

LES « PSEUDO-TUMEURS » LORS DE L'EXAMEN CLINIQUE EN MUSCULOSQUELETTIQUE

Marie-Pier Bouchard, R4, Dre Junie Lecours, Dre Caroline S-Giguère

INTRODUCTION

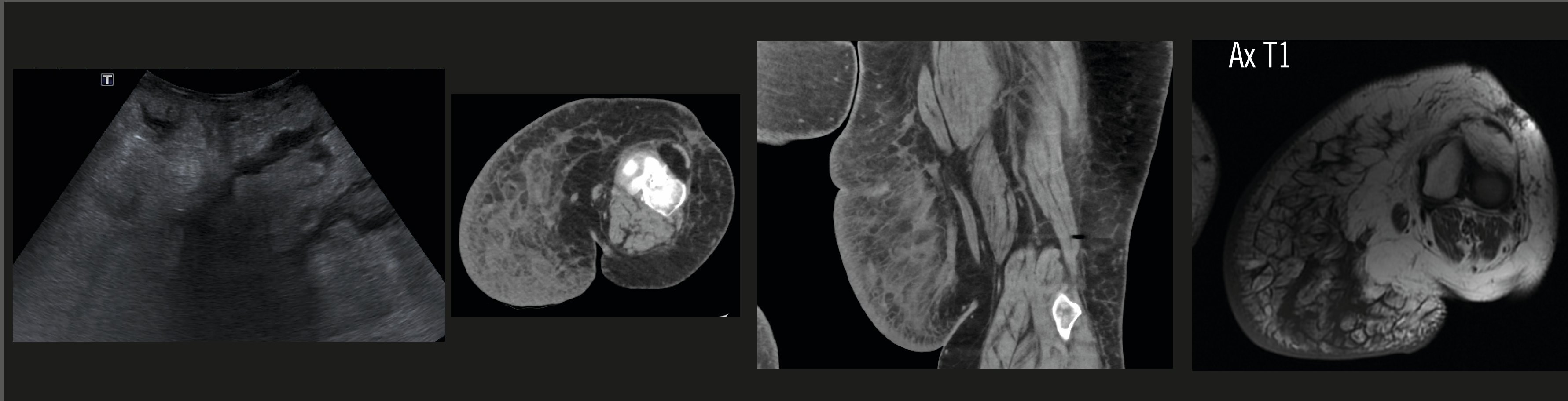
Le registre des tumeurs en musculo-squelettique est très large et de présentation très variable. Elles peuvent être insidieuses et causer très peu de symptôme ou encore être l'origine d'importante douleur et/ou masse palpable. À l'occasion, une suspicion de processus néoplasique peut être erronée face à ce genre de présentation. Il arrive parfois aux cliniciens de méprendre une « masse » péri-articulaire, musculaire ou des tissus mous, lors de l'examen physique, pour une lésion d'allure maligne/néoplasique, alors qu'il ne s'agit pas réellement d'une masse. Ainsi, le patient peut être exposé à de multiples investigations et un stress supplémentaire, une cause néoplasique étant suspectée. Voici quelques exemples de « pseudo lésions tumorales » à garder en tête.

CAS 1 : MASSE AU NIVEAU DE LA CUISSE

Jeune ♀, obésité morbide (IMC 56). Victime d'un important accident de voiture en 02/2016 nécessitant une chirurgie orthopédique par enclouage centromédullaire du fémur gauche. Au contrôle en 11/2016, elle se plaint d'une masse fluctuante à la face interne de la cuisse droite. L'orthopédiste décide initialement de suivre cette « masse » puis réévalue 1 mois plus tard. La patiente ne s'est pas présentée au suivi et elle n'a été revue qu'en 04/2017. La dite masse était en progression. Face à la suspicion d'une origine néoplasique, une échographie a été effectuée.

Masse visible cliniquement au versant interne de la cuisse droite. Au balayage échographique de cette région, aucune masse distinguable. Toutefois, proéminence de la graisse sous-cutanée avec œdème des tissus mous s'infiltrant entre les plans graisseux. L'examen demeure sous-optimal compte tenu du gabarit de la patiente.

Complément d'investigation par tomodynamométrie de la cuisse droite. Absence de masse sous-jacente avec un aspect proéminent de la graisse sous cutanée. Infiltration diffuse de la graisse et aspect cartoné/épaissi de la peau adjacente. Un diagnostic de lymphoedème localisé de l'obèse a été soulevé (aussi appelé pseudo-sarcome).



L'investigation a été complétée par IRM afin d'exclure hors de tout doute un processus néoplasique. Trouvailles qui corrélaient à celles de la TDM. Il n'y a pas d'atteinte des plans profonds, les structures musculaires sont épargnées. Absence de processus évolutif néoplasique. La patiente a été référée à l'équipe de chirurgie plastique et bariatrique.

Le Lymphoedème localisé de l'obèse : Le lymphoedème massif localisé de l'obèse, aussi appelé pseudo-sarcome, se caractérise par un œdème et aspect fibrotique des tissus sous-cutanés. L'appellation de pseudo-sarcome vient du fait que l'apparence et la grande taille peut être très similaire à un liposarcome. Les patients ont tendance à consulter lorsque la masse devient ulcérée ou limitante pour les activités de la vie quotidienne. La résection est indiquée, parfois nécessitant une perte de poids. La récurrence est toutefois fréquente, mais le pronostic généralement bon. Selon la littérature, seulement quelques rares cas ont été reportés avec transformation en angiosarcome cutané.

CAS 2 : MASSE SUPRA-POPLITÉE

♂, 40 ans, consulte pour masse supra-poplitée du genou droit. Une échographie est demandée puisque la masse est de localisation inhabituelle pour un kyste de Baker. Le radiologue constate cliniquement une voussure en position debout lors de la contraction des ischio-jambiers avec nette asymétrie de la droite par rapport à la gauche.

L'évaluation échographique de cette région ne met pas en évidence de kyste de Baker ni de masse suspecte dans les tissus mous. À l'échographie dynamique avec contraction des ischio-jambiers, il y a apparition d'une déformation en marche d'escalier au sein du muscle semi-membraneux distal, ce qui correspond à la « masse » palpée. Cette anomalie n'est pas démontrée du côté gauche. Une hernie musculaire avec défaut aponévrotique était fortement suspectée. Une cause traumatique ou un foyer d'hypertrophie focale ne pouvait être éliminée avec certitude. Une IRM a donc été effectuée en complément.

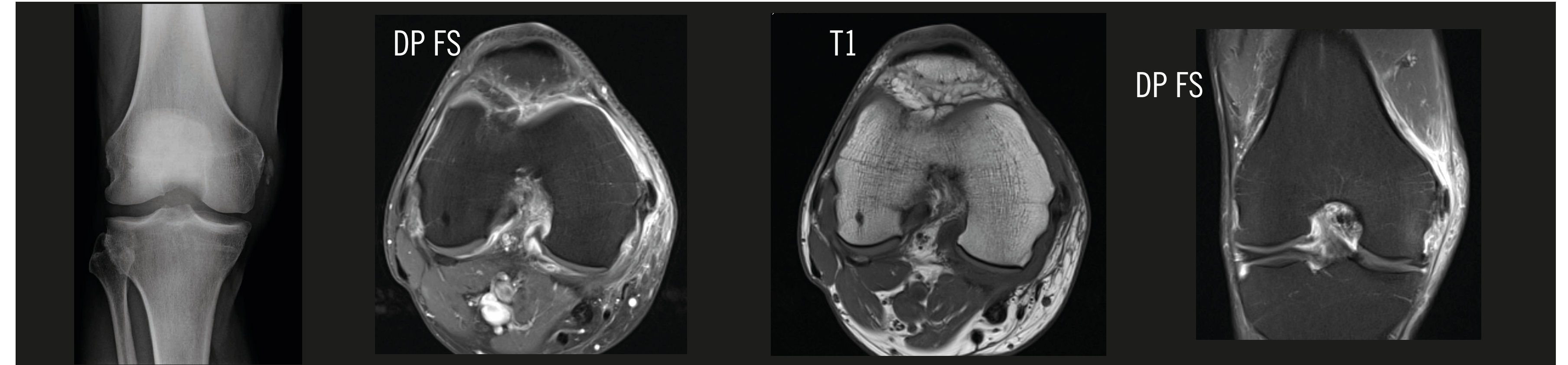
L'IRM a également été effectuée en position neutre et en contraction, démontrant une faible quantité de graisse sous-cutanée superficiellement aux muscles semi-membraneux et semi-tendineux sans toutefois identifier de défaut aponévrotique franc, lors de la contraction musculaire. Absence de masse suspecte. Diagnostic d'une hernie musculaire impliquant le muscle semi-membraneux principalement.



Hernie musculaire : Défaut focal du fascia musculaire (myo-fascial) avec protrusion musculaire via ce défaut. Implique plus fréquemment les membres inférieurs, soit le muscle tibial antérieur. Implique plus fréquemment les membres inférieurs, notamment le muscle tibial antérieur. Typiquement, le patient est asymptomatique mais peut se présenter avec des crampes ou une masse palpable. Un bon indice diagnostique est lorsque la masse n'est pas palpée au repos, mais uniquement en contraction.

CAS 3 : MASSE AU GENOU

♂, 68 ans, se présente pour masse et douleur versant médial du genou droit. À la radiographie, pas de masse / anomalie significative sauf pour de discrets changements dégénératifs et une calcification de 2 cm au niveau du ligament collatéral interne. Compte tenu d'une suspicion clinique d'une lésion néoplasique sous-jacente, une imagerie par résonance magnétique a été effectuée.



À l'IRM, foyer ovalaire bien défini en hypo signal dans toutes les pondérations au niveau du ligament collatéral interne proximal. Cette calcification correspond à celle visible à la radiographie. Il y a également hyper signal marqué sur les pondérations T2 dans le muscle vaste interne et les tissus mous adjacents principalement postérieurs. L'épicentre de l'œdème des tissus mous est au niveau de la calcification. Rehaussement linéaire non nodulaire après injection de gadolinium, et sans masse suspecte. À l'IRM, il est difficile d'éliminer une lésion traumatique compte tenu de l'important œdème mais il n'y a pas de lésion néoplasique suspecte. Ainsi, le diagnostic le plus probable est celui d'une atteinte inflammatoire sur résorption d'un dépôt calcaire à hydroxyapatite au niveau du ligament collatéral interne.

L'atteinte micro cristalline à HA du cas 3 et 4 : Les cristaux d'hydroxyapatite (HA), reconnus pour la première fois en 1966, sont responsables de tendinopathies. Le mécanisme d'atteinte tendineuse et bursale demeure relativement inconnu. Ces arthropathies peuvent avoir différentes présentations cliniques, ayant parfois une évolution complexe entraînant d'importante douleur. Leur détection ouvre sur le diagnostic adéquat. La grande variabilité de l'évolution pathophysiologique de ces atteintes à HA demeure un défi tant au diagnostic clinique que radiologique.

L'atteinte à HA est retrouvée chez les patients d'âge moyen. Ces derniers peuvent être asymptomatiques malgré la présence de dépôts ou peuvent se présenter avec masse, douleur ou œdème articulaire important. Ainsi, le patient développe ces symptômes lorsque les dépôts se résorbent, ceci créant une réponse inflammatoire. L'atteinte est bien connue au niveau de l'épaule, avec comme complication un syndrome de Milwaukee, où les cristaux se déposent en intra-articulaire et entraîne une destruction de l'articulation lors de la résorption. Tel que présenté précédemment, d'autres articulations peuvent être touchées.

Le traitement demeure conservateur dans la majorité des cas avec prise de médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), chaleur locale et physiothérapie au besoin. Des infiltrations intra-articulaires de corticostéroïdes peuvent être nécessaires. Lors de cas réfractaires, il peut y avoir extraction chirurgicale des cristaux. En cas d'accrochage sous-acromial, un lavage percutané peut-être réalisé sous guidance échographique.

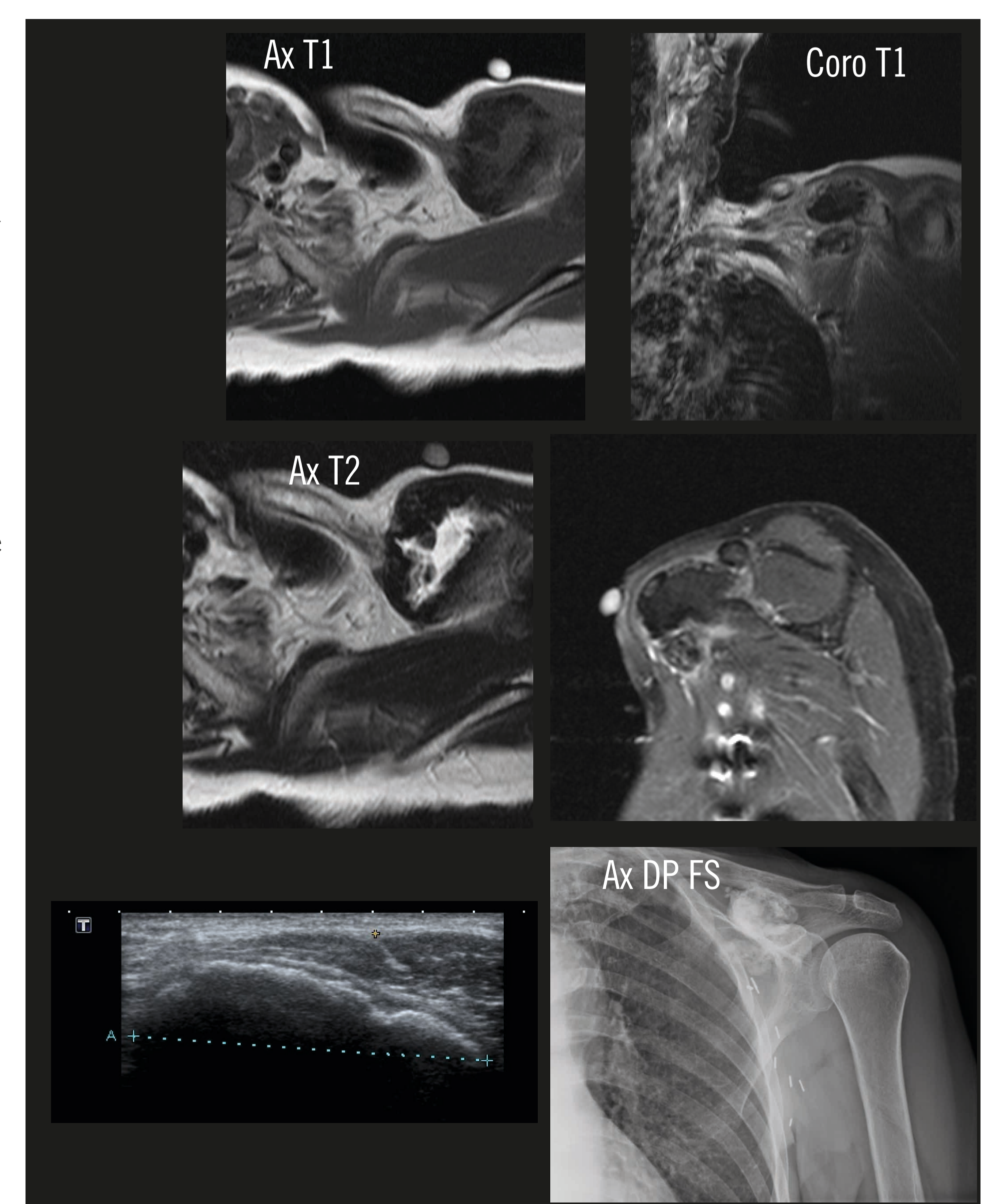
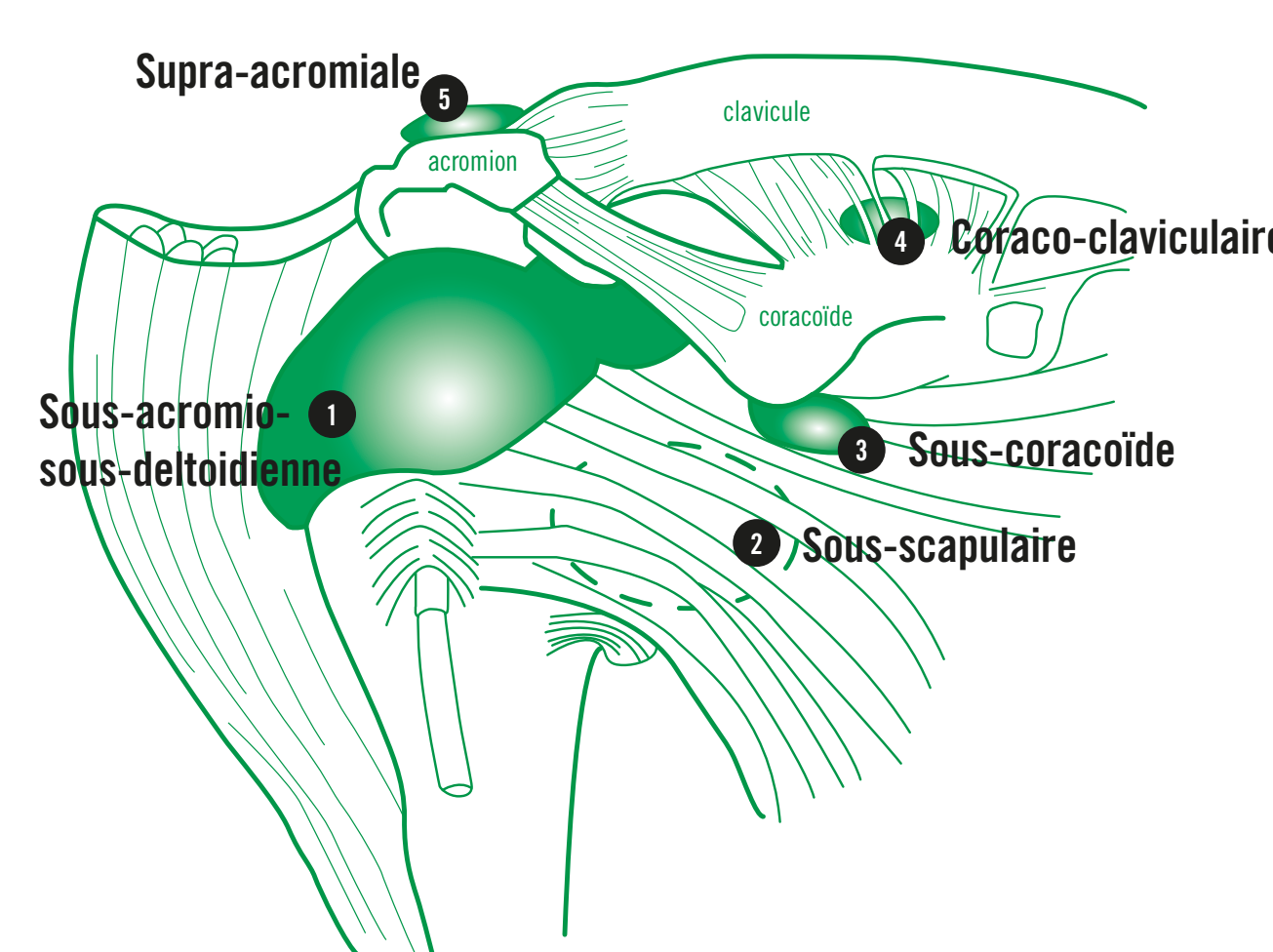
CAS 4 : MASSE SOUS-CLAVICULAIRE GAUCHE

♀, 73 ans, connue pour néoplasie du sein, se présentant pour une masse sous claviculaire gauche. Compte tenu des antécédents de la patiente, une lésion néoplasique (métastase ganglionnaire) sous-jacente était suspectée. Une IRM a donc été effectuée pour une meilleure évaluation des tissus mous. L'IRM démontre une lésion bilobée entre le processus coracoïde et le rebord antérieur de la clavicule. Le chef antérieur du muscle deltoïde est soulevé sans être envahi par cette lésion.

Centralement, cette lésion est de signal intermédiaire en pondération T1 et hyper signal en pondération T2, correspondant à du liquide et comporte des contours mal définis correspondant à des calcifications sur une TDM disponible. Celle-ci se situe en lieu et place de la bourse coraco-claviculaire. Il n'y a pas de masse suspecte ou de rehaussement nodulaire anormal.

L'échographie et la radiographie confirme une structure calcifiée de localisation coraco-claviculaire compatible avec une bursopathie calcifiante coraco-claviculaire.

Voici les différentes bourses se retrouvant dans l'épaule :



CONCLUSION

Cette affiche vise à mettre l'emphase sur l'importance pour un radiologue de connaître les différentes pathologies et variantes en imagerie musculo-squelettique pouvant entraîner un effet de masse significatif cliniquement. Le fait de connaître ces entités non néoplasiques permet d'orienter le clinicien dans l'investigation de la masse et ainsi éviter des examens et un stress inutiles pour le patient.

RÉFÉRENCES

1. Pseudosarcoma: Massive Localized Lymphedema of the Morbidly Obese, P. Goshtasby, J. Dawson & N. Agarwal, Department of general and trauma surgery, York Hospital, PA, Obesity surgery, 16, 2006
2. Imaging of bursae around the shoulder joint, N. J. Bureau, R. G. Dussault & T. E. Keats, International Skeletal Society 1996, présenté au congrès annuel de la CAR juin 1995
3. Radiographic Evaluation of Arthritic Inflammatory Conditions, J. A. Jacobson, G. Girish, Y. Jiang & D. Resnick, Radiology, Vol 248, août 2008