



Cas Clinique

Méningiome Frontal Géant à Manifestation Psychiatrique d'Allure Dépressive : à Propos d'un Cas et Revue de la Littérature

Giant frontal meningioma with psychiatric depressive expression: a case report and review of literature

Hima-Maiga A¹, Kpelao E², Halidou ID¹, Oumoulherou¹, Kelani AB¹, Habi I³, Gaye M⁴, Diop A⁵, Sanoussi S¹, Sakho Y⁴

RÉSUMÉ

Les méningiomes parasagittaux sont des méningiomes intracrâniens qui s'insèrent sur la paroi latérale du sinus sagittal supérieur, insertion pouvant déborder soit à la convexité, soit à la faux. Les auteurs rapportent un cas d'un géant méningiome frontal parasagittal droit à manifestation psychiatrique d'allure dépressive. Elle a été révélée par une aggravation des troubles psychiatriques et confirmée par l'imagerie. La patiente âgée de 68 ans a été opérée et les suites opératoires ont été satisfaisantes.

Il est important de noter à partir de cet article, que devant tout trouble psychiatrique, qu'il soit d'allure dépressive ou non, un scanner cérébral ou une IRM cérébrale s'impose avant le début de tout traitement prolongé. Ceci est capital dans notre contexte car certains troubles psychiatriques peuvent s'avérer d'origine tumorale.

¹Service de neurochirurgie de l'hôpital national de Niamey

²Service de neurochirurgie du CHU Sylvanus Olympio de Lomé

³Service de neurochirurgie de l'hôpital général de référence de Niamey

⁴Service de neurochirurgie de l'hôpital général de Grand Yoff de Dakar

⁵Service de neurochirurgie de l'hôpital principal de Dakar

Auteur correspondant :

Abdoulaye HIMA-MAIGA

Service de neurochirurgie de l'hôpital national de Niamey (Niger)

Email : ahimamaiga67@hotmail.com

Mots clés : Géant méningiome frontal parasagittal, Manifestation psychiatrique d'allure dépressive, IRM, Examen histologique, Chirurgie.

Keywords: Giant parasagittal frontal meningiomas, Depressive-like psychiatric manifestation, MRI, Histological

ABSTRACT

Parasagittal meningiomas are intracranial meningiomas that insert into the upper sagittal sinus lining, an insertion that can extend either at the convexity or at the scythe. The authors report a case of a giant parasagittal frontal meningioma with a depressive-like psychiatric manifestation. It was revealed by worsening psychiatric conditions and confirmed by imagery. The 68-year-old patient underwent surgery and the post-operative results were satisfactory.

It is important to note from this article that in the face of any psychiatric disorder, whether depressive-like or not, a brain scan or brain MRI is required before the start of any prolonged treatment. This is crucial in our context because some psychiatric disorders may be tumor-related.

INTRODUCTION

Les méningiomes de la convexité frontale parasagittal sont définis comme des méningiomes supratentoriels, ils sont développés entre la face externe de la corticalité hémisphérique et la face profonde de la dure -mère de la voûte sur laquelle ils s'insèrent, à l'inclusion de la ligne médiane (sinus sagittal supérieur). Ils représentent environ 28 % de la totalité des méningiomes intracrâniens [1]. Les symptômes psychiques viennent au premier plan, plus fréquemment à type d'apathie, hypokinésie, d'indifférence et de perte d'initiative. Angelergues et Hecaen [2] ont montré que, toutes tumeurs frontales confondues, 20 % d'entre elles se révèlent par des troubles psychiques isolés. Isolés ou non, ils sont retrouvés dans 50 % des cas de méningiomes. Une fois sur deux, les premiers symptômes remontent à plus

de 1 an avant la consultation. Les auteurs rapportent un cas de géant méningiome de la convexité frontale antérieure ayant été découvert suite à des manifestations psychiatriques.

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agissait de la patiente adulte MS, âgée de 68 ans, de sexe féminin, vivant en milieu rural, hospitalisée pour un syndrome frontal genre agressivité verbale et physique, ralentissement idéo-moteur, allure dépressive/anxieuse (trouble de l'appétit, de la mémoire, de l'attention, du sommeil), associé à des crises d'épilepsies et un syndrome d'hypertension intracrânienne. Ce cocktail très dangereux de signes cliniques neuropsychiatriques amène l'entourage à nous consulter à l'hôpital national de Niamey. Le début de la symptomatologie remonterait à environ 11 mois par des céphalées frontales avec retentissement sur la vision et

au niveau cervical. A ces céphalées s'associent des vertiges rotatoires intermittents imposant la position couchée. En plus de ces signes d'hypertension intracrânienne, la patiente développa un syndrome frontal inquiétant l'entourage et aussi des crises d'épilepsies type grand mal la conduisant très souvent dans un état comateux. Face à ces signes, elle consulta chez plusieurs tradi-praticiens dans son village natal où des esprits maléfiques ont été évoqués. Des cérémonies traditionnelles ont même été organisées comme alternatives thérapeutiques, mais ce sont avérés sans aucun effet concluant. A l'admission, la patiente présentait une hémiparésie gauche cotée à 3/5 en plus de l'altération des fonctions mentales, un score de Glasgow à 13 et une dysarthrie. Les pupilles sont normales. La biologie objectivait une hyperleucocytose à 12 600 et un CRP supérieure à 73. L'IRM cérébrale a été réalisée en séquences axiales pondérées en T1, sagittales pondérées en T2, axiales pondérées en T2 Flair et écho de gradient, associées à l'injection de gadolinium dans les trois plans de l'espace. Elle avait mis en évidence une grosse lésion parasagittal frontal droit débordant un peu à gauche dans sa portion inférieure, en iso signal T1, hyper signal T2, rehaussé de manière intense après injection de gadolinium (**Voir Image IRM 1**).

Une indication opératoire a été posée et la patiente admise au bloc après un bilan sanguin pré-opératoire et une anesthésie pré-opératoire validée. L'abord de la tumeur avait débuté par sa base d'implantation, ce qui nous avait facilité la dévascularisation tumorale réduisant le saignement per-opératoire, puis nous procédions à l'exérèse par morcellement et l'évidement centro-tumoral pour réduire le risque de traumatisme parenchymateux, avant la recherche du plan de clivage et de compléter l'exérèse tumorale. L'exérèse tumorale était macroscopiquement complète (Simpson I) (**Voir Image scanner 2**).



Figure 1 : IRM préopératoire du méningiome parasagittal droit

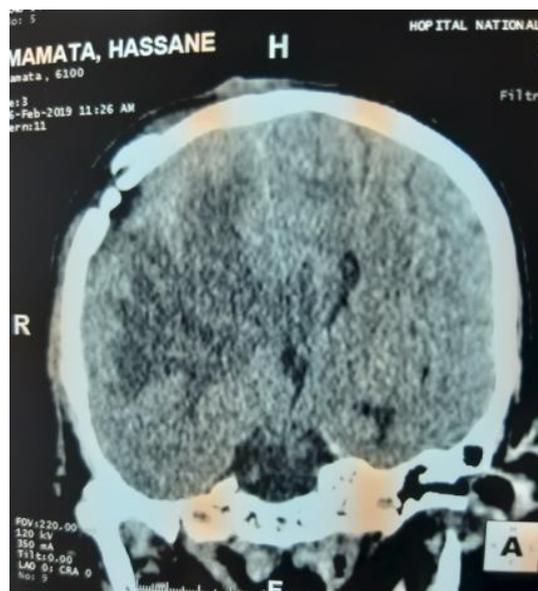


Figure 2 : Scanner post- opératoire en reconstruction coronale après exérèse tumorale

Le compte rendu anatomopathologique a confirmé le diagnostic de méningiome meningothéliomateux (grade I de l'OMS). L'évolution immédiate était favorable. Le contrôle des malades 6 mois après l'acte chirurgicale a montré amélioration sur le plan ophtalmologique, note également une amélioration de l'hémiparésie en préopératoire, une disparition complète des troubles psychiatriques mais une épilepsie en post opératoire malgré le traitement antiépileptique institué.

DISCUSSION

Des symptômes psychiatriques isolés peuvent être observés en présence d'une tumeur cérébrale. Sa recherche systématique est importante car une rémission durable peut être obtenue lorsqu'un traitement étiologique est possible. Les formes psychiatriques sont le plus souvent dues à des tumeurs à croissance lente comme les méningiomes ou les gliomes de bas grade qui peuvent évoluer sans signe de focalisation ou d'hypertension intracrânienne pendant plusieurs années. On retrouve fréquemment des délires peu florides à thématique persécutoire, ainsi que des hallucinations visuelles. Un EEG est utile afin de rechercher une épilepsie associée [3]. Il faut aussi donc rechercher les antécédents de maladies psychiatriques telles que la dépression, l'anxiété et les psychoses. L'examen mental cherchera à mettre en évidence la présence de symptômes psychiatriques comme des changements inhabituels de l'humeur, des idées suicidaires, des signes neurovégétatifs, des hallucinations visuelles ou auditives, des idées paranoïdes, du délire, un comportement agressif et à établir quand ces symptômes sont apparus au décours des pertes mnésiques et cognitives [4]. Les troubles psychiatriques peuvent être en effet les seuls symptômes des tumeurs cérébrales. Malgré des éléments de présomption, il n'existe pas de méthode clinique d'exclusion ou de localisation d'une tumeur cérébrale par ses manifestations psychiatriques. Les médicaments psychotropes peuvent améliorer les

symptômes en présence d'une tumeur. L'utilisation de la tomodensitométrie ou de l'imagerie par résonance magnétique doit être importante comme c'est le cas chez notre patiente.

Il ya de nombreux cas cliniques isolés rapportés par la littérature de l'orientation, d'abord psychiatrique, d'un patient présentant une tumeur cérébrale [5,6]. En effet, les tumeurs cérébrales se développent régulièrement sans que le patient ne présente les symptômes neurologiques classiques (céphalée, épilepsie, déficit neurologique), mais en provoquant des modifications du comportement ou de la pensée apparentées à des symptômes psychiatriques. En pareil cas, le diagnostic de tumeur cérébrale est souvent retardé, ce qui ne peut être que préjudiciable tant pour le succès du traitement que pour la qualité de vie du patient. Des études de cas soulignent que certaines caractéristiques des symptômes psychiatriques devraient amener à une investigation neuroradiologique précoce : leur mode d'apparition (symptômes récents, apparition brusque), l'absence d'antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, l'absence de réponse au traitement, ou une allure «atypique» des symptômes, peu décrite jusqu'ici [7,8]. Une description des principaux symptômes évocateurs serait un outil précieux pour guider les cliniciens et améliorer le diagnostic précoce de tumeurs cérébrales. Dans l'étude de Mardaga [9] portant sur 100 patients consécutifs, hospitalisés entre 2014 et 2015 pour l'exploration ou l'exérèse d'une tumeur cérébrale dans le service de Neurochirurgie au CHR de la Citadelle à Liège en Belgique ; au moins un symptôme psychiatrique est rapporté par 85 patients. Ils se sont intéressés aux symptômes psychiatriques présents avant le diagnostic de tumeur cérébrale recueillis lors de l'entretien psychiatrique (voir **Tableau I**), aux diagnostics psychiatriques posés sur base des symptômes présents avant le diagnostic de tumeur cérébrale (voir **Tableau II**), à l'historique psychiatrique des patients et à la répartition des patients en fonction des caractéristiques de la tumeur cérébrale (volume moyen \pm écart type : $27,2 \pm 27,1$ ml).

Tableau I : Symptômes psychiatriques présents avant le diagnostic de tumeur Cérébrale (Recueillis lors de l'entretien psychiatrique). Mardaga et coll [9].

	N (adaptation entravée)	Durée médiane
Troubles mnésiques ou attentionnels	56 (40)	3-6 mois
Dépression-anxiété	54 (29)	3-6 mois
Ralentissement moteur ou idéatoire	44 (32)	3-6 mois
Troubles du sommeil	44 (19)	3-6 mois
Troubles de l'appétit	26 (9)	3-6 mois
Modification du comportement	23 (20)	0-6 mois
Symptômes psychotiques	8 (6)	3-6 mois
Euphorie-désinhibition	8 (2)	0-3 mois
Troubles mixte de l'humeur	1 (1)	6-12 mois

Leurs résultats confirment l'incidence fréquente de manifestations psychiatriques avant qu'un diagnostic de tumeur cérébrale ne soit posé, avec les symptômes dépressifs à l'avant-plan. Ce qui nous ramène à souligner la nécessité de rappeler encore et encore que des manifestations psychiatriques peuvent avoir pour origine un processus expansif intracrânien. [7,8] soulignent également que des antécédents psychiatriques sont également associés à plus de symptômes psychiatriques dans la population générale et pourraient donc constituer des facteurs de «vulnérabilité psychiatrique», indépendamment de la présence d'une tumeur cérébrale.

Tableau II : Diagnostic psychiatriques posés sur base des symptômes présents avant le diagnostic de tumeur cérébrale. Mardaga et coll [9].

	N
Diagnostic basé sur L'entretien psychiatrique	
Troubles de l'humeur	24
Trouble anxieux	6
Abus de substance/dépendance	2
Autre	1
Diagnostic basé sur la MINI	
Troubles de l'humeur	29
Trouble anxieux	11
Abus de substance/dépendance	5
Risque suicidaire	4
Diagnostic basé sur le Score à la BDI-II	
Pas de dépression (<12)	58
Dépression légère (12-19)	25
Dépression modérée (20-27)	5
Dépression sévère (>27)	9
MINI = Mini International Neuropsychiatric Interview	
BDI-II= Beck Depression Inventory.	

Dans la littérature internationale Les symptômes dépressifs/anxieux sont parmi les plus fréquemment rapportés, avec les troubles de l'appétit, un ralentissement, les troubles de la mémoire et de l'attention ou les troubles du sommeil. Ces symptômes dépressifs étaient présents depuis 3 à 6 mois en moyenne avant le diagnostic de tumeur cérébrale, mettant en évidence leur apparition souvent insidieuse. Nous avons habituellement tendance à imaginer les symptômes psychiatriques liés à la présence d'une tumeur cérébrale comme provoquant des changements brutaux, alors que la vitesse d'apparition des symptômes comportementaux dépend directement de la vitesse d'évolution de la tumeur cérébrale. De même, la présence d'antécédents psychiatriques risque d'orienter davantage le médecin vers un diagnostic psychiatrique, ce qui est une erreur au regard de nos résultats.

CONCLUSION

A la lumière des résultats de ce cas clinique rapporté par les auteurs, des symptômes psychiatriques très souvent d'allure dépressive peuvent révéler le diagnostic d'un processus expansif intracrânien comme un géant méningiome frontal parasagittal droit dans notre contexte. Il est donc important et capital pour la recherche et les soins de procéder à une imagerie cérébrale devant tout trouble de comportement chez un patient ayant des antécédents psychiatriques ou non.

RÉFÉRENCES

- [1]. M. Jan Svelut, T. le Francq. Méningiomes intracrâniens. EMC-Neurologie (Elsevier, Paris). 1999, 17- 251- A-10.
- [2]. Angelerguses. R, Hecaen. H, De Ajuriaguerraj. Les troubles mentaux au cours des tumeurs du lobe frontal (à propos de 80 observations dont 54 avec des troubles mentaux). *Ann Med psychoe* 1955 ; 113 : 577-642.
- [3]. Lisanby. SH, Kohler. C, Swanson. CL, Gur. RE. Psychosis secondary to brain tumor. *Semin Clin Neuropsychiatry* 1998; 3:12-22.
- [4]. J. Helen Beuzeron-Mangina, M. D, M. Sc, P. Doc, F. N, FIOP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV. American Psychiatric Association, Washington, 1994.
- [5]. Bunevicius. A, Deltuva. VP, Deltuviene. D, et al. Brain lesions manifesting as psychiatric disorders : eight cases. *CNS Spectr*, 2008, 13, 950-958.
- [6]. Yakhmi. S, Sidhu. BS, Kaur. J, et al. Diagnosis of frontal meningioma presenting with psychiatric symptoms. *Indian J Psychiatry*, 2015, 57, 91-93.
- [7]. Cheema. FA, Badr. A, Iqbal. J. Glioblastoma multiforme presenting as treatment-resistant depression. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2010, 22, 1.
- [8]. Moise. D, Madhusoodanan. S. Psychiatric symptoms associated with brain tumors : a clinical enigma. *CNS Spectr*, 2006, 11, 28-31.
- [9]. S. Mardaga, M. AlBaSSir, J. Bracke, A. Dutilleux, J.d. Born. Quels symptômes psychiatriques doivent alerter sur la possible présence d'une tumeur cérébrale ?. *Rev Med Liège* 2017; 72 : 9 : 399-405.