

# Tumeurs et pseudo-tumeurs des tissus mous de la région pied-cheville

V Bousson, B Hamzé, M Wybier, E Daguet, C Parlier, D Petrover, P Bossard et JD Laredo

## Abstract

Soft tissue tumors and pseudotumors of the foot and ankle  
J Radiol 2008;89:21-34

Soft tissue masses around the foot and ankle are frequent. While benign lesions are two times more frequent than malignant lesions, the latter still represent one third of all lesions.

The main purpose of this article is to propose a systematic approach to the differential diagnosis of soft tissue tumors of the foot and ankle based on a combination of 5 elements: clinical history and physical examination, top 10 most frequent diagnoses, patient age, lesion location, and MRI features of the mass. Selected soft tissue tumors will be described and illustrated with emphasis on these 5 elements.

**Key words:** Tumor. Pseudotumor. Foot. Ankle. MRI.

## Résumé

Les masses des tissus mous de la région pied-cheville sont fréquentes. Les étiologies bénignes sont deux fois plus fréquentes que les étiologies malignes mais ces dernières constituent tout de même un tiers des diagnostics.

L'objectif principal de cet exposé est de proposer une approche systématique du diagnostic étiologique d'une masse des tissus mous de la région pied-cheville. Cette approche est basée sur cinq points : l'histoire et l'examen cliniques, le top 10 des étiologies, l'âge du patient, la localisation de la masse, l'aspect IRM de la masse. Dans un second temps, plusieurs étiologies seront décrites et illustrées, en mettant l'accent sur ces cinq points.

**Mots-clés :** Tumeur. Pseudo-tumeur. Pied. Cheville. IRM.

Les masses des tissus mous de la région pied-cheville sont fréquentes. Tous âges confondus, elles sont malignes une fois sur trois (32 %) et bénignes deux fois sur trois (68 %) (1).

Leur révélation est souvent précoce, pour plusieurs raisons :

Elles sont facilement palpables à travers la fine épaisseur de graisse et de muscles.

Les lésions proches des tendons sont responsables de douleurs et d'inconfort, par interférence avec la fonction tendineuse.

Les lésions proches de structures nerveuses entraînent un syndrome de compression canalaire, responsable de douleurs et de paresthésies.

Ces symptômes peuvent révéler des lésions de petite taille dont l'excision peut être complète. Les lésions bénignes sont certes deux fois plus fréquentes que les lésions malignes, mais manquer un diagnostic de malignité (une masse sur trois) expose à des conséquences dramatiques. En pratique, le radiologue doit reconnaître un certain nombre d'images spécifiques et savoir orienter le patient pour une biopsie en milieu spécialisé si les images ne sont pas spécifiques.

Cet exposé propose une approche systématique pour analyser une masse des tis-

sus mous de la région pied-cheville. Dans un second temps, plusieurs étiologies seront décrites.

## Plan d'analyse

### Les éléments d'une approche systématique

Nous n'avons considéré que les points suivants pour approcher le diagnostic :

- l'histoire et l'examen cliniques ;
- le top 10 des étiologies ;
- l'âge du patient ;
- le compartiment anatomique intéressé ;
- l'aspect IRM de la masse.

Bien que les radiographies n'entrent pas dans nos critères, elles doivent être réalisées systématiquement. La majorité des masses ne sont pas visibles sur les radiographies, sauf si elles sont grosses. Cependant, certains éléments sont suggestifs, comme les phlébolithes d'une malformation veineuse, l'hyperclarté graisseuse d'une masse lipomateuse, les calcifications intralésionnelles d'un synoviosarcome ou d'un léiomyome. Une extension osseuse indique un processus agressif, qu'il soit malin ou bénin.

### Histoire et examen cliniques

L'étape de l'interrogatoire ne doit pas être négligée. Les éléments à noter sont :

- les antécédents : diabète (infection), neurofibromatose (neurofibromes), poly-

arthrite rhumatoïde (nodules rhumatoïdes), hyperlipidémie familiale (xanthome), mélanome malin (métastases).

- le temps d'évolution de l'affection :
  - une masse qui augmente progressivement de volume est évocatrice de malignité, y compris si cette évolution se fait sur plusieurs années (synoviosarcome, par exemple).
  - une masse qui se constitue en quelques semaines évoque davantage un processus infectieux ou inflammatoire que tumoral.
- le mode de présentation : une masse douloureuse témoigne de l'existence d'un processus inflammatoire.
- le caractère unique ou multiple de la lésion :
  - une tumeur des tissus mous est généralement unique ;
  - plusieurs affections peuvent donner des masses multiples : lipomes multiples, neurofibrome (neurofibromatose de type 1), nodules rhumatoïdes, fibromatose plantaire, xanthomes.

### Le top 10 des étiologies

Nous proposons une gamme des 10 diagnostics les plus fréquents chez l'adulte : sept pseudo-tumeurs et tumeurs bénignes puis trois tumeurs malignes. Cette gamme est basée sur les résultats histologiques de trois séries de la littérature :

- une analyse rétrospective de 39 179 masses des tissus mous observées à l'Armed Forces Institute of Pathology (AFIP) sur

une période de 10 ans (1/1/80-31/12/89) (1), avec pour la région pied-cheville, 1 118 tumeurs bénignes et 568 tumeurs malignes.

- une analyse rétrospective de 20 980 excrèses d'une masse des tissus mous de la région pied-cheville dans un département spécialisé dans la chirurgie du pied et de la cheville (2).

- une analyse rétrospective de 71 biopsies d'une masse des tissus mous de la région pied-cheville (3).

**Les sept pseudo-tumeurs et tumeurs bénignes les plus fréquentes sont :** le névrome de Morton, les kystes mucoïdes et les bursopathies mécaniques, la fibromatose plantaire, le lipome, les malformations vasculaires à flux lent (« hémangiome »), les schwannomes et neurofibromes, la tumeur à cellules géantes des gaines tendineuses.

Autres affections bénignes fréquentes : les nodules rhumatoïdes, les tophus goutteux, les xanthomes, les kystes épidermoïdes, les fasciites et ruptures du fascia plantaire. Les tendinoses, qui se présentent souvent comme une masse des tissus mous de la région pied-cheville ne figurent pas dans cette gamme établie à partir de séries chirurgicales ou biopsiques (1-3).

**Les trois tumeurs malignes les plus fréquentes sont :** l'histiocytome fibreux malin (cf. p. 32), le synoviosarcome, le sarcome à cellules claires.

Autres affections malignes : léiomyosarcome, fibrosarcome, liposarcome.

### Âge

Ce top 10 est à moduler en fonction de l'âge du sujet. L'âge est un critère majeur de notre approche diagnostique. La fréquence des lésions malignes augmente

avec l'âge. Dans la région pied-cheville, les lésions malignes représentent (1) :

- jusqu'à 55 ans : moins d'un tiers des masses ;
- entre 56 et 75 ans : entre un tiers et deux tiers des masses ;
- après 76 ans : deux tiers des masses ;

La nature des tumeurs malignes varie avec l'âge (1) :

- jusqu'à 55 ans ;

Les trois tumeurs malignes les plus fréquentes sont : le synoviosarcome (d'autant plus représenté que les sujets sont jeunes), le sarcome à cellules claires, l'histiocytome fibreux malin (cf. p. 32).

- à partir de 56 ans ;

Les trois tumeurs malignes les plus fréquentes sont : l'histiocytome fibreux malin (cf. p. 32), le léiomyosarcome, le sarcome de Kaposi (tumeur cutanée observée dans le cadre de transplantation d'organe, hémopathies et SIDA).

La nature des lésions bénignes est, en revanche, peu dépendante de l'âge.

### Compartiment anatomique intéressé

Certaines lésions ont une prédilection pour un compartiment anatomique donné, de sorte qu'il est possible cliniquement d'évoquer des diagnostics en fonction du siège anatomique.

- **compartiment postérieur de la cheville** (4)

- pathologies du tendon calcanéen (*fig. 1 et 2*) : tendinose et déchirure (*fig. 1*), xanthome, nodules rhumatoïdes ;

- bursite rétro-calcanéenne et rétro-achilléenne (*fig. 1*) ;

- Ténosynovite du fléchisseur long de l'hallux et des orteils ;

- muscle soléaire accessoire.

- **canal tarsien** (4-6)

- tendinose des fléchisseurs (*fig. 3*) ;

- kyste mucoïde (2) (*fig. 4*) ;

- tumeur neurogène ;

- varices ;

- hypertrophie synoviale de la sous-talienne postérieure (*fig. 5*) ;

- tissu cicatriciel ;

- muscle accessoire ou hypertrophié.

- **dos du pied**

- kystes mucoïdes ;

- tendinose du tibial antérieur ou des extenseurs (*fig. 6*) ;

- tophus goutteux ;

- **plante du pied** (4)

- pathologie du fascia plantaire superficiel (*fig. 7, 8 et 9*) : fasciite plantaire et rupture du fascia plantaire superficiel (*fig. 7 et 8*), fibromatose plantaire (*fig. 9*), xanthome du fascia plantaire superficiel ;

- lipome (*fig. 10*) ;

- bursite infracalcanéenne ;

- nodule rhumatoïde ;

- tophus goutteux.

- **avant-pied et région métatarsienne** (7)

- névrome de Morton (*fig. 11*) ;

- bursite inter et sous métatarsienne (*fig. 12*) ;

- tophus goutteux ;

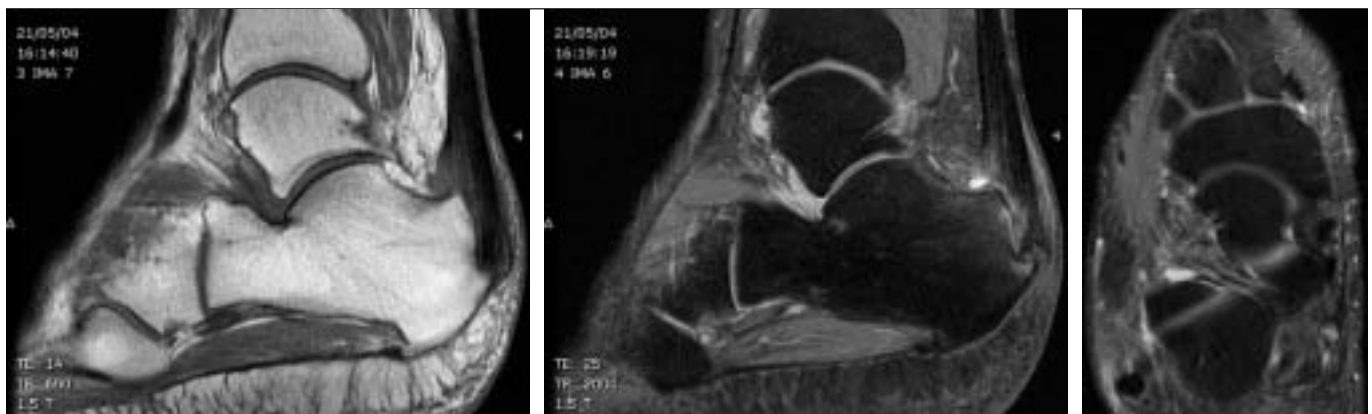
- kyste épidermoïde ;

- tumeur à cellules géantes des gaines tendineuses (*fig. 13*).

### Imagerie IRM

#### Diagnosics spécifiques

La majorité des tumeurs et pseudo-tumeurs des tissus mous possèdent un signal faible à intermédiaire en T1, et élevé



a | b | c

**Fig. 1 :** Enthésopathie calcanéenne avec désinsertion partielle : le tendon est épaissi et son signal est anormalement élevé en T2. Il existe une bursite rétro-calcanéenne (flèche) et un œdème du calcaneus.

a IRM séquence sagittale T1.

b IRM séquence sagittale rho avec saturation du signal de la graisse.

c IRM séquence axiale rho avec saturation du signal de la graisse.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4235938>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4235938>

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