



Pseudo-kyste inflammatoire de la voûte crânienne : à propos d'un cas

Masina NA, Rakotozanany PS, Ratovoarison T, Ratovondrainy W.

Introduction

Les pseudo kystes de la voûte crânienne sont des pathologies rares. Leurs manifestations cliniques ne sont pas très polymorphes mais leurs étiologies sont mal connues. Elles sont généralement bénignes et strictement osseuses ou étendues en intracrânien. Nous rapportons un cas rare de pseudokyste inflammatoire dans l'os fronto-parietal avec une revue de littérature.

Observation

Il s'agissait d'un garçon de 9 ans avec un gonflement du cuir chevelu fronto-parietal qui augmentait progressivement en taille. Il n'y avait aucun symptôme fonctionnel ni des signes neurologiques, pas d'antécédent de traumatisme crânien ou des lésions cutanées préexistantes. L'examen clinique a révélé une masse fronto-parietale sous-cutanée, molle et indolore attachée à l'os (figure 1).



Figure 1: Tuméfaction fronto-parietale gauche

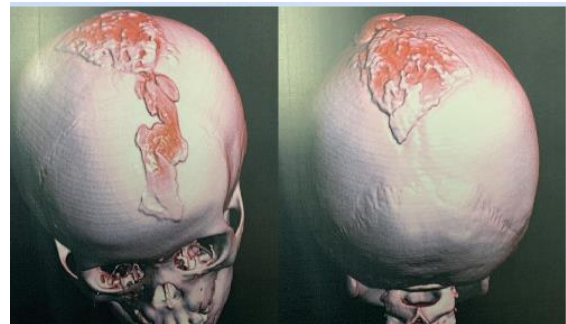


Figure 2 et 3 : image d'un scanner cérébral en reconstruction 3D visualisant une lésion de la voûte crânienne en fronto-parietale.

Aucune inflammation ou ulcération n'a été observée. Aucun ganglion lymphoïde locorégional n'a été trouvé. L'examen neurologique et somatique étaient également normaux. Le scanner a montré une lésion ostéolytique hypodense de la table externe de la voûte crânienne, amincie et incurvée avec une continuité intacte (figure 2,3,4). Il n'y avait pas de

lésion intracrânienne. Les résultats des examens biologiques étaient normaux.

En raison du manque de diagnostic précis, une biopsie a dû être effectuée. Pendant la biopsie, le gonflement était formé d'un liquide d'aspect blanchâtre et visqueux avec une table externe exotique. L'exérèse chirurgicale était complète (figure 5,6). Les suites post opératoires étaient simples. L'examen histologique a confirmé le diagnostic d'un pseudokyste inflammatoire sans cellule tumorale. (Figure 7) L'évolution était favorable et il n'y avait pas de récurrence à douze mois de recul.



Figure 5 et 6 : Vue per-opératoire avec issue de liquide blanchâtre et érosion de la table externe



Figure 4: image scannographique en fenêtre osseuse et en coupe coronale visualisant une image d'une tuméfaction pariétale

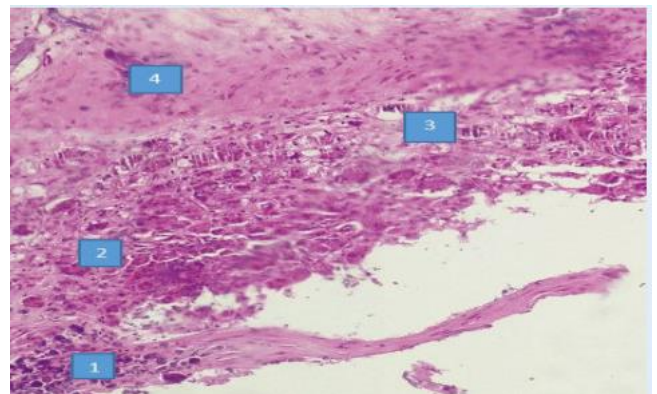


Figure 7 : Kyste simple sans revêtement épithélial
1. Calcifications, 2. Cellules géante, 3. Fibres de Rosenthal, 4. Paroi tapissée de gliose

Source : Unité Paraclinique de Formation et de Recherche d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU-JRA

Discussions

Les pseudo-kystes sont décrits comme des cavités ressemblant à un kyste mais dépourvue de paroi propre et se

développant à l'intérieur du tissu, généralement à la suite d'une nécrose localisée (1). Ce sont des kystes auxquels

manquent des cellules épithéliales ou endothéliales. Quelques cas de pseudo kyste du cuir chevelu ont été remporté dans la littérature mais la localisation au niveau de la voûte du crâne est mal connue (2). Ce sont des lésions rares et peu de cas est reporté dans la littérature. L'étiopathogénie n'est pas claire et reste largement débattue (3). Le tableau clinique se manifeste par une tuméfaction de la voute crânienne d'aspect molle, indolore et mal limitée. Le scanner cérébral est un examen capital en raison de sa haute résolution spatiale qui permet une analyse fine des modifications architecturales osseuses des lésions osseuses et ses contours, ainsi que de l'aspect des tables interne, externe et du périoste (4). Le diagnostic reste difficile

mais l'examen anatomo-pathologique donne la certitude avec présence d'une cavité ressemblant à un kyste mais dépourvue de paroi propre et se développant à l'intérieur du tissu, généralement à la suite d'une nécrose localisée (5). Le traitement est essentiellement chirurgical par une exérèse, le risque de transformation maligne est rare mais l'intérêt d'une résection totale avec une marge de sécurité sur l'os sain chaque fois que c'est possible permet de prévenir aussi les récives (6). En association avec la chirurgie, une antibiothérapie prolongée par doxycycline ou des injections intra lésionnelles de corticoïdes sont également efficaces (5).

Conclusion

Les pseudo-kystes inflammatoires de la voute crânienne sont des tumeurs bénignes et rares. Le diagnostic de certitude est l'examen anatomo-pathologique et le traitement de référence reste une exérèse chirurgicale complète pour avoir un meilleur pronostic.

Références

- 1- Naggara O *et al.* Tumeurs de la voûte crânienne », *EMC - Radiologie et imagerie médicale - Musculosquelettique - Neurologique - Maxillofaciale*, vol. 6, n° 1, p. 1-19, janv. 2011, doi: 10.1016/S1879-8551(11)70852-1.
- 2- Bargach Z, Bertal A, Fathi IE, Ibahioin K, Lakhdar A. Ostéoblastome de l'os pariétal de la voûte du crâne: à propos d'un cas », *Pan Afr Med J*, vol. 36, p. 160, juill. 2020, doi: 10.11604/pamj.2020.36.160.16031.
- 3- Abdennader S, Reygagne P. Alopecic and aseptic nodules of the scalp. *Dermatology* 2009;218:86.
- 4- Abdennader S, Vignon-Pennamen MD, Hatchuel J, Reygagne P. Alopecic and aseptic nodules of the scalp (pseudocyst of the scalp): a prospective clinicopathological study of 15 cases. *Dermatology* 2011;222:31-5.
- 5- Tsuruta D, Hayashi A, Kobayashi H, Nakagawa K, Furukawa M, Ishii M. Pseudocyst of the scalp. *Dermatology* 2005;210: 333-5.
- 6- Liegeon AL, Schoeffler A, Lerondeau B, Muller P, Truchetet F. Pseudo-kystes du cuir chevelu : deux cas. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, vol. 141, n° 6-7, p. 438-40.