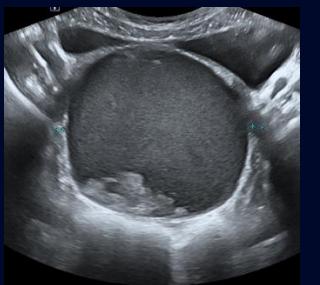
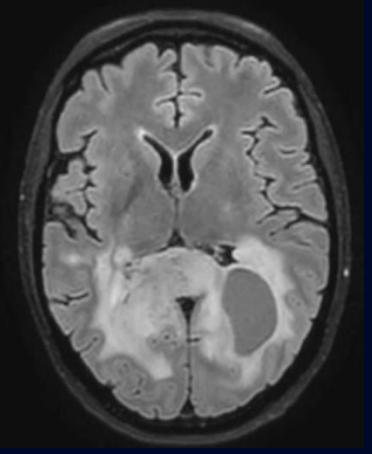


60^e
ANNIVERSAIRE

Département de
radiologie,
radio-oncologie
et médecine nucléaire

Faculté de médecine



Cas de la semaine #366

26 mai 2025

Préparé par Dr Jean-Baptiste Moretti _{R2}

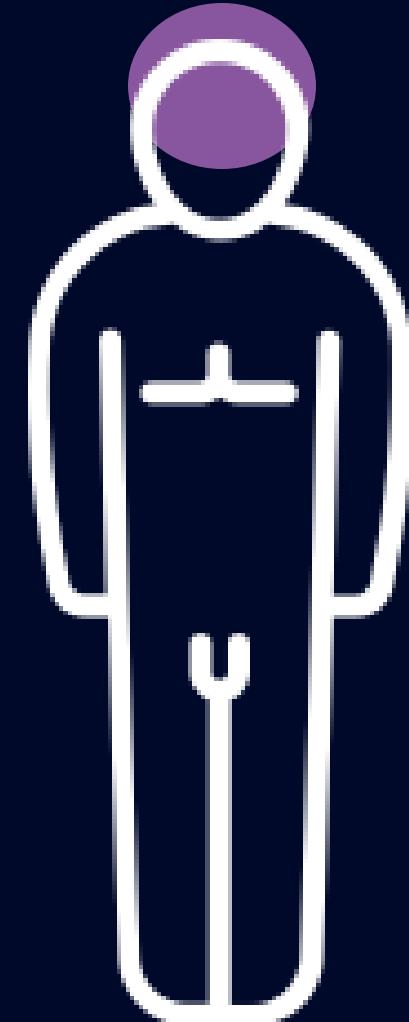
Dr Daniel Roy MD FRCPC

Neuroradiologie – CHUM



Histoire Clinique

- Patient amené en centre hospitalier dans un contexte de confusion, désorientation et possible chute.
- A l'arrivée des ambulanciers, présence de grandes quantités de stupéfiants et de cocaïne.



52 ans

CT cérébral C.

Réalisé hors CHUM (novembre 2023)

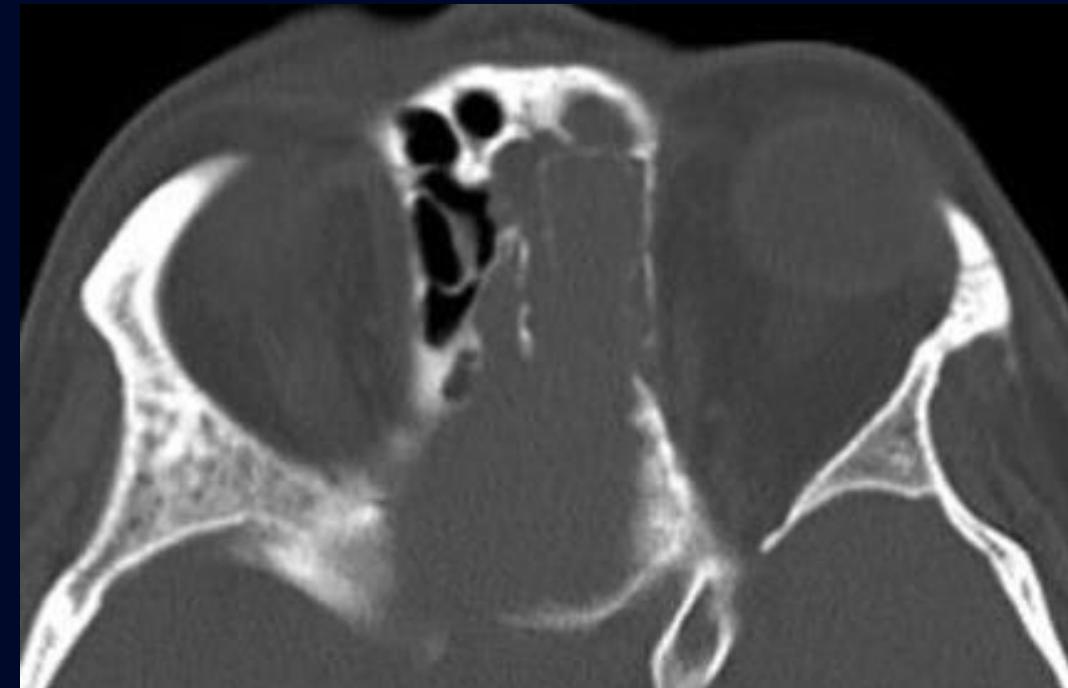
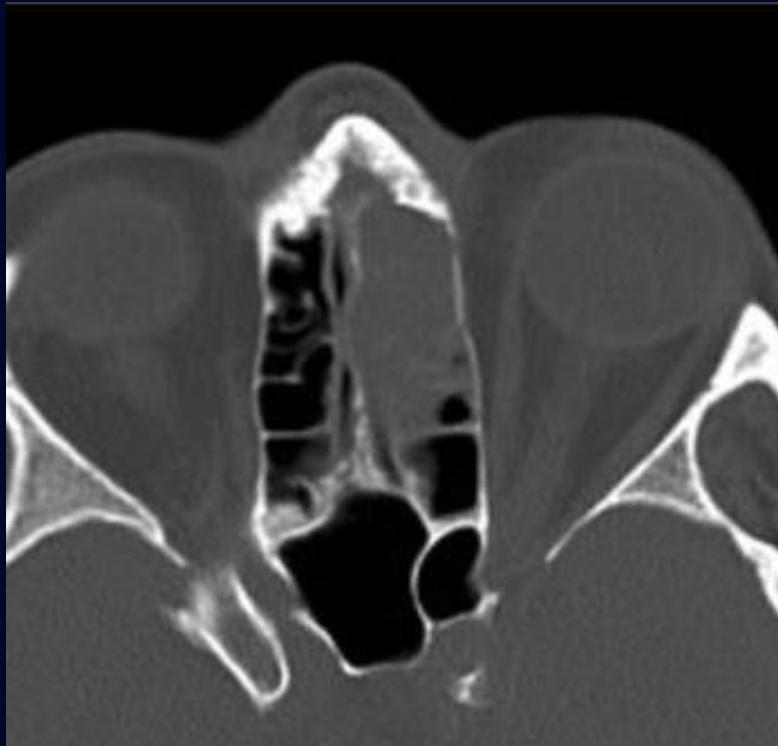
Fenêtre tissus mous



CT cérébral C.

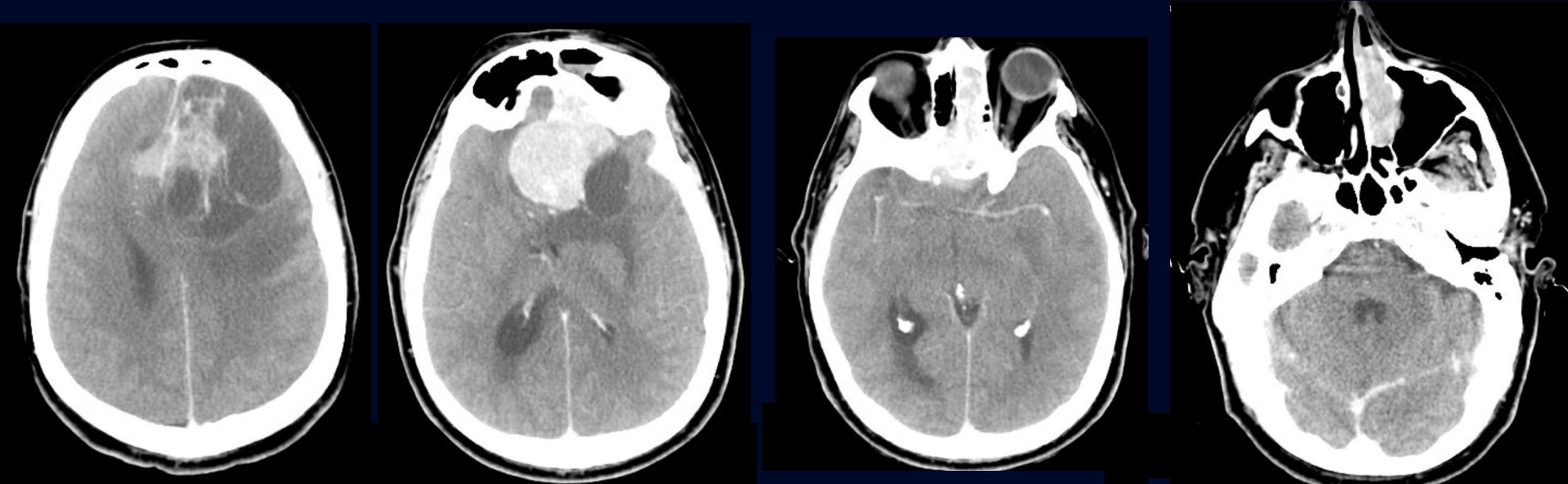
Réalisé hors CHUM (novembre 2023)

Fenêtre os

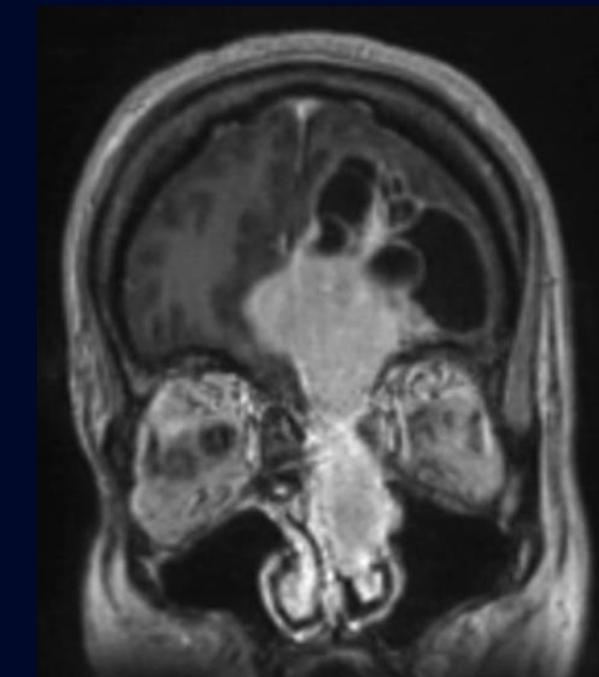
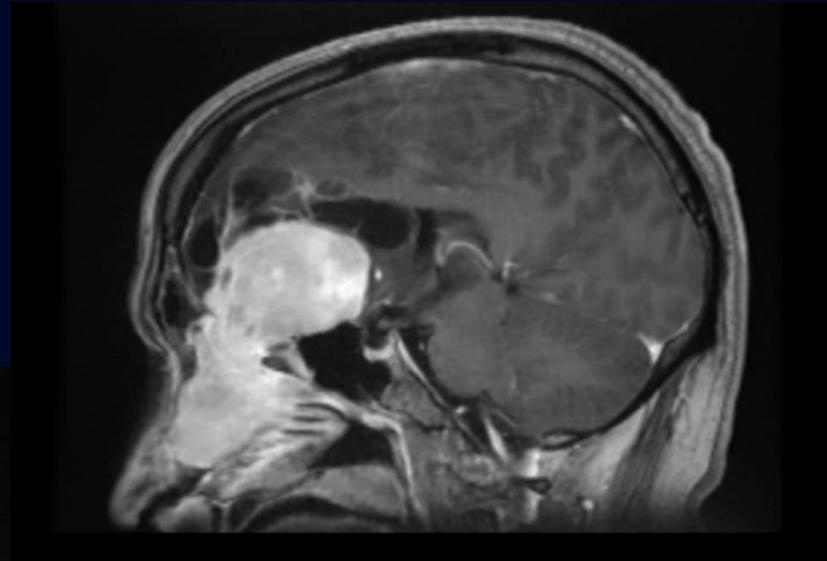
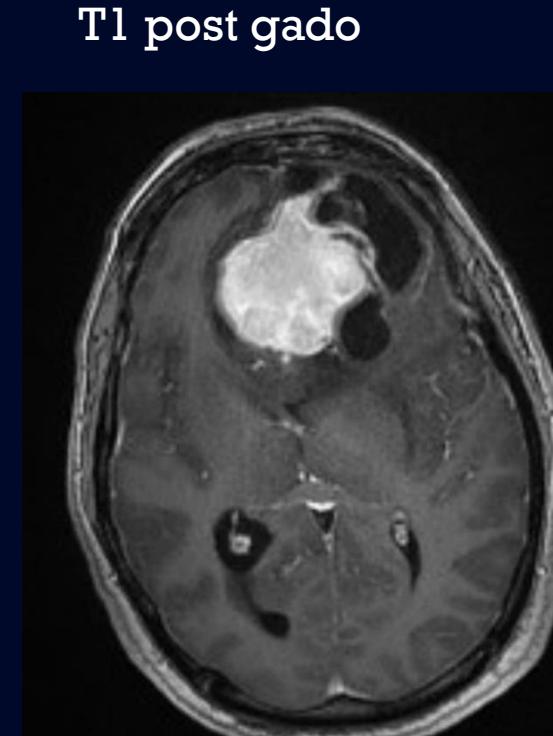
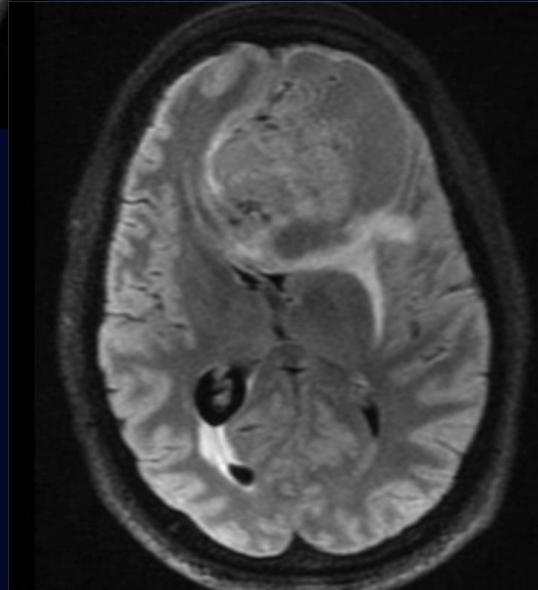
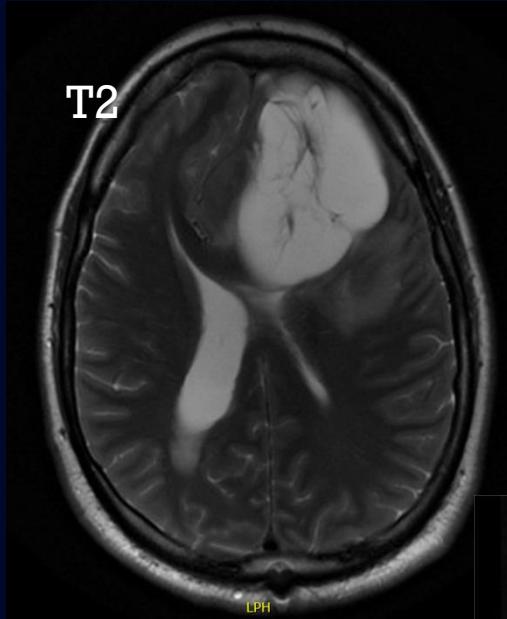


CT cérébral avec contraste C+

Réalisé hors CHUM (novembre 2023)

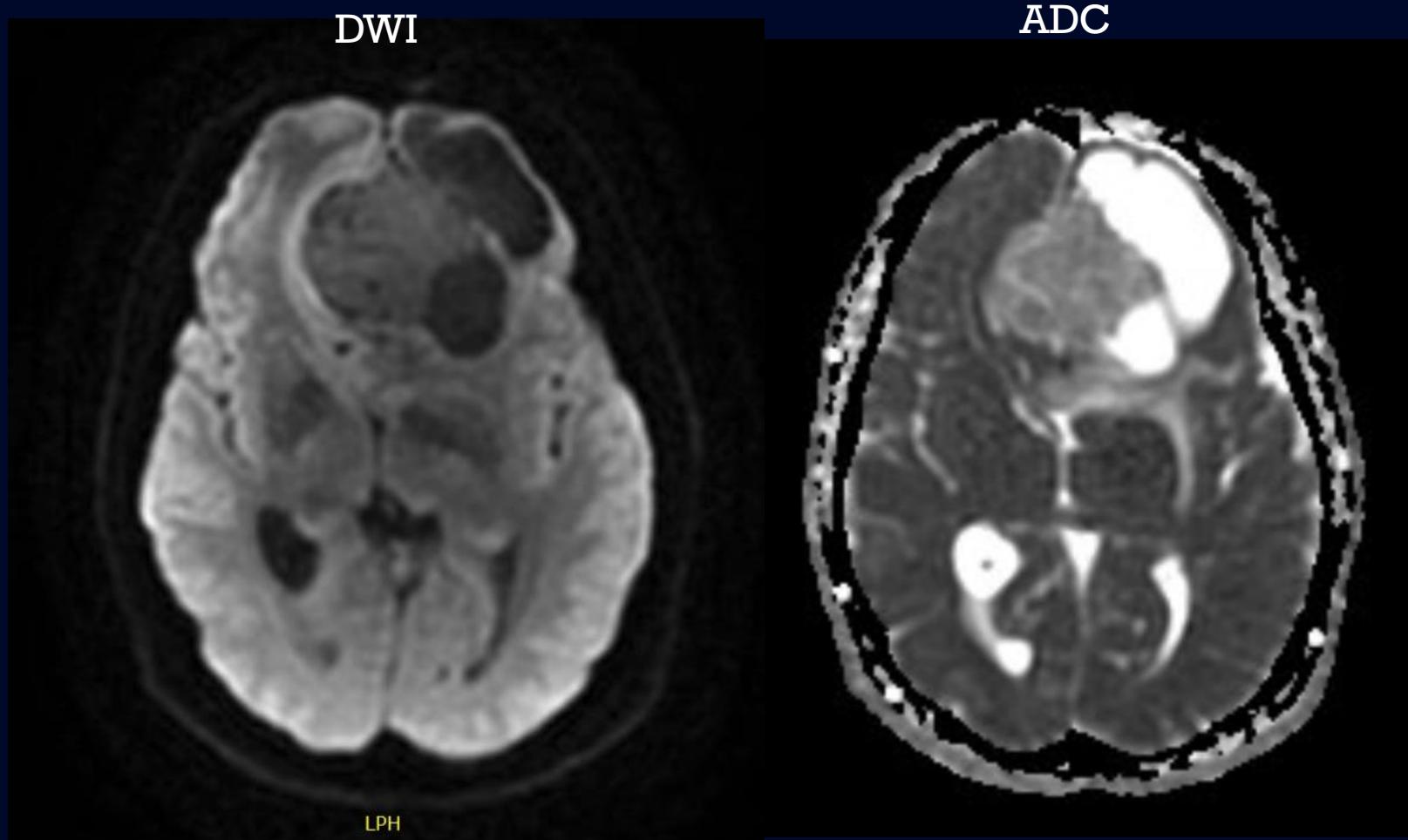


Patient référé au CHUM:
IRM cérébrale



IRM cérébrale

Séquences de diffusion

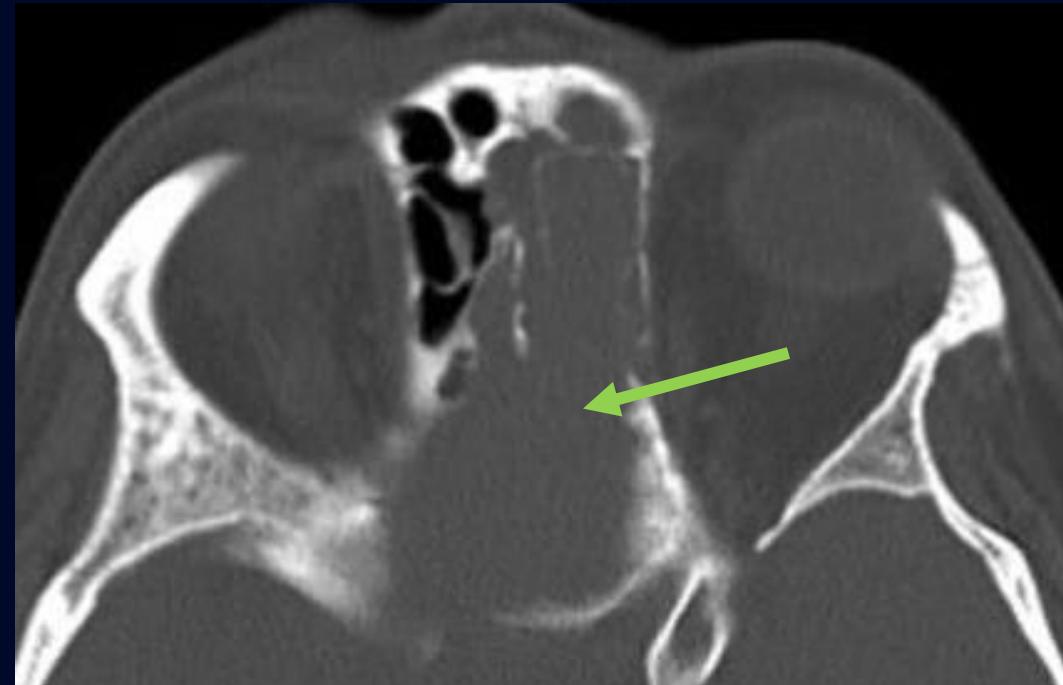


Description CT C- C+



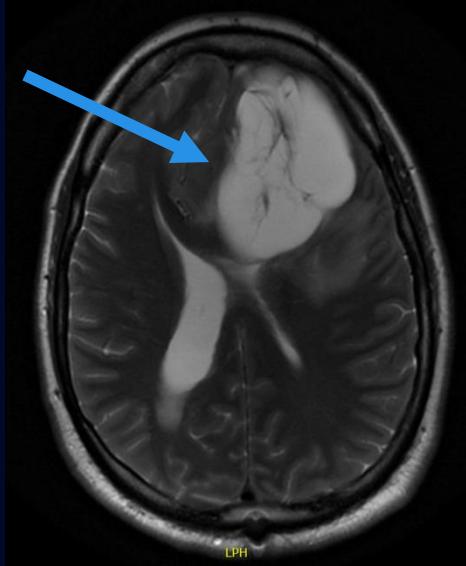
Importante masse solide avec composante kystique d'origine extra axiale, centrée sur la région frontale G avec envahissement des cellules ethmoïdales et de la fosse nasale G, rehaussement homogène et œdème vasogénique modéré associé.

Description CT C- C+

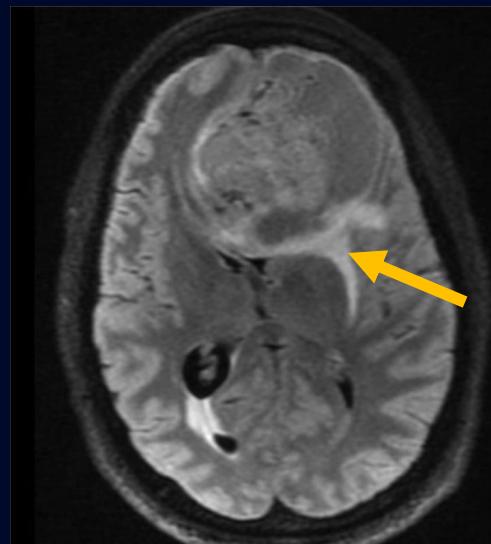


Destruction osseuse des septations des cellules ethmoïdales et de la lame criblée.

Description IRM

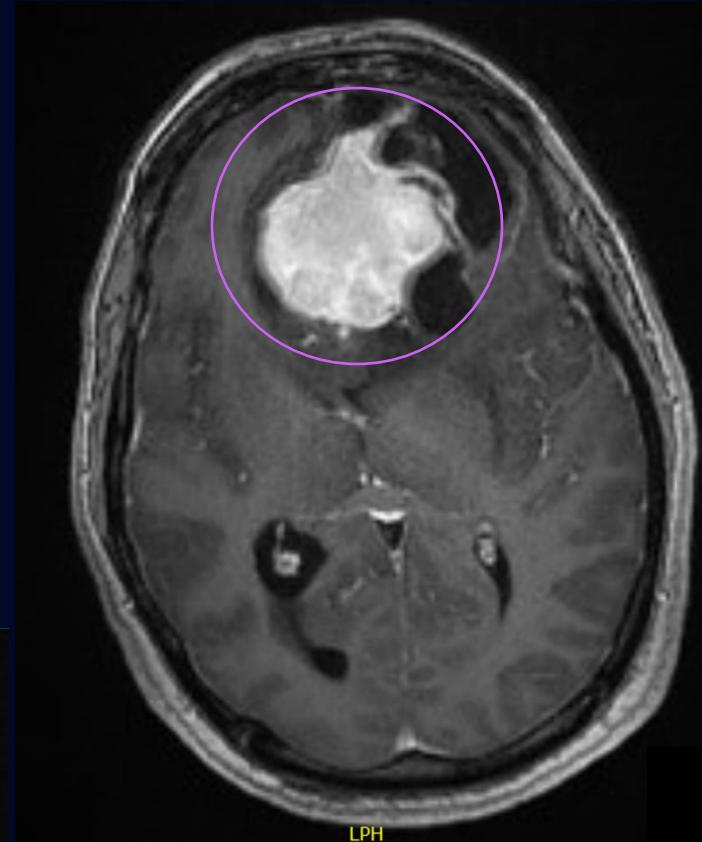


Hyper signal T2
confirmant des
composantes
kystiques



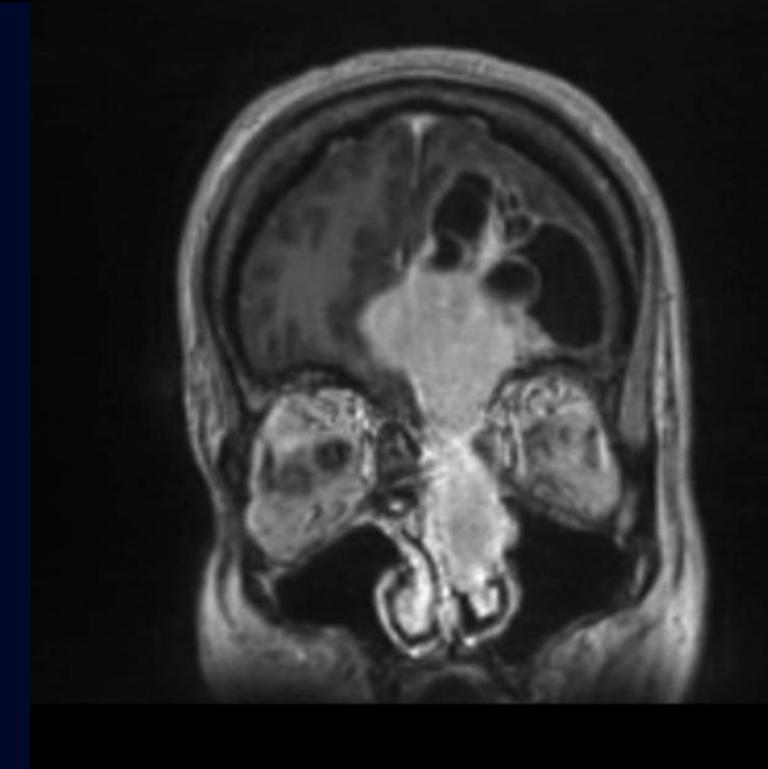
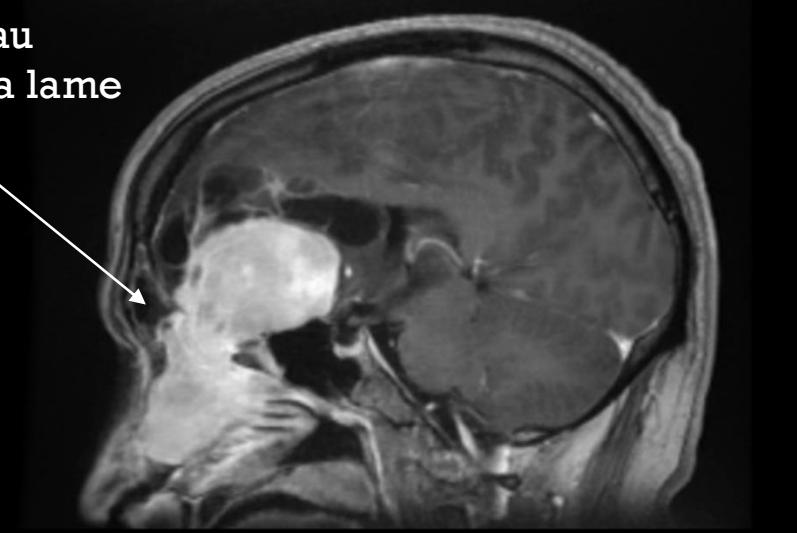
**Œdème péri-
lésionnel**

Lésion en hypo signal
T2

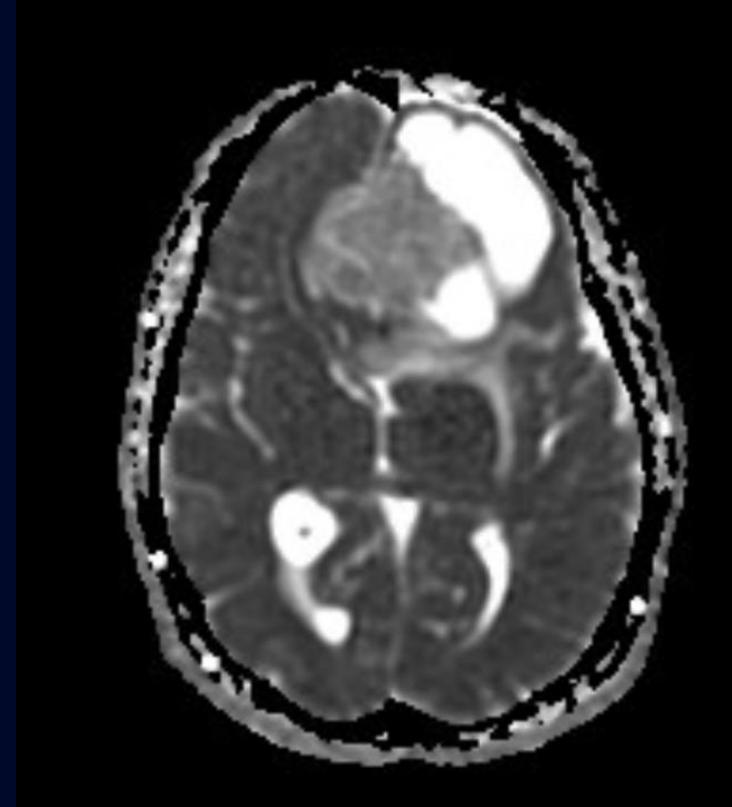
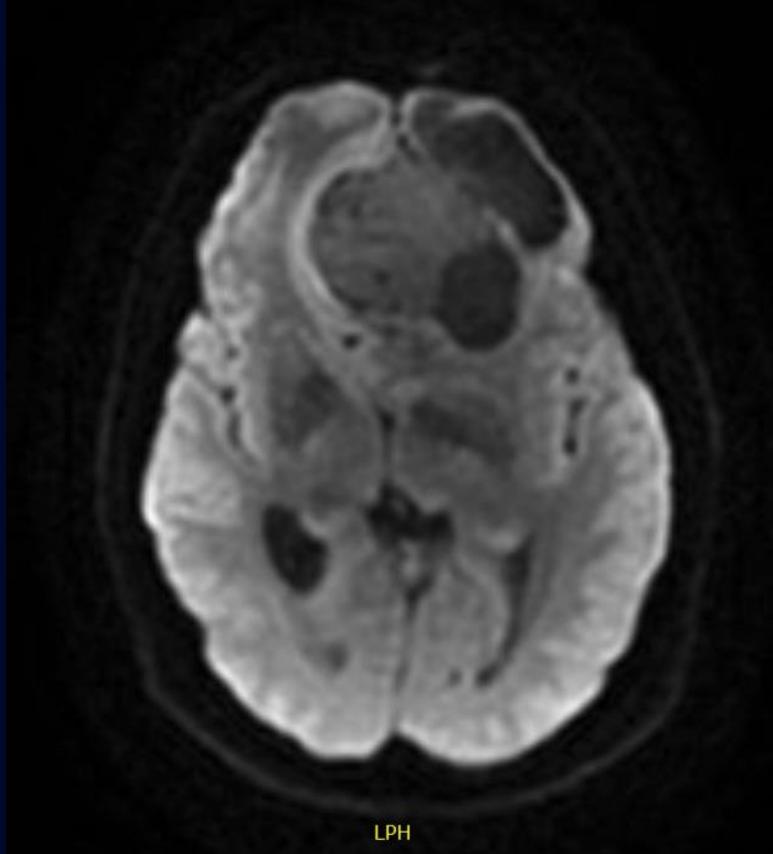


Fort rehaussement
homogène de la
composante tissulaire

Extension au
travers de la lame
criblée



Description IRM

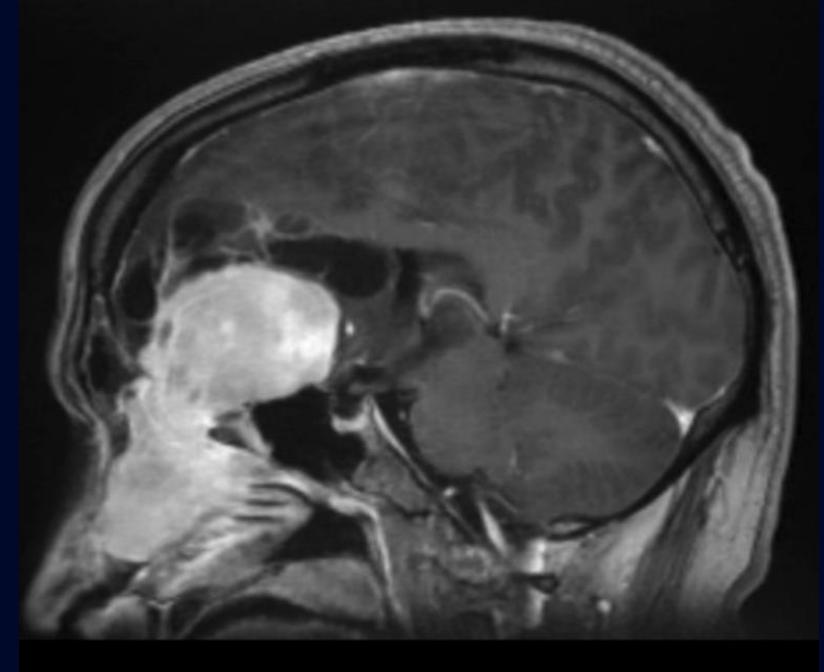
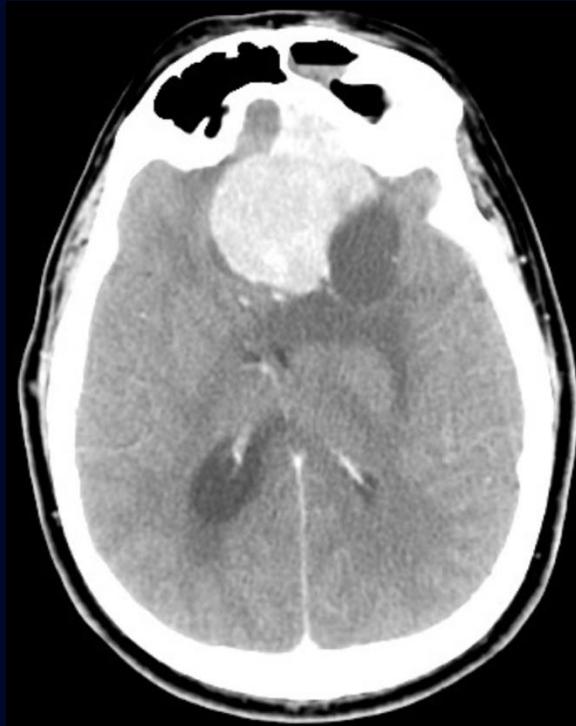


Pas de restriction de la diffusion

Synthèse radiologique

Homme de 53 ans qui se présente dans un contexte de confusion.

Découverte d'une volumineuse masse extra-axiale avec composante kystique périphérique intracrânienne et extension intranasale.



Diagnostic différentiel

Lésion à départ intracrânien

- Méningiome
- Métastase duralement
- Tumeur fibreuse solitaire duralement

Lésion à départ sino-olfactif

- Esthésioneuroblastome (neuroblastome olfactif)
- Carcinome sinonasal
- Lymphome

Diagnostic différentiel

Lésion à départ intracrânien

- Méningiome
- Métastase durelle
- Tumeur fibreuse solitaire
- Esthésioneuroblastome
- Carcinome sinonasal
- Lymphome



En faveur :

- Localisation extra-axiale
- Fort rehaussement homogène
- Localisation base du crâne
- Méningiome kystique

En défaveur :

- Pas d'hyperostose
- Pas de calcification intra lésionnelle
- Destruction osseuse

Diagnostic différentiel

Lésion à départ intracrânien

- Méタstase dura



En faveur :

- Localisation extra-axiale
- Portion kystique

En défaveur :

- Méningiome
- Tumeur fibreuse solitaire
- Esthésioneuroblastome
- Carcinome sinonasale
- Lymphome

- Âge
- Pas de primaire connu
- Taille de la lésion versus symptômes

Diagnostic différentiel

Lésion à départ intracrânien

- Tumeur fibreuse solitaire



En faveur :

- Localisation extra-axiale
- Hyposignal T2

- Méningiome
- Métastase durelle
- Esthésioneuroblastome
- Carcinome sinonasal
- Lymphome

En défaveur :

- Portion kystique
- Rehaussement homogène

Diagnostic différentiel

Lésion à départ sino-olfactif

- **Esthésioneuroblastome
(neuroblastome olfactif)**



- Méningiome
- Métastase durelle
- Tumeur fibreuse solitaire
- Carcinome sinonasal
- Lymphome

En faveur :

- Atteinte de la lame criblée
- Extension intracrânienne et ethmoïde
- Fort rehaussement homogène
- Présence de composantes kystiques périphériques dans les portions intracrâniennes.

En défaveur :

- Absence de calcification intra lésionnelle
- Destruction osseuse (lésion à croissance lente avec remodelage)
- Aspect normalement plus infiltratif

Diagnostic différentiel

Lésion à départ sino-olfactif

- Carcinome

Sinonasal (inclut adénocarcinome des glandes salivaires mineur et épidermoïde)

- Méningiome
- Métastase durelle
- Tumeur fibreuse solitaire
- Esthésioneuroblastome
- Lymphome



En faveur :

- Tumeur sinusale la plus fréquente (épidermoïde)
- Destruction osseuse
- Extension intra crânienne

En défaveur :

- Age du patient (chez patient plus âgé)
- Absence de calcification intra lésionnelle (production de mucine)
- Composante kystique
- Généralement rehaussement moins intense
- Pas de composante nécrotique

Diagnostic différentiel

Lésion à départ sino-olfactif

- **Lymphome**



- Méningiome
- Métastase durelle
- Tumeur fibreuse solitaire
- Esthésioneuroblastome
- Carcinome sinonasal

En faveur :

- Seconde tumeur sinusale la plus fréquente
- Fort rehaussement homogène
- Destruction osseuse

En défaveur :

- Pas de restriction de la diffusion (très cellulaire)
- Portion kystique

Diagnostic final

**Tumeur fibreuse
solitaire durale
de bas grade**

(confirmation histologique et immunohistochimique)

Pronostic + Traitement

Traitement :

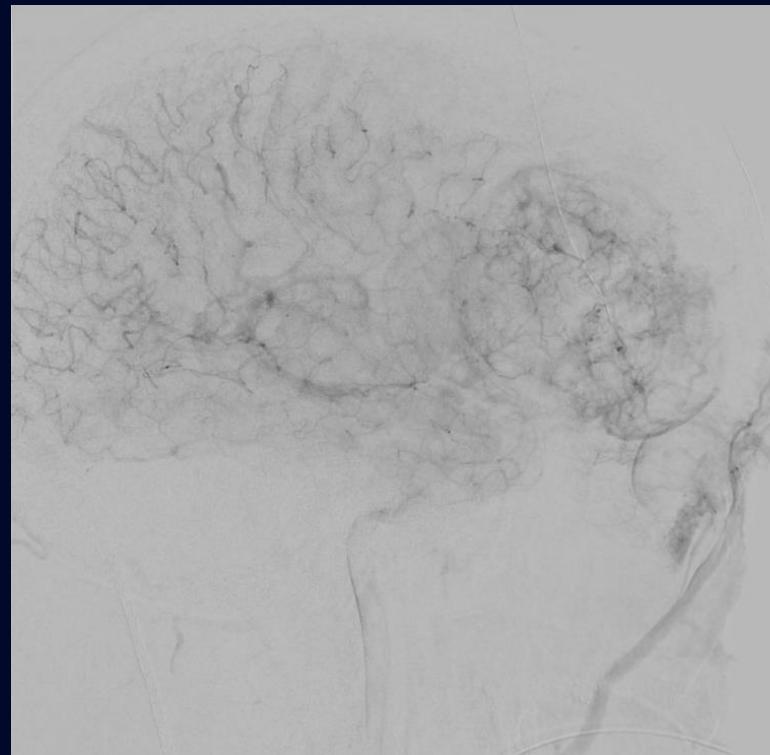
- Résection de la lésion en novembre 2023, sans radiothérapie.
- Patient perdu au suivi.
- Récidive traitée par résection après embolisation artérielle en février 2025.

Pronostic :

- Risque de récidive jusqu'à 50%

Tumeur fibreuse solitaire dura

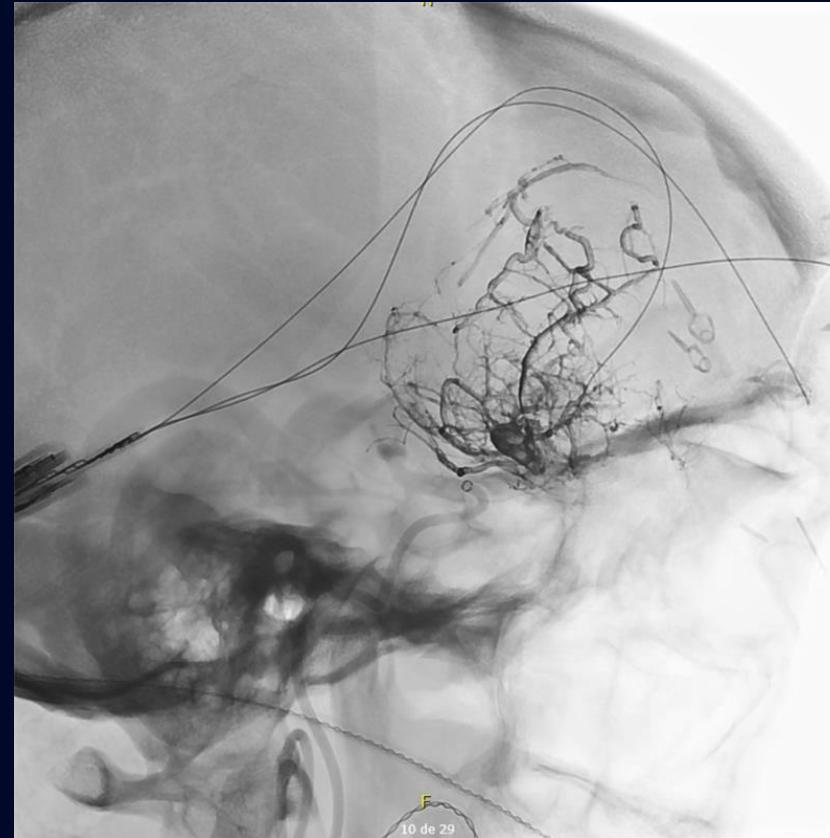
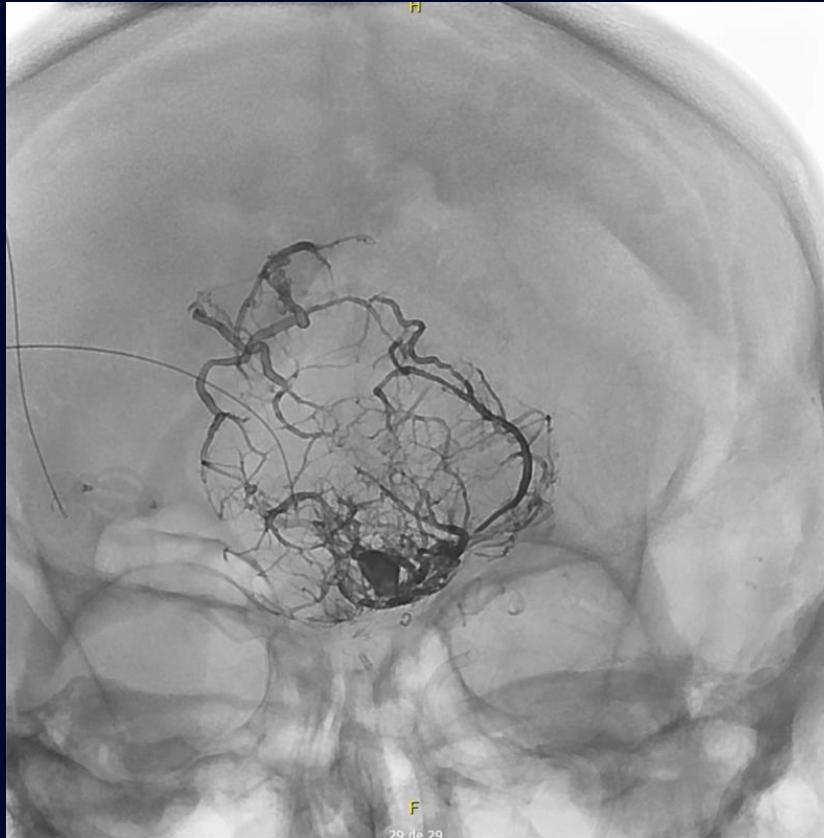
- Les tumeurs fibreuses solitaires durales sont rares.
- Autrefois appelées hémangiopérycytomes en raison de leur forte vascularisation, elles ont été regroupées dans la classification de l'OMS en tant que tumeurs fibreuses solitaires, en raison de leur similarité histopathologique.
- Ces tumeurs peuvent se développer à différents endroits du corps humain.



Ce cas:
Masque frontale bilatérale
vascularisée par les
deux artères cérébrales
antérieures et les deux
ophtalmiques

Embolisation artérielle

- En raison des saignements importants survenus lors de la première intervention, une embolisation préopératoire a été planifiée afin de réduire le risque hémorragique lors de la résection de la masse récidivante.



Images post
embolisation

Références

1. Parsons JT, Mendenhall WM, Mancuso AA, Cassisi NJ, Million RR. Malignant tumors of the nasal cavity and ethmoid and sphenoid sinuses. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 1988 Jan;14(1):11-22. doi: 10.1016/0360-3016(88)90044-2. PMID: 3335447.
2. <https://radiologyassistant.nl/head-neck/neck-masses/head-neck-tumors#growth-pattern-sinonasal-undifferentiated-carcinoma>
3. Kawaguchi M, Kato H, Tomita H, Mizuta K, Aoki M, Hara A, Matsuo M. Imaging Characteristics of Malignant Sinonasal Tumors. J Clin Med. 2017 Dec 6;6(12):116. doi: 10.3390/jcm6120116. PMID: 29211048; PMCID: PMC5742805.*
4. <https://radiopaedia.org/articles/solitary-fibrous-tumour-of-the-dura>