

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 per-opératoire, 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

Figure 1 : Liposarcome bien différencié de type lipoma-like avec présence de cellules atypiques, associées à des lipoblastes

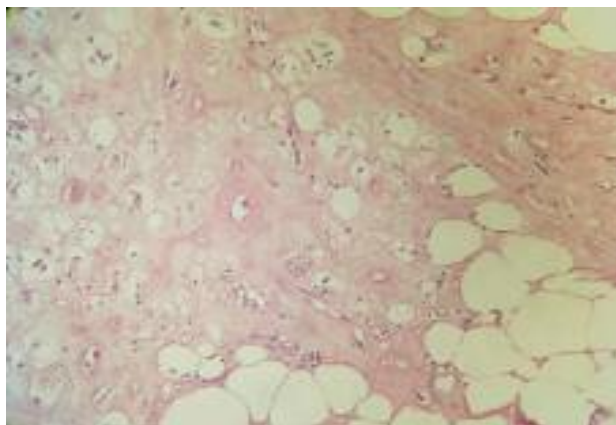
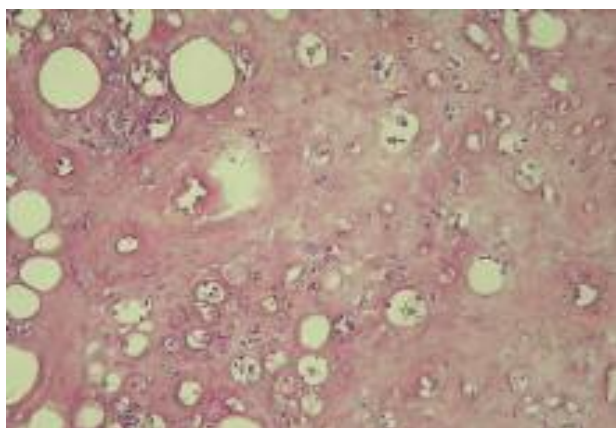


Figure 2 : Liposarcome bien différencié de type sclérosant, constitué de plaques de fibrose dense



Conclusion

Le pronostic du liposarcome bien différencié paratesticulaire est meilleur que celui des autres sarcomes. En effet, son évolution est lente et son potentiel métastatique est minime, alors que les formes dédifférenciées donnent des métastases dans 15 à 20% des cas. Bien qu'il soit une tumeur rare, son diagnostic doit être évoqué devant toute tumeur adipeuse bien différenciée de l'adulte.

Conflits d'intérêts : aucun

Références

- 1- Pergel A, Yucel AF, Ayadin I, Sahin DA, Gucer H, Kocakusak A. Paratesticular liposarcoma: A radiologic pathologic correlation. *Journal of Clinical Imaging Science* 2011; 1: 1-3.
- 2- Palumbo P, Tellan G, Minicucci A, Cozza V, Bosco S, Vietri F, Angelici AM. Outpatient treatment for liposarcoma of the spermatic cord. *Ann Ital Chir.* 2012 Jun (sous presse).
- 3- Dei Tos AP, Pedetour F. Atypical lipomatous tumour / Well differentiated liposarcoma. In: Fletcher C, Krishnan Unni K, Mertens F. *World Health Organisation Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of Soft Tissue and Bone.* Lyon: IARC Press: 2002: p. 35-7.
- 4- Coleman J, Brennan MF, Alektiar K, Russo P. Adult spermatic cord sarcomas: management and results. *Ann Surg Oncol.* 2003; 10: 669-75.

Abdominal cystic lymphangioma complicated by mesenteric volvulus: a case report

Cystic lymphangiomas represent 5 % of benign tumors in infants. The cervicofacial region is the most frequent localization. Intraabdominal localization is rare (1/20 000 in children) [4], characterized by a slow growth and a manifestation in early adulthood [1].

Small bowel volvulus is an uncommon clinical entity, usually considered as a surgical emergency, mostly occurring during the first weeks of life [2]. Diagnosis of volvulus in older children or adults can be delayed, since the clinical manifestation is usually vague. It is important to make an early diagnosis to expedite surgical intervention.

Mesenteric lymphatic malformations are uncommon abdominal masses which are rarely associated with small bowel volvulus. We present a case of intraabdominal lymphangioma complicated by a small bowel volvulus in a 6-year-old girl.

Case report

A 6-year-old girl was admitted with two days history of colicky abdominal pain without fever or vomiting. No similar episode occurred in the past. Clinical examination revealed a slight tenderness with no palpable abdominal mass. The plain abdomen radiography was normal. Ultrasound examination of the abdomen revealed a "whirlpool pattern" of the superior mesenteric vein around the superior mesenteric artery, attesting the presence of volvulus. The examination of the pelvic region noted the presence of a multilocular anechoic intraperitoneal cystic mass, with thin wall and septations. The cyst extended from the right to the left iliac fossa.

Dynamic contrast enhanced CT confirmed the mesenteric volvulus by showing a double "whirlpool pattern" of the superior mesenteric vein surrounding the superior mesenteric artery (fig 1), and the presence of a voluminous pelvic intraperitoneal cystic mass molding the other intraabdominal organs (fig 2).

Surgery confirmed the imaging findings. A large thin walled cyst (20 cm) was found related to the proximal jejunum with two spiral turns of the mesenteric vessels (Fig 3, 4). Ileocaecal junction was in normal position. The affected part of intestine was viable following derotation. The cyst was excised with 60 cm of jejunum and a terminoterminal anastomosis was performed. Histological examination confirmed the diagnosis of typical benign mesenteric cystic lymphangioma.

Conclusion

Intestinal volvulus is a rare but life-threatening complication of cystic lymphangioma.

Abdominal US and CT are useful for making an early diagnosis and enhance urgent therapy.

References

- 1-Intraabdominal lymphangioma : A Case Report: Handa R, Kale R, Harjai MM, Dutta V. *MJAFI*2007;63:80-81