

Cas clinique 19

Présentation du cas

Description

- Patiente de 65 ans. Douleurs chroniques scapulaires gauches.

Questions

- Quelles sont les anomalies (figure 19.1)? Quel est le diagnostic?

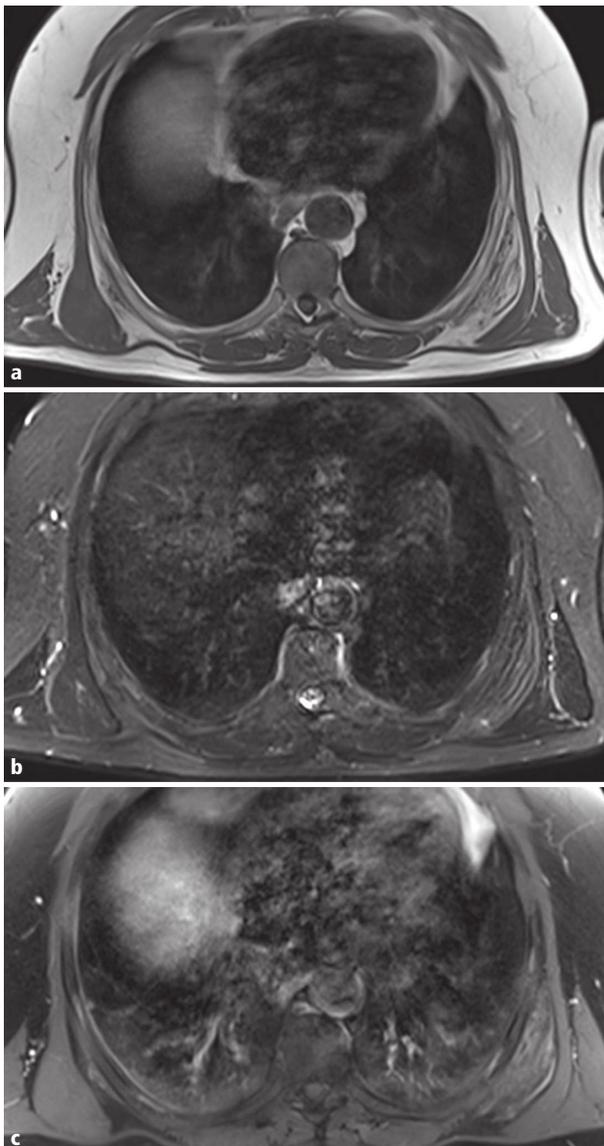


Figure 19.1 IRM en coupe axiale T1 (a), T2FS (b) et T1FS après injection (c).

Interprétation

- L'IRM met en évidence une lésion d'architecture striée, située entre le muscle dentelé antérieur et le muscle grand dorsal gauche, de signal hétérogène comportant une alternance de portions de signal fibreux (bas signal T1 et T2 et faiblement rehaussé) et de signal graisseux (signal intense en T1 et supprimé en FAT SAT), sans capsule visible en périphérie (figure 19.2).

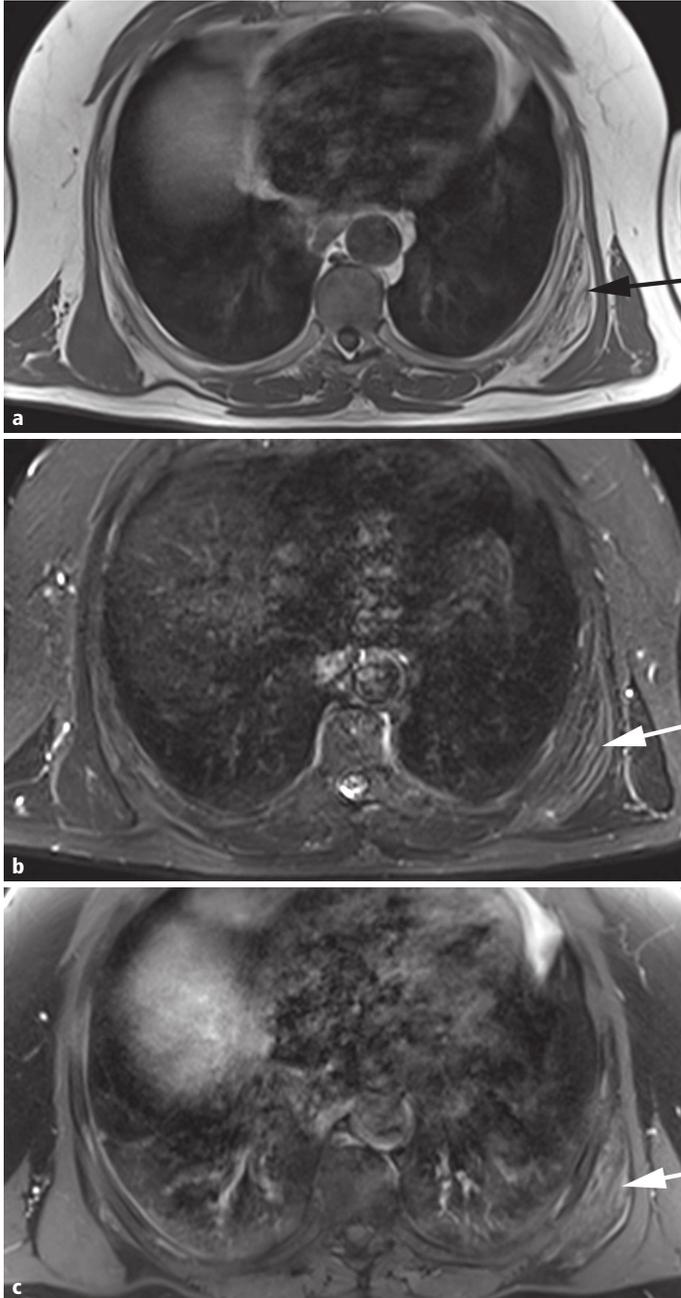


Figure 19.2 IRM en coupe axiale T1 (a), T2FS (b) et T1FS après injection (c) : aspect strié caractéristique alternant des lamelles de tissu fibreux de bas signal et des lamelles de graisse (flèche).

Diagnostic

- Élastofibrome.

Commentaires

- L'élastofibrome est une pseudo-tumeur des tissus mous, affectant généralement des patients de plus de 60 ans, avec une prédominance féminine.
- La localisation de la lésion est caractéristique dans 95 % des cas, celle-ci se situant en avant de la pointe de la scapula, entre le muscle dentelé antérieur et le muscle grand dorsal, dans une zone de friction entre la scapula et la cage thoracique. La lésion peut être bilatérale dans 60 % des cas.
- La lésion peut être asymptomatique (50 % des cas) ou entraîner des douleurs, ou des sensations de ressaut de la scapula.
- L'examen clinique et l'aspect en imagerie (IRM ou scanner) de masse d'architecture striée fibreuse et grasseuse et la localisation caractéristique permettent de poser le diagnostic. Un faible rehaussement en scanner ou IRM de la partie fibreuse et un hyper-métabolisme en TEP-scanner au 18F-FDG peuvent être visualisés.
- Le diagnostic différentiel inclut un sarcome des parties molles (notamment un liposarcome), une lésion fibreuse (desmoïde, fibrome), un hématome ou une involution grasseuse musculaire.
- Un traitement chirurgical peut être proposé selon les symptômes. Les récurrences sont exceptionnelles et aucun cas de transformation maligne n'a été rapporté.



Pour aller plus loin

Malghem J, Baudrez V, Lecouvet F, et al. Imaging study findings in elastofibroma dorsi. *Joint Bone Spine* 2004 ; 71(6) : 536–41.

Onishi Y, Kitajima K, Senda M, et al. FDG-PET/CT imaging of elastofibroma dorsi. *Skeletal Radiol* 2011 ; 40(7) : 849–53.

Naylor MF, Nascimento AG, Sherrick AD, et al. Elastofibroma dorsi : radiologic findings in 12 patients. *AJR Am J Roentgenol* 1996 ; 167(3) : 683–7.

