

(figure 6) Après cicatrisation, le patient a pu bénéficier d'une autogreffe de moëlle dans le cadre de sa prise en charge pour le myélome multiple.

Figure 4 : Fermeture du site à l'aide d'un lambeau.



Figure 5 : Contrôle à 3 mois.



Figure 6 : Contrôle radiologique à un an



Conclusion

L'ostéonécrose des maxillaires est une complication rare, parfois grave secondaire à un traitement par bisphosphonates. Les patients recevant de tels médicaments à long terme, doivent être informés du risque potentiel d'apparition d'ostéonécroses maxillaires. Ces patients doivent être examinés à la recherche de foyers infectieux oraux, et traités le cas échéant. Il faut intensifier les mesures d'hygiène buccale conventionnelles et prévoir des contrôles dentaires réguliers à intervalles de 6–12 mois. En présence d'une ostéonécrose maxillaire manifeste sous traitement par bisphosphonates, les patients doivent être pris en charge par une équipe multidisciplinaire pour les motiver, les surveiller et les accompagner.

Référence

- 1-Abi Najim S, Lesclois P, Lombardi T, Bouzouita I, Carrel Jp, Samson J. Ostéonécrose des maxillaires due aux biphosphonates : mise au point. Med Buccale Chir Buccale 2008 ; 14 :5
- 2- Nguyen T, El Hakim M, Arseneau R, Simon D. L'ostéonécrose des maxillaires associée aux bisphosphonates. Journal de l'ordre des dentistes du Québec 2011 ; 48 :7

*Rajaa El Bouihi**, *Mokrane Khazana**, *Mohamed Rachid***, *Said Bencheikroun****, *Ihsane Ben Yahya**

* : service d'odontologie chirurgicale, centre de consultations et de traitements dentaires, CHU de Casablanca.

** : service d'hémo-oncologie, hôpital du 20 Août 1953 à Casablanca.

Université Hassan2. Maroc

*** :Service d'hématologie-oncologie hôpital du 20 Août 1953 à Casablanca. Maroc

Faculté de médecine dentaire de Casablanca

- Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

Élastofibrome dorsal: apport de l'imagerie par résonance magnétique

L'élastofibrome est une pseudotumeur fibro-élastique, de croissance très lente localisée essentiellement au niveau de la région scapulaire. Il a été décrit pour la première fois par Jarvi et Saxen en 1959 et rapporté lors du 12ème congrès d'anatomopathologie scandinave (1,2). Sa localisation typiquement infra scapulaire, sa bilatéralité ainsi que son aspect en imagerie et surtout en imagerie par résonance magnétique (IRM) sont suffisamment suggestifs du diagnostic (3), permettant selon certains auteurs un diagnostic prospectif efficace évitant la biopsie systématique.

But

Décrire l'aspect en imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'élastofibrome dorsal à partir d'une série de sept cas.

Cas cliniques

Sept cas d'élastofibrome sous-scapulaires ont été pris en charge entre 2009 et 2012. Deux patients présentaient des lésions bilatérales. L'âge moyen de nos patients était de 55ans, il

s'agissait de trois hommes et deux femmes.

Le signe clinique révélateur de la pseudotumeur était une tuméfaction solide en regard de la pointe de l'omoplate chez tous les patients. Cette tuméfaction occasionnait une gêne fonctionnelle dans seulement un cas. Il n'a pas été rapporté de douleur ni d'augmentation rapide de la taille de la lésion. Tous les patients ont bénéficié d'une échographie qui trouvait un aspect typique chez deux patients. Il s'agissait d'une lésion ovale fasciculée ou pseudo-lamellaire avec alternance de bandes hypo et hyperéchogènes, chez trois patients, l'aspect échographique a été plutôt orienté vers des lésions lipomateuses.

Tous les patients ont eu une imagerie par résonance magnétique (IRM) des parties molles du dos 1.5 Tesla, avec des séquences multiplanaires pondérées T1, T2, STIR et T1 après saturation du signal de la graisse et injection de produit de contraste (gadolinium). L'imagerie par résonance magnétique montrait dans tous les cas un aspect typique d'élastofibrome avec une masse située au contact du plan des côtes en isosignal par rapport aux muscles sur les séquences en pondération T1 et T2 avec des striations en hypersignal sur les 2 séquences correspondant à un contingent graisseux (fig 1). La taille des lésions a été en moyenne de 7 cm de grand axe.

Conclusion

L'élastofibrome est une lésion peu fréquente, peu connue, ayant plusieurs caractéristiques, à savoir la topographie typiquement infra et pré-scapulaire, la particularité d'être exubérante avec l'antépulsion et l'abduction du bras et le caractère bilatéral fréquent. L'IRM constitue actuellement l'examen de référence pour le diagnostic positif et formel d'élastofibrome dorsal permettant ainsi une biopsie ou une chirurgie inutile (4). Elle montre un aspect caractéristique fasciculé en bandes de l'élastofibrome dorsal avec alternance des bandes de graisse et de tissu fibreux.

Conflits d'intérêt : aucun

Références

1. Jarvi O, Saxen E. Elastofibroma dorso. Acta Pathol Microbiol Scand Suppl 1961;51:83-4.
2. Jarvi OH, Saxen AE, Hopsu-Havu VK, Wartiovaara JJ, Vaissalo VT. Elastofibroma : a degenerative pseudo-tumor. Cancer 1969;23:42-63.
3. Battaglia M, Vanel D, Pollastri P, Balladelli A, Alberghini M, Staals EL et al. Imaging patterns in elastofibroma dorsi. Eur J Radiol 2009;72:16-21.
4. Pyne P, Mootoo R, Bhanji R, Amin S. Elastofibroma dorsi. Ann Rheum Dis 2002;61:278-9.

Daghfous Alifa, Bouzaidi Khaled, Affes Meriem, Ben Rhouma Nejla, Rezgui Marhoul Lamia

essentiellement malignes, dominées par les liposarcomes. Cette tumeur est rare, ne représentant que 3 à 7% de l'ensemble des sarcomes, avec environ 200 cas rapportés dans la littérature [1,2]. Les liposarcomes bien différenciés sont des tumeurs d'évolution lente, localement agressive, présentant un haut potentiel de récurrences [3]. Ces tumeurs ne présentent pas de spécificité clinique ou radiologique. Seule l'étude anatomopathologique permet de porter le diagnostic nécessitant un bon échantillonnage de la tumeur. Le traitement est chirurgical reposant sur une exérèse tumorale complète [4].

Le but du travail est de rapporter un cas déroutant de liposarcome paratesticulaire et d'étudier les caractéristiques anatomo-cliniques et évolutives de cette tumeur.

Observation

Mr ZM âgé de 53 ans, sans antécédents pathologiques notables, consultait pour une masse scrotale gauche évoluant depuis deux ans. L'examen physique objectivait une masse para-testiculaire de consistance dure, mesurant 5 cm de grand axe qui paraît dépendre de l'épididyme. Les marqueurs tumoraux étaient normaux. Une exploration par voie haute était faite. En peropératoire, la masse était dure blanchâtre, prenant naissance à partir de l'épididyme. Une orchidectomie totale emportant le cordon spermatique était réalisée. A l'examen macroscopique, la pièce d'orchidectomie, mesurait 15x6x3 cm. Elle était prolongée par un cordon spermatique de 5 cm de long. A l'ouverture, il existait une néoformation paratesticulaire, trilobée, faite d'un nodule blanchâtre induré de 3cm associé à deux nodules graisseux de six et deux cm. Le testicule, refoulé en périphérie, mesurait 8x6x5 cm. Histologiquement, cette néoformation correspondait à une prolifération mésenchymateuse maligne faite d'adipocytes matures de taille et de forme variables.

Elle était parcourue par des septas fibreux d'épaisseur variée. Au sein de ces septas, il existait de rares cellules atypiques, à noyaux hyperchromatiques, pléomorphes. Il s'y associait quelques lipoblastes qui présentaient des vacuoles lipidiques intra-cytoplasmiques, refoulant le noyau en y faisant des empreintes, lui donnant un aspect dentelé [Figure 1]. Ces aspects correspondaient à un liposarcome de type lipoma-like. Ailleurs, la prolifération était constituée de plages de fibrose dense renfermant des cellules atypiques à noyaux pléomorphes et hyperchromatiques réalisant un aspect de liposarcome sclérosant [Figure 2]. Il existait également, par places, une composante inflammatoire associant essentiellement des lymphocytes et des plasmocytes. Le parenchyme testiculaire adjacent était normal, indemne de toute prolifération tumorale. Les limites d'exérèse chirurgicale étaient saines. Devant ces aspects, le diagnostic d'un liposarcome bien différencié paratesticulaire était retenu.

Une tumeur paratesticulaire déroutante

Les tumeurs mésenchymateuses de la région testiculaire sont des tumeurs peu fréquentes, développées le plus souvent aux dépens des tissus paratesticulaires (52%). Elles sont