

Cas clinique

# La fasciite nodulaire : à propos d'un cas et revue de la littérature

## *Nodular fasciitis: Case report and review of the literature*

P. Dijoux<sup>a</sup>, L. Mesturoux<sup>b</sup>, A. Charissoux<sup>b</sup>, I. Pommepuy<sup>b</sup>, B. Layre<sup>c</sup>, P.-S. Marcheix<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup>Service d'orthopédie-traumatologie, hôpital universitaire de Limoges, 2, avenue Martin-Luther-King, 87000 Limoges, France

<sup>b</sup>Service d'anatomopathologie, hôpital universitaire de Limoges, 2, avenue Martin-Luther-King, 87000 Limoges, France

<sup>c</sup>Service de radiologie, hôpital universitaire de Limoges, 2, avenue Martin-Luther-King, 87000 Limoges, France

Reçu le 14 mai 2013 ; reçu sous la forme révisée le 26 juillet 2013 ; accepté le 29 juillet 2013

Disponible sur Internet le 19 août 2013

### Résumé

Parmi les tumeurs des tissus mous, la fasciite nodulaire (FN) est un processus tumoral relativement fréquent dans les 30 premières années de vie. La FN est une lésion bénigne à prolifération rapide de cellules myofibroblastiques, qui se développe aux dépens d'un fascia musculaire au sein du tissu sous-cutané. Les localisations habituelles sont le tronc et le membre supérieur. La difficulté du diagnostic réside dans l'élimination des nombreux diagnostics différentiels et surtout dans l'affirmation du caractère bénin de la lésion. D'un point de vue clinique, l'évolution rapide de la FN (de quelques jours à quelques semaines) doit faire craindre un processus malin. Cette lésion bénigne qui ne récidive pas (même en cas d'exérèse incomplète) et peut régresser spontanément. Nous rapportons dans cette observation une localisation de cette tumeur au niveau de la fosse cubitale, confirmée par un examen anatomopathologique.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Fasciite nodulaire ; Coude ; Tumeur ; Anatomopathologie ; Pseudosarcome fibromateux

### Abstract

Among soft tissue tumors, nodular fasciitis is a relatively common tumor process, which occurs in the 30 first years of life. Nodular fasciitis is a benign tumor with a rapid proliferation of myofibroblastic cells, which develops at the expense of a muscular fascia in the subcutaneous tissue. Usual localizations are the trunk and upper limbs. Difficulty of diagnosis consists in the need to eliminate many differential diagnoses especially malignant tumor processes. From a clinical point of view, the rapid development of nodular fasciitis (from some days to some weeks) must fear a malignant process. This benign lesion, which does not recur (even if incomplete resection), may regress spontaneously. We report such a tumor located at the cubital fossa confirmed by a pathological examination.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Keywords:** Nodular fasciitis; Elbow; Tumor; Pathology; Pseudosarcomatous fibromatosis

## 1. Introduction

La fasciite nodulaire (FN) est une lésion bénigne à prolifération rapide de cellules myofibroblastiques, qui se développe aux dépens d'un fascia musculaire au sein du tissu sous-cutané [1–4]. Les localisations habituelles sont le tronc (48 %) et le membre supérieur (20 %) [1,3–5]. Plusieurs auteurs ont rapporté des cas de cette tumeur au niveau de la main

[3,4,6], mais des localisations inhabituelles ont été décrites [7–10].

Nous rapportons dans cette observation une localisation de cette tumeur au niveau de la fosse cubitale (pli du coude), qui nous a posé un problème diagnostique clinique et radiologique.

## 2. Observation clinique

Il s'agissait d'un jeune patient âgé de 33 ans, manutentionnaire, droitier. L'anamnèse ne mentionnait pas de traumatisme au niveau de la fosse cubitale, mais des dermabrasions

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [psmarcheix@orange.fr](mailto:psmarcheix@orange.fr) (P.S. Marcheix).

multiples des mains dans le cadre de son travail de décartonnage, et des plaies multiples sur les mains en relation avec la présence d'un chat domestique.

Le patient avait noté l'apparition d'une masse évoluant depuis environ trois mois à la face antérieure du coude droit. Le patient avait alors été adressé au CHU pour une prise en charge spécialisée.

L'examen clinique montrait une masse non douloureuse, ferme, mobile par rapport au plan superficiel, mais adhérent au plan profond, estimée à  $20 \times 20 \times 20$  mm. Les amplitudes articulaires du coude droit étaient conservées. Il n'y avait pas d'adénopathie au plan locorégional, le patient était apyrétique. Il n'y avait aucun signe inflammatoire biologique (leucocytémie à 5,8 G/dL et CRP à 2 mg/L).

Le bilan radiologique simple ne montrait aucune lésion osseuse sous-jacente. L'échographie était en faveur d'une

tumeur vascularisée pouvant faire évoquer une adénopathie nécrotique.

Le dossier du patient a été présenté en réunion de concertation multidisciplinaire (tumeurs osseuses et sarcomes). Un sérodiagnostic de la lymphogranulomatose bénigne d'inoculation s'est avéré négatif. L'IRM mettait en évidence un syndrome de masse tissulaire nodulaire ( $16 \times 14 \times 19$  mm), bien délimité, développé aux dépens de la lame tendineuse du biceps brachial. Ce syndrome de masse se présentait sous la forme d'un isosignal T1, d'un hypersignal T2, nettement rehaussé par le produit de contraste. (Fig. 1 a–c).

Une biopsie échoguidée, au pistolet automatique 16 G, a été réalisée. L'analyse bactériologique s'est avérée être négative. L'examen anatomopathologique concluait à une probable FN.

Une exérèse chirurgicale a été réalisée, mettant en évidence une tumeur richement vascularisée au contact du tendon du muscle biceps brachial et de son expansion aponévrotique (Fig. 2). L'examen macroscopique montrait une lésion blanchâtre, homogène, indurée, non encapsulée et mal limitée, mesurant  $1,9 \times 1,5 \times 1,5$  cm (Fig. 3). L'analyse histologique montrait une prolifération cellulaire d'architecture nodulaire, s'étendant dans le tissu fibro-adipeux adjacent. Les cellules étaient fusiformes, d'allure myofibroblastique, séparée par une substance myxoïde (Fig. 4). Dans les zones les plus mitotiques, trois mitoses pour dix champs à fort grossissement étaient comptées, sans mitose atypique. Il existait un discret infiltrat inflammatoire lymphocytaire, et de nombreux petits vaisseaux. Il n'y avait pas de nécrose. L'examen anatomopathologique confirmait le caractère complet de l'exérèse. Ainsi, le diagnostic retenu était celui de FN.

À six mois, le patient avait recouvré une flexion-extension complète et indolore du coude. La cicatrice opératoire n'était

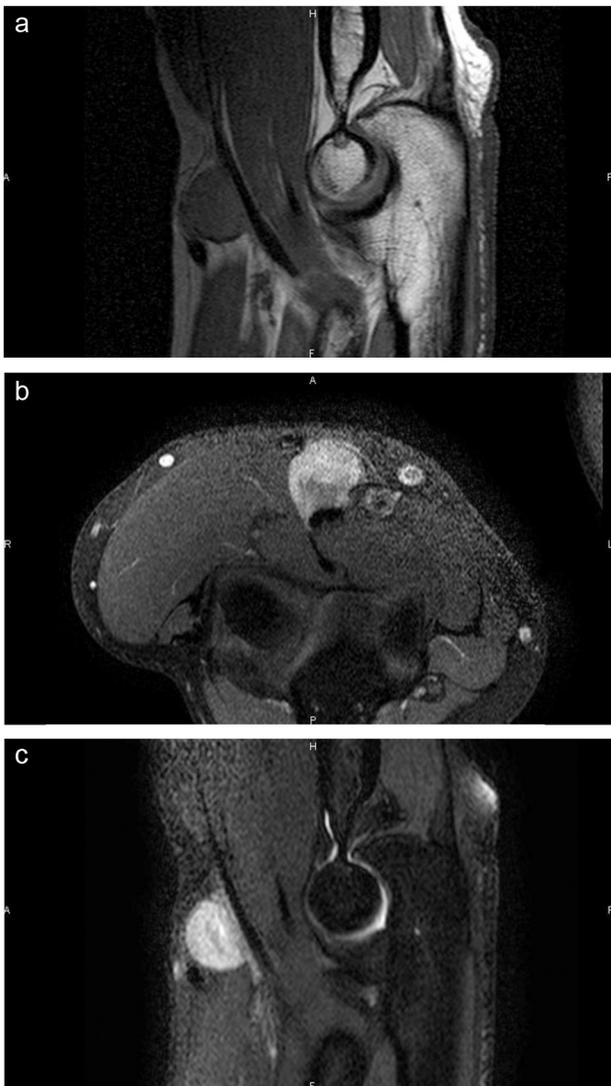


Fig. 1. a–c : aspect IRM. Syndrome de masse tissulaire nodulaire ( $16 \times 14 \times 19$  mm), bien délimité, développé au dépend de la lame aponévrotique du biceps brachial. Isosignal T1, hypersignal T2, net rehaussement par le produit de contraste. Aspect en T1 sur une coupe sagittale (a). Aspect en T1 avec gadolinium et suppression de graisse sur une coupe transversale. Aspect en T2 avec suppression de graisse sur une coupe sagittale (c).



Fig. 2. Aspect peropératoire du nodule (flèche) sous-cutané et adhérent au fascia musculaire.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4048842>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4048842>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)