



Journal Homepage: - www.journalijar.com
**INTERNATIONAL JOURNAL OF
 ADVANCED RESEARCH (IJAR)**

Article DOI: 10.21474/IJAR01/8233
 DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/8233>



RESEARCH ARTICLE

UNUSUAL CAUSE OF SCIATICA: LUMBAR INTERAPOPHYSEAL SYNOVIAL CYST.

Hind Boukhalit¹, Rachida Saouab², Touria Amil¹ and Jamal El Fenni¹.

1. Faculty of Medicine and Pharmacy, Mohammed V University, Rabat.
2. Faculty of Medicine and Pharmacy, Cadi Ayyad University, Marrakech.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 18 October 2018
 Final Accepted: 20 November 2018
 Published: December 2018

Keywords:

Spinal synovial cyst, sciatica, CT, MRI.

Abstract

Intraspinal synovial cysts are rare, we report a case of intraspinal lumbar synovial cyst discovered by sciatica, explored by CT and MRI we describe the radiological features to retain the diagnosis and choose the appropriate therapeutic modality.

Copy Right, IJAR, 2018., All rights reserved.

Introduction:-

Les kystes synoviaux sont des expansions capsulo-synoviales, se rencontrent dans différentes articulations, la localisation rachidienne est relativement rare, sa symptomatologie est souvent discrète et confondue avec la pathologie dégénérative.

Observation:-

Il s'agit d'une femme de 56 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, suivie pour des sciatiques évoluant depuis 8 mois, les douleurs épisodiques initialement, sont devenues permanentes, aggravées par l'extension du dos. L'examen clinique a retrouvé un signe de Lasègue positif à droite. Une tomodensitométrie du rachis lombaire sans injection de produit de contraste (figure1: a, b et c) a montré la présence d'une structure intracanalair au niveau de L4-L5 adjacente aux articulations inter-apophysaires postérieures droites, cette formation est arrondie bien limitée de faible densité, à paroi partiellement calcifiée, mesurant 9 mm de diamètre, elle est associée à une discarthrose et une arthrose zygapophysaire du même étage plus marquée à droite, l'imagerie par résonance magnétique lombaire (figure2: a, b, c et d) a permis de préciser la topographie extradurale de la lésion, contiguë au ligamentum flavum, avec une paroi épaisse en hyposignal T1 et T2, et un contenu liquidien hétérogène en discret hyposignal T1 et de signal intermédiaire en T2, cette formation exerce un discret effet de masse sur le cordon médullaire en postérolatéral droit sans visualisation de signes de souffrance médullaire, l'IRM a confirmé les remaniements arthrosiques lombaires notamment de l'articulation interapophysaire droite.

Le diagnostic d'un kyste synovial lombaire intracanalair interapophysaire postérieur remanié à paroi calcifiée a été retenu, la patiente a été opérée, les suites opératoires étaient simples.

Discussion:-

Le kyste synovial rachidien est une entité pathologique rare, elle correspond au développement d'une formation kystique intrarachidienne para-articulaire adjacente aux articulations interapophysaires, Il a été décrit pour la première fois par Baker en 1885(1), leur prévalence est inconnue, Doyle et Merrilees ont signalé que leur fréquence atteignait 10% chez les patients souffrant de lombalgies ou de radiculopathies (2). La localisation lombaire est la

Corresponding Author:-Hind Boukhalit.

Address:-Faculty of Medicine and Pharmacy, Mohammed V University, Rabat.

Le siège de prédilection est Le niveau L4-L5, de pathogénèse mal élucidée, il serait dû à des phénomènes dégénératifs articulaires, la hernie de la capsule articulaire forme une cavité para-articulaire communiquant initialement avec l'interligne articulaire, elle se remplit de liquide synovial et constitue le kyste synovial, Ce kyste peut perdre la continuité avec l'interligne articulaire et évolue en kyste ganglionnaire (3).

Les kystes synoviaux sont généralement asymptomatiques, se manifestent par des sciatalgies peu intenses et peu calmés par le décubitus, elles sont d'installation progressive rarement brutale, pouvant évoluer vers le déficit moteur(4).

Le scanner permet d'évoquer le diagnostic devant la découverte d'une masse intracanalair au contact d'une articulation interapophysaire postérieure arthrosique, le kyste peut être de contenu habituellement liquidien, plus rarement hémorragique, calcique, ou aérique, la calcification isolée de la paroi facilite la mise en évidence du kyste, en rapport avec des dépôts pariétaux de calcium ou d'hémosidérine, la détection du kyste est difficile quand le kyste est hydrique et sans calcifications pariétales (5).

L'imagerie par résonance magnétique est plus sensible au diagnostic des kystes synoviaux, elle confirme le siège extradural de la lésion, la contiguïté de la lésion avec l'articulation postérieure est évocatrice du diagnostic, l'étude de l'intégrité des structures osseuses permet d'écarter un kyste péridural de Tarlov, un kyste arachnoïdien ou un neurinome à forme kystique, le kyste synovial est de signal différent selon sa nature, l'hyposignal T1 et T2 de la paroi des kystes est dû à sa nature fibroconjonctive, au dépôts de calcium ou d'hémosidérine, elle est facilement reconnaissable en pondération T2, cernée par l'hypersignal du liquide céphalorachidien, le contenu du kyste est souvent hydrique en hyposignal T1 et hypersignal T2, quand il est hémorragique il paraît en hypersignal T1, les zones calcifiées ou aériques paraissent en asignal (3, 6).

La mise en évidence de la continuité entre l'hypersignal du kyste et celui de l'interligne articulaire postérieur est très caractéristique.

Le traitement est fonction de la symptomatologie, avant tout il est médical, le traitement conservateur basé est sur des infiltrations périurales ou periradiculaires de corticoïdes au cours de l'arthrographie, le traitement chirurgical permet la résection complète du kyste ainsi que le traitement des lésions associées, il n'est indiquée qu'en cas d'échec du traitement médical (7).

Conclusion:-

Le kyste synovial intrarachidien est rare, siège le plus souvent au niveau de L4-L5, il doit être suspecté sur le scanner, l'IRM confirme le diagnostic en préopératoire et permet de choisir la modalité thérapeutique adéquate.

Conflits d'intérêts:-

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

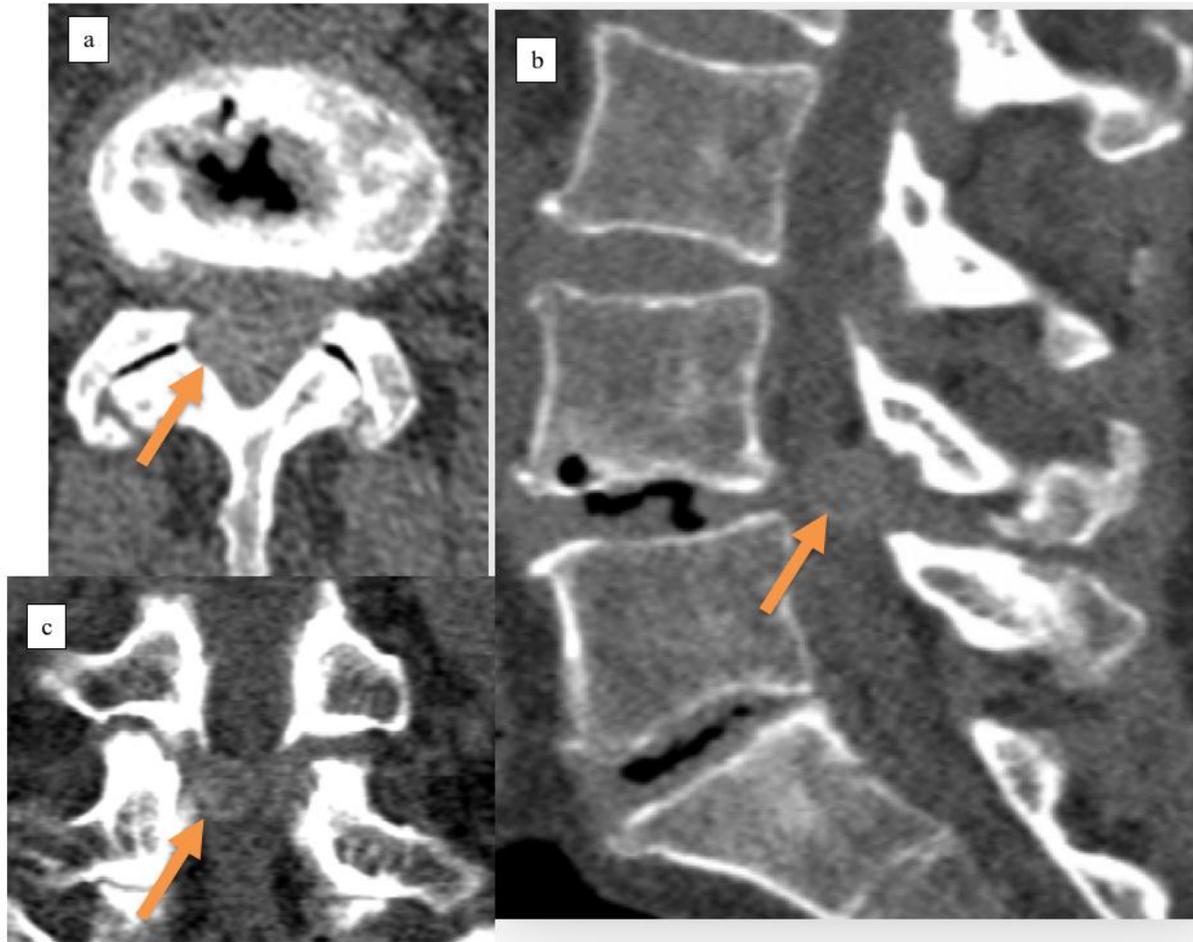
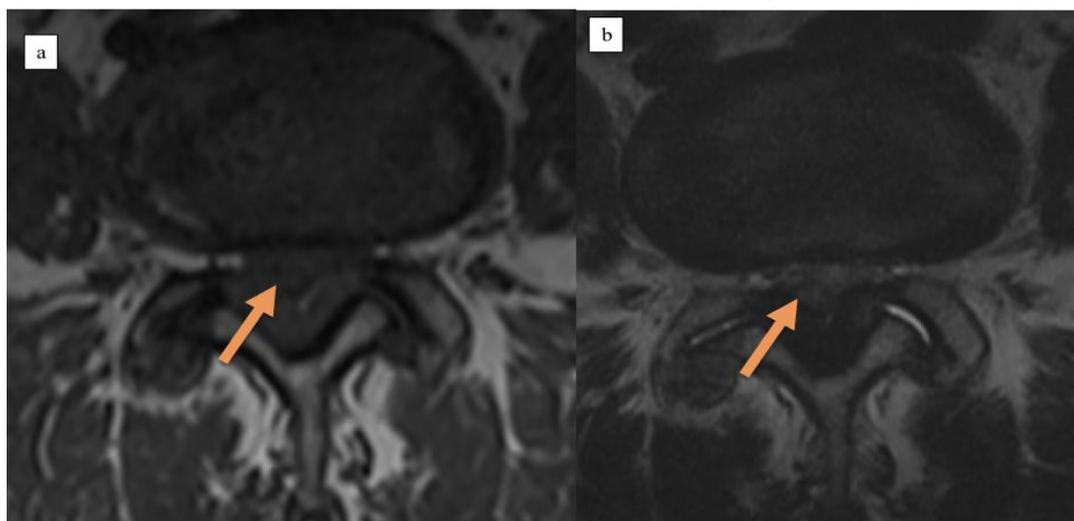


Figure 1(a ,b et c):-TDM du rachis lombaire sans injection de produit de contraste, en coupe axiale(a), reconstruction sagittale (b) et coronale (c) : structure intracanaulaire au niveau de L4-L5 adjacente aux articulations inter-apophysaires postérieures droites , pneumodiscarthrose et une arthrose zygapophysaire .



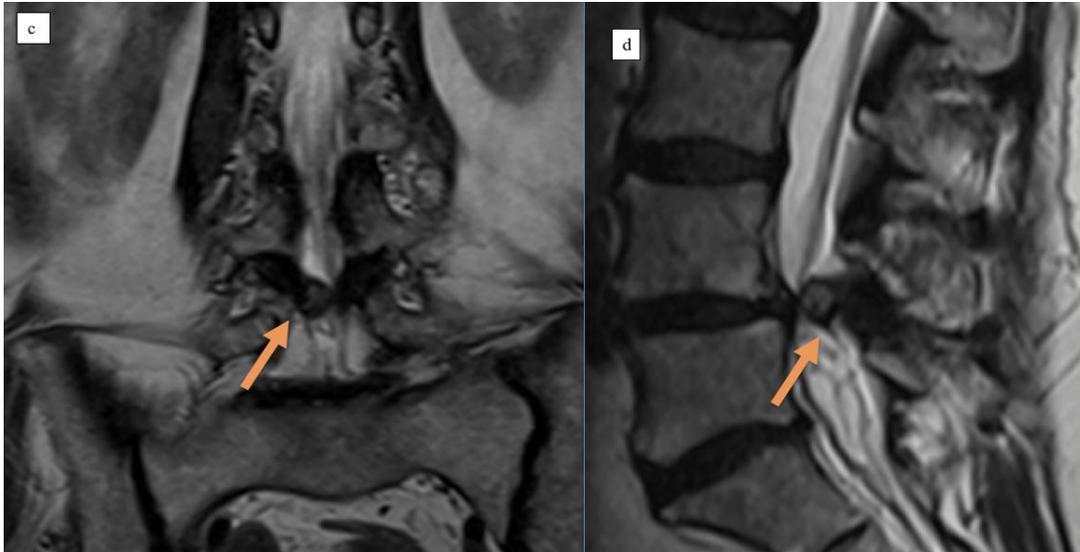


Figure 2:-IRM lombaire en séquence T1 axiale (a), T2 axiale (b) , T2 coronale (c), T2 sagittale : lésion intracanalraire L4/L5 extradurale contiguë à l'articulation zygapophysaire droite.

Références:-

1. Supe AC, Badole CM, Babhulkar S, Wandile KN. Spinal synovial cyst. J Mahatma Gandhi Inst Med Sci 2015; 20:82-4.
2. Khan AM, Girardi F. Spinal lumbar synovial cysts. Diagnosis and management challenge.
3. Eur Spine J 2006; 15:1176-82.
4. Moussa R, Najm R, Okais N, Samaha E, Rizk T, Nohra G. Les kystes synoviaux lombaires : Étude de six cas. J Med Liban 2006 ; 54 (3) : 156-160.
5. Paolini S, Ciapetta P, Santoro A, Ramieri A. Rapid symptomatic enlargement of a lumbar juxtafacet cyst. Spine 2002 ; 27 (11) : E281-E283.
6. Sauvage PJ, Grimault L , Ben Salem D, Roussin I, Huguenin MC , Falconnet M. Kystes synoviaux intraspinaux lombaires : imagerie et traitement par infiltration. J Radiol 2000; 81 : 33-38.
7. Supe AC, Badole CM, Babhulkar S, Wandile KN. Spinal synovial cyst. J Mahatma Gandhi Inst Med Sci 2015; 20:82-4.
8. Sandhu F, Santiago P, Fessler R, Palmer S. Minimally invasive surgical treatment of lumbar synovial cysts. Neurosurg 2004; 54: 107-12.