

## ANGIOLIPOME ÉPIDURAL A PROPOS D'UN CAS

A. BERTAL, P. COMPAORÉ, M. RGHIOUI, S. HILMANI, KH. IBAHIOIN,  
A. LAKHDAR, A. OUBOUKHLIK, A. ELKAMAR, A. ELAZHARI

Service de Neurochirurgie  
CHU Ibn Rochd – Casablanca – Maroc

**RÉSUMÉ:** L'angioliipome rachidien est une lésion bénigne, rare, pouvant se révéler par un syndrome de compression médullaire lente. Il est plus fréquent au niveau du rachis dorsal moyen, la localisation lombaire est très rare. Nous rapportons un cas d'angioliipome de la charnière dorso-lombaire chez une femme de 52 ans, révélé par des paresthésies des membres inférieurs, compliquées d'une paraparésie sans troubles sphinctériens. L'IRM médullaire a objectivé une lésion épidual en regard de T12, L1 en isosignal T1 et hypersignal T2. Après laminectomie T12-L1, une lésion extradurale a été retirée en bloc. L'évolution postopératoire était favorable avec une disparition des troubles neurologiques et reprise d'une marche normale un mois après la chirurgie.

**Mots clés :** Angioliipome rachidien, Lésion épidual rachidienne, Compression médullaire.

**ABSTRACT:** Spinal angioliipoma is a rare benign tumor that most commonly occurs in the thoracic spine. It can lead to a cord compression. Lumbar localisation is extremely rare. We report a case of 52 year-old women who presented paraparesis and paresthesia. The dorso-lumbar MRI revealed a dorsal epidural lesion at the T12, L1 level. Laminectomy was performed and an epidural tumor was totally removed. One month after surgery, the patient was improved and recovered the walk

**Keywords :** Angioliipoma, Spinal epidural lesion, Cord compression.

### INTRODUCTION

L'angioliipome épidual est une tumeur bénigne rare, comportant des éléments lipomateux matures et angiomateux anormaux. Il représente 0,04 à 1,2 % de toutes les tumeurs du canal vertébral [1]. Il affecte plus les femmes que les hommes autour de la 5<sup>e</sup> décennie [2]. La localisation au niveau du rachis dorsal moyen est la plus habituelle et représente 82 % des cas, alors que la localisation lombaire est très rare [3, 4]. Nous rapportons un cas d'angioliipome épidual de la charnière dorso-lombaire chez une patiente de 52 ans révélé par un syndrome de compression du cône médullaire. L'évolution dans cette localisation est plus favorable lorsque le diagnostic est précoce et l'exérèse complète.

### OBSERVATION

Une femme de 52 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, présente depuis 6 mois des paresthésies des deux membres inférieurs compliquées d'une difficulté à la marche, sans troubles sphinctériens. L'examen neurologique retrouve une paraparésie cotée à 4, sans troubles sensitifs objectifs.

L'IRM dorso-lombaire a montré une lésion intracanalair, de siège postérieur, en regard de T12 – L1, d'allure extradurale. Cette lésion est d'aspect fusiforme, mesurant 56 mm de longueur et 13 mm de diamètre, se présentant en isosignal T1 et hypersignal T2 (Fig. 1, 2, 3). Elle est responsable d'une compression du cône médullaire, sans atteinte de l'arc postérieur, ni d'envahissement des parties molles en regard.



**Fig. 1:** IRM dorsale en coupe sagittale en séquence T1 non injectée, montrant la lésion épidual postérieure iso-intense comprimant fortement le cône médullaire.



**Fig. 2 : IRM en séquence T2, la lésion est hyper-intense, sans signes d'infiltration durale**



**Fig. 3 : IRM en coupe axiale, séquence T2, la lésion comble en grande partie le canal vertébrale, sans atteinte osseuse ni des parties molles adjacentes**

La patiente a été opérée, en décubitus ventral, une laminectomie de T12 et L1 a été réalisée après un repérage de la charnière dorso-lombaire à l'amplificateur de brillance. Une tumeur épidurale grasseuse, brunâtre, légèrement hémorragique comprimant le cône médullaire a été retrouvée, offrant un bon plan de clivage par rapport à la dure-mère, sans signes d'infiltration des structures adjacentes. Elle a été enlevée en totalité sans incident. L'examen histologique conclut à un angioliipome épidural sans signes de

malignité. L'évolution postopératoire était très favorable, avec une disparition complète des paresthésies, La sortie à domicile a été autorisée à J4 postopératoire. L'examen clinique de contrôle à un mois retrouve une marche normale et une récupération totale de la motricité.

## DISCUSSION

L'angioliipome est une tumeur bénigne rare, qui siège surtout dans les reins, les muscles, les tendons ou les capsules articulaires, la localisation au niveau du système nerveux central est rare [1, 3]. Elle se localise fréquemment au niveau du rachis dorsal moyen et cervical bas, les localisations dorso-lombaire et lombaires pures sont beaucoup plus rare [5]. Depuis la première description d'un angioliipome épidural par Berenbruch en 1890, une centaine de cas de localisation dorsale et seule une dizaine de localisation lombaire ont été rapportés dans la littérature sous forme de cas clinique [1, 2, 6, 7]. En effet contrairement aux lipomes qui ont une localisation habituellement lombo-sacrée que dorsale, ainsi que l'association fréquente à des dysraphismes lombaires, la localisation lombaire des angioliipomes ne représente que 9 % de toutes les localisations spinale rapportées dans la littérature [1, 2]. Les femmes sont plus affectées que les hommes, avec un âge moyen de survenu de 45 ans [2, 7].

L'angioliipome peut être subdivisés en deux groupes : les angioliipomes infiltrants et les angioliipomes non infiltrants [8]. Les formes infiltrantes ont habituellement une localisation antérieure par rapport à la moelle épinière avec une agressivité locale par une érosion osseuse, musculaire ou une infiltration des structures nerveuses rendant leur pronostic plus défavorable [8]. Les angioliipomes non infiltrants ont plutôt une localisation postérieure ou postéro-latérale [9], c'est le cas de notre patiente qui présentait une localisation postérieure, sans stigmates d'infiltration ou d'envahissement des structures adjacentes.

La présentation clinique habituelle est un tableau de compression médullaire lente avec des rachialgies et des paresthésies. Les radiculalgies sont souvent observées dans ces localisations lombaires, ainsi que

les troubles sphinctériens dans les stades évolués [1]. Raghavendra [9] a rapporté par contre un cas de compression médullaire aigu suite un angioliipome épidual avec une hémorragie sous arachnoïdienne. Ces tableaux aigus sont dus soit à un saignement intra tumoral ou à des thromboses des vaisseaux dans l'angioliipome. [7, 10].

La physiopathologie reste peu connue ; certains auteurs soutiennent que les angioliipomes sont issus de cellules mésenchymateuses pluri potentielles qui se différencient en cellules lipomateuses et angiomateuses à la suite d'un stimulus inconnu [6, 10]. D'autres [5] les considèrent simplement comme une malformation congénitale, ou comme un hamartome bénin. Plus récemment Bardosi [in 1], après une étude en microscopie électronique, conclut qu'ils sont issus d'adipocytes ayant une activité sécrétrice et contenant des éléments lipid-like dans des granules péri vasculaires [6, 10].

La rareté de la localisation lombaire des angioliipomes et leur prédilection au niveau dorsale serait due à la vascularisation relativement pauvre à ce niveau, la néo vascularisation dans les zones relativement ischémiques pourrait être à l'origine de la constitution des angioliipomes [10].

La radiographie standard du rachis est souvent normale, mais elle peut montrer dans les formes invasives une érosion vertébrale avec un élargissement de l'espace inter pédiculaire. L'IRM médullaire est le meilleur examen pour le diagnostic. Sur les séquences T1 la lésion apparaît iso-intense, hypo-intense ou hyper-intense en fonction du pourcentage des composants lipomateux et vasculaires [4]. Le plus souvent une prise de contraste est observée et le signal est variable sur les séquences T2. Le traitement est exclusivement chirurgical, une exérèse totale en bloc est possible pour la plupart des angioliipomes non infiltrants, ils sont encapsulés et non adhérents à la dure-mère. Pour les angioliipomes hypervascularisés, une artériographie avec embolisation pré opératoire peut être envisagée [1]. Dans les formes infiltrant la moelle, une exérèse partielle est acceptable pour ne pas aggraver l'état neurologique. Un traitement complémentaire n'est pas

nécessaire après la chirurgie, néanmoins certains auteurs préconisent une radiothérapie complé-mentaire dans ces formes infiltrantes, mais cela reste un sujet de controverse [1, 5, 6]. Radek [in 6] recommande, lorsque l'exérèse du tissu graisseux médullaire est difficile, l'utilisation du laser microchirurgical qui faciliterait l'ablation de la graisse sans endommager le tissu nerveux. Dans les formes infiltrantes avec atteinte du corps vertébral, les avis sont également partagés; certains les considèrent comme des angiomes vertébraux, pour lesquels il n'y a donc pas lieu de faire un geste, tandis que d'autres préconisent une vertèbrectomie avec arthrodèse [1]. L'évolution après chirurgie est bonne avec une récupération neurologique même après une exérèse partielle. Les récives sont très rares, un seul cas a été décrit dans la littérature [3] et aucune transformation maligne n'été pas rapportée.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] MIGUEL GELABERT-GONZALEZ, ALFREDO GARCIA-ALLUT Spinal extradural angioliipoma : report of two cases and review of the literature. *Eur Spine J* 2009, 18:324–335.
- [2] JIN HOON PARK, SANG RYONG JEON, SEUNG CHUL RHIM, SUNG WOO ROH. Lumbar Spinal Extradural Angioliipoma : Case Report and Review of the Literature *J Korean Neurosurg Soc* 2008 ; 44 : 265 - 267.
- [3] FEDOUL B, AGGOURI M, BENZAGMOUT M, CHAKOUR CHAOUI ME, Une cause rare de compression medullaire : Angioliipome rachidien (A propos de 4 cas). *AJNS* 2009, 28 : 2
- [4] ROCCHI G, CAROLI E, FRATI A, CIMATTI M, SAVLATI M Lumbar spinal angioliipomas: report of two cases and review of the literature. *Spinal Cord*. 2004; 42:313–316.
- [5] DENIZ KONYA, SERDAR OZGEN, OZLEM KURTKAYA, NECMETTIN M. PAMIR. Lumbar spinal angioliipoma: case report and review of the literature. *Eur Spine J* 2006, 15: 1025–1028.

- 
- [6] SAMDANI AF, GARONZIK IM, JALLO G, EBERHART CG, AND ZAHOS P. Spinal angioliopoma: case report and review of the literature. *Acta Neurochir (Wien)*, 2004 146: 299–302.
- [7] DOGAN S, ARSLAN E, SAHIN S, AKSOY K, AKER S. Lumbar spinal extradural angioliopome (Two case reports) *Neurol Med Chir (Tokyo)* 2006, 46: 157-160.
- [8] HAN-LIN YEN, SHIH-CHUNG TSAI, SHIAN-MIN LIU. Infiltrating spinal angioliopoma. *Journal of Clinical Neuroscience* 2008, 15 : 1170–1173.
- [9] RAGHAVENDRA S, KRISHNAMOORTHY T, ASHALATHA R, KESAVADAS C. Spinal angioliopoma with acute subarachnoid hemorrhage *Journal of Clinical Neuroscience* 2007, 14, 992–994.
- [10] KIMON NANASSIS, PARMENION TSITSOPOULOS, DIMITRIOS MARINOPOULOS, APOSTOLOS MINTELIS, PHILIPPOS TSITSOPOULOS. Lumbar spinal epidural angioliopoma. *Case Reports Journal of Clinical Neuroscience* 2008 15 : 460– 463.