée 2 jours après l'intervention, révèle un petit reliquat, entouré d'œdème



**Fig. 6 :** IRM en coupe sagittale réalisée 1 mois après la cure chirurgicale : évolution du reliquat tumoral.

L'étude histologique de la lésion rolandique est revenue en faveur d'un méningiome et la seconde lésion, qui est de siège frontal, s'est avérée être un glioblastome.

## DISCUSSION

La présence simultanée chez un même patient de multiples tumeurs primitives intracrâniennes de lignée cellulaire différente, en l'absence de neurofibromatose de Von Recklinghausen ou de radiothérapie antérieure, est extrêmement rare. Cette association est inférieure à 1% de toutes les tumeurs primitives du cerveau. Les lignées gliales et méningées sont les plus en cause. Leur comportement biologique est radicalement contraire, le pronostic du glioblastome étant notoirement mauvais, alors que celui du méningiome est habituellement bon.

Certains auteurs rapportent la production de facteurs oncogènes par le méningiome et la présence d'une altération cytologique dans les cellules gliales à l'origine d'une réaction inflammatoire secondaire des tissus adjacents.

Les techniques d'imagerie ayant évolué, il en résulte que le nombre d'associations de tumeurs intracrâniennes, diagnostiquées en préopératoire a sensiblement augmenté. la stratégie thérapeutique doit être planifiée en fonction de ce nombre. Dans le cas présent, il a été décidé de réaliser l'exérèse des deux lésions au cours de la même procédure chirurgicale, compte tenu de l'accessibilité des lésions par la même voie.

## CONCLUSION

L'incidence de lésions intracrâniennes multiples est très faible, cette association intéressante n'ayant été documentée que dans des séries limitées ou des cas isolés.

La TDM et l'IRM cérébrale nous confrontent à un nouveau dilemme : traiter ou non les lésions multiples, en fonction de leur nombre et de leur siège et à quel moment le traitement serait le plus adéquat. Dans notre cas, la localisation contigüe des deux lésions nous a permis de les aborder dans un même temps opératoire et par un volet opératoire unique.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1] A. SPALLONE, A. SANTORO, E. PALATINSKY F. GIUNTA : Intracranial meningiomas associated with glial tumours: A review based on 54 selected literature cases from the literature and 3 additional personal cases
- 2] DITTMANN L, AXELSEN NH, NORGAARD, PEDERSEN B, BOCK E : Antigens in human glioblastomas and meningiomas: Search for tumour and onco-foetal antigens. Estimation of S-100 and GFA protein. Br J Cancer. 1977 Feb ; 35 (2) : 135-41.
- 3] MAIURI F, CAPPABIANCA P, IACONETTA G, ESPOSITO F, MESSINA A. Simultaneous presentation of meningiomas with other intracranial tumours. Br J Neurosurg 2005 Aug ; 19 : 368-75.
- 4] ANTHONY J. STRONG, F.R.C.S. (EDIN), LINDSAY SYMON, F.R.C.S., BETH J. L. MACGREGOR, F.R.A.C. PATH., AND BRIAN P. O'NEILL, M.D. Coincidental meningioma and glioma, Report of two cases. JNS. 1976 45 4 0455
- 5] I. ANDRIOLI, G.C., ZUCCARELLO, M., SCANARINI, D'AVELLA, D.: Concurrent primary intracranial tumours of different histogenesis. Acta Neuropathol Suppl (Berl) 1981 ; 7 : 111-115.
- 6] DAVIS, G.A., FABINYI, G.C.A., KALNINS, R.M., BRAZENOR, G.A., ROGERS, M.A.: Concurrent adjacent meningioma and astrocytoma : a report of three cases and review of the literature. Neurosurgery 1995 ; 36 : 599-605.
- 7] MATYJA, E., KUCHNA, I., KROH, H., MAZUROWSKI, W., ZABEK, M.: Meningiomas and gliomas in juxtaposition: casual or causal coexistence ? Report of two cases. Am J Surg Pathol 1995; 19: 37-41.
- 8] NESTLER, U., SCHMIDINGER, SCHULZ, C., ET AL.: Glioblastoma simultaneously present with meningioma-report of three cases. Neurochir 2007, 68 : 145-150.
- 9] MYERSON, P.G.: Multiple tumors of the brain of diverse origin. J. Neuropath Exp Neurol 1942 ; 1 : 406-415
- 10] B. BÁEZ ACOSTA, M.R. VELICIA MATA, CUARTERO RODRIGUEZ, RUFO CASTAÑO, R. ALDAY, J.R. Ricoy Campo. Tumores en colisión: meningioma psamomatoso y glioblastoma multiforme. Madrid