



LETTRE / *Génito-urinaire*

## Myélolipome rétropéritonéal extra-surrénalien : aspects en TDM et en IRM<sup>☆</sup>

N. Butori<sup>a,\*</sup>, F. Guy<sup>a</sup>, F. Collin<sup>b</sup>, C. Benet<sup>b</sup>,  
S. Causeret<sup>c</sup>, N. Isambert<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Service d'imagerie médicale, centre George-François-Leclerc, 1, rue Pr.-Marion, BP 77980, 21079 Dijon cedex, France

<sup>b</sup> Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques, centre George-François-Leclerc, 1, rue Pr.-Marion, BP 77980, 21079 Dijon cedex, France

<sup>c</sup> Département de chirurgie, centre George-François-Leclerc, 1, rue Pr.-Marion, BP 77980, 21079 Dijon cedex, France

<sup>d</sup> Service d'oncologie médicale, centre George-François-Leclerc, 1, rue Pr.-Marion, BP 77980, 21079 Dijon cedex, France

### MOTS CLÉS

Myélolipome ;  
Tumeurs graisseuses ;  
Imagerie par  
résonance  
magnétique ;  
Cytogénétique

Le myélolipome est une lésion bénigne, rare, souvent découverte fortuitement à l'occasion d'un examen tomодensitométrique (TDM) abdominal. Il siège classiquement dans la surrénale et se reconnaît facilement grâce à son contingent adipocytaire [1]. Les formes extra-surréaliennes sont exceptionnelles et source de difficultés diagnostiques, y compris sur le plan anatomopathologique. Nous rapportons ici le cas d'un patient ayant un myélolipome rétropéritonéal extra-surrénalien dont la présentation était très semblable à celle d'un liposarcome bien différencié. Cette observation est l'occasion de rappeler les caractéristiques des tumeurs graisseuses rétropéritonéales en imagerie et de souligner le rôle majeur de l'identification des anomalies cytogénétiques et moléculaires dans leur caractérisation.

### Observation

Un homme de 55 ans, sans antécédent notable hormis des troubles de l'humeur et du comportement, était hospitalisé dans le service de dermatologie pour la prise en charge d'un exanthème du membre inférieur gauche évoluant depuis plusieurs mois. Il n'avait aucune plainte somatique en dehors d'un prurit associé à son éruption cutanée.

DOI de l'article original : [10.1016/j.diii.2011.12.010](https://doi.org/10.1016/j.diii.2011.12.010).

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Diagnostic and Interventional Imaging*, en utilisant le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [butori.noemie@gmail.com](mailto:butori.noemie@gmail.com) (N. Butori).

Une échographie abdominale, réalisée pour rechercher la cause de l'exanthème, révélait la présence d'une masse hyperéchogène sous le rein droit. Un examen TDM abdominal permettait de confirmer qu'il s'agissait d'une volumineuse masse rétropéritonéale droite, bien limitée, de 10 cm de grand axe, de densité grasseuse prédominante, avec un second contingent tissulaire, prenant la forme de nappes mal limitées et rehaussées après injection intraveineuse de produit de contraste iodé (Fig. 1). Les reins et les surrénales étaient normaux. Le diagnostic de tumeur maligne rétropéritonéale, de type liposarcome bien différencié était évoqué. Plusieurs prélèvements par microbiopsies percutanées sous guidage TDM étaient réalisés pour le confirmer.

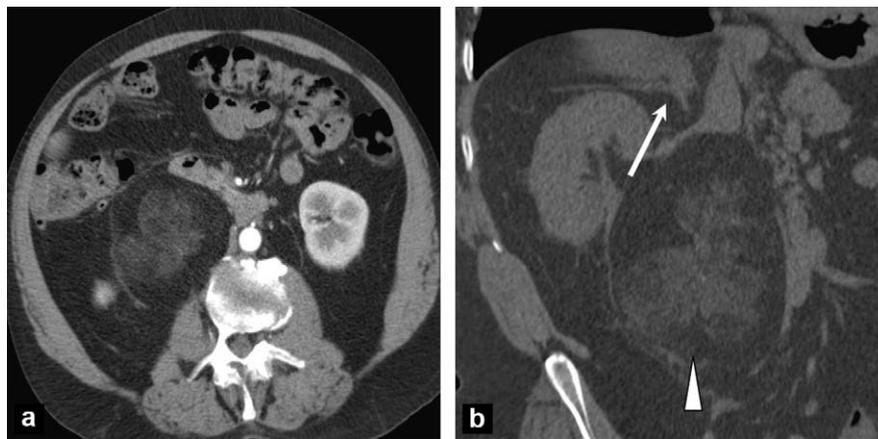
L'analyse histologique révélait une lésion formée d'adipocytes matures et de septa fibreux, remaniés par de l'œdème et des cellules inflammatoires polymorphes. Il n'y avait pas d'atypie cellulaire, et l'étude immunohistochimique avec les anticorps anti-MDM2 et anti-CDK4 était négative. Ainsi, en l'absence des caractéristiques histologiques et phénotypiques de liposarcome, l'hypothèse d'un

lipome simple était privilégiée, sous réserve de la faible quantité de matériel tissulaire analysé et des caractéristiques radiologiques plutôt en faveur d'une lésion maligne.

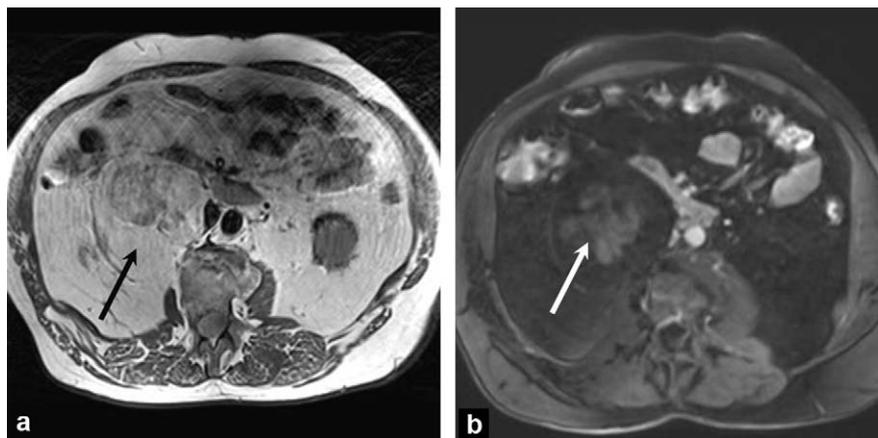
Devant cette discordance anatomoradiologique, une IRM abdominale était effectuée. Elle n'apportait pas de nouvel élément sémiologique mais confirmait la coexistence d'un contingent grasseux et d'un autre contingent tissulaire, sous forme de plages, ayant un rehaussement modéré, renforçant l'hypothèse d'une lésion grasseuse maligne (Fig. 2).

En l'absence d'un diagnostic histologique précis, mais en présence d'arguments radiologiques et probabiliste (forte probabilité de malignité d'une masse grasseuse rétropéritonéale) en faveur d'un liposarcome, il était décidé, après réunion de concertation pluridisciplinaire, une chirurgie première pour prise en charge initiale d'un liposarcome rétropéritonéal bien différencié.

Il était pratiqué une exérèse élargie R0 de la masse rétropéritonéale avec néphrectomie droite et hémicolectomie droite monobloc. L'étude anatomopathologique de la



**Figure 1.** Scanner abdominopelvien après injection de contraste iodé. Il montre une masse rétropéritonéale sous-rénale droite, bien limitée, entourée d'une fine capsule. Deux contingents sont visibles : l'un grasseux prédominant et l'autre tissulaire, infiltrant la graisse et aux contours flous (a et b). La reformation (b) permet de visualiser la surrenale droite normale (flèche) et à distance, la masse extra-surrénalienne (tête de flèche).



**Figure 2.** IRM abdominale. Au sein de la masse rétropéritonéale, la composante grasseuse (flèche noire) est bien identifiable : elle apparaît en hypersignal T1 identique à celui de la graisse sous-cutanée (a), et s'annule (b) par technique de saturation sélective de la graisse (FatSat). Le contingent tissulaire (flèche blanche) se rehausse modérément après contraste (b) ; a : séquence transversale T1 TSE (Turbo spin écho), TR : 550 ms, TE : 11 ms ; b : séquence transversale T1 GRE (écho de gradient rapide), TR : 3,2 ms, TE : 1.1 ms,  $\theta$  : 50°, avec saturation sélective du signal de la graisse (FatSat) et après injection de gadolinium (Dotarem®).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5663663>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5663663>

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