

Figure 3 : Echographie abdominale : A : masse kystique bilobée au niveau du foie gauche (KHF) B : masse tissulaire surrénalienne droite bien limitée (Pheochromocytome).

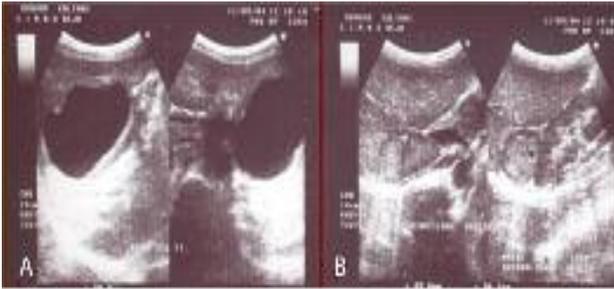


Figure 4 : Clichés couleurs du fond d'œil (A:œil droit, B : œil gauche) après 3 mois: disparition de l'œdème papillaire et résorption progressive des exsudats maculaires.

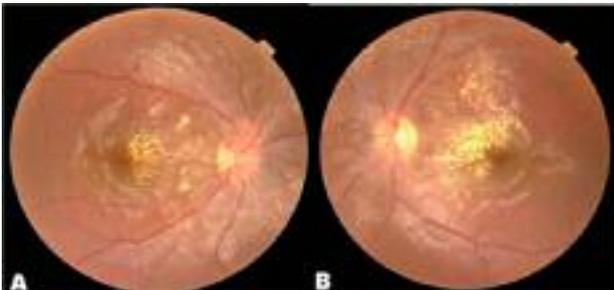
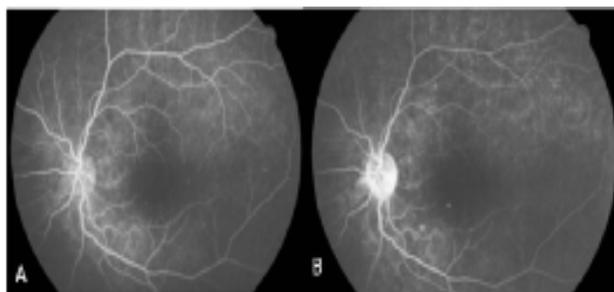


Figure 5 : Angiographie à la fluorescéine de l'œil gauche (A: temps moyen, B: temps tardif): diminution de l'hyperfluorescence papillaire.



Conclusion :

Le phéochromocytome représente 0.1 à 1% des causes d'hypertension artérielle (HTA) de l'enfant [1, 2]. Il doit être recherché systématiquement devant toute rétinopathie hypertensive sévère. Le pronostic visuel est en général favorable et dépend de la sévérité de la rétinopathie hypertensive et de la précocité du traitement. Une surveillance clinico-biologique prolongée reste nécessaire en postopératoire à cause du risque élevé de récurrence [3].

Références

- 1- Ciftci AO, Tanyel FC, Senocak ME, Büyükpamukçu N. Pheochromocytoma in children. J Pediatr Surg 2001;36:447-52.
- 2-Bissada NK, Safwat AS, Seyam RM, Al Sobhi S, Hanash KA, Jackson RJ, et al. Pheochromocytoma in children and adolescents: a clinical spectrum. J Pediatr Surg 2008;43:540-3.
- 3-Tibbetts MD, Wise R, Forbes B, Hedrick HL, Levin AV. Hypertensive retinopathy in a child caused by pheochromocytoma: identification after a failed school vision screening. J AAPOS 2012;16:97-9.

Lymphome malin non hodgkinien primaire du muscle squelettique de localisation exceptionnelle au niveau de l'épaule gauche

Khaled Bouzaïdi¹, Alifa Daghfous², Selim Daas³, Lamia Rezgui Marhouf²

¹ : Service d'Imagerie Médicale, Hôpital MT Maâmouri, Nabeul - Tunisie

² : Service d'Imagerie Médicale, Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés, Tunis

³ : Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, Hôpital MT Maâmouri, Nabeul - Tunisie

Le lymphome primaire du muscle squelettique est extrêmement rare, observé chez moins de 1,5% des patients [1-2]. Il siège préférentiellement aux membres inférieurs. L'atteinte des muscles des membres supérieurs est moins habituelle voire exceptionnelle. Le lymphome primaire du muscle doit être différencié des autres lésions malignes des tissus mous tel que le sarcome dont l'approche thérapeutique ainsi que le pronostic sont différents. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) peut aider à distinguer ces deux types de lésions [3]. Le diagnostic définitif repose sur l'étude immunohistologique de la pièce de biopsie.

Nous rapportons l'observation d'une patiente présentant une localisation inhabituelle de lymphome des muscles squelettiques et nous précisons les signes en IRM qui permettent d'évoquer le diagnostic du lymphome et de le différencier des sarcomes des tissus mous.

Observation

Patiente âgée de 54 ans, sans antécédent pathologique notable, consultait pour une tuméfaction non douloureuse de l'épaule gauche qui évoluait depuis un an dans un contexte d'aprexie et de conservation de l'état général. L'examen clinique mettait en évidence une masse de l'épaule gauche unique, non douloureuse à la palpation, ferme et adhérente au plan musculaire profond. Le reste de l'examen général était sans anomalie. Le bilan biologique était sans particularité notable avec une vitesse de sédimentation à 13mm à la première heure et une C-réactive protéine à 25 mg/L. La radiographie standard objectivait une image lacunaire au niveau de la tête humérale. L'échographie a montré une hypertrophie du muscle deltoïde avec perte de l'architecture fibrillaire mais sans véritable masse individualisable. L'IRM mettait en évidence une masse infiltrante intramusculaire développée dans l'axe longitudinal des différents muscles de la région axillaire et du tiers supérieur du bras avec atteinte prédominante des muscles deltoïde, infra-épineux et coracobrachial. Ces muscles étaient tuméfiés mais gardaient leur forme globale avec préservation de quelques travées graisseuses. La masse était en isosignal par rapport aux muscles en séquences pondérées T1 (Fig.1a), hypersignal en séquences pondérées T2 (Fig. 1b) et se rehaussait de façon intense et homogène après injection de produit de contraste sauf au niveau de sa partie antéro-supérieure où on notait

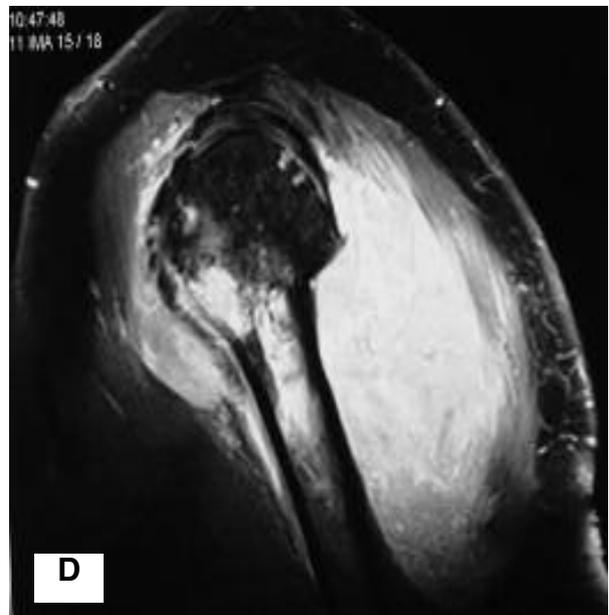
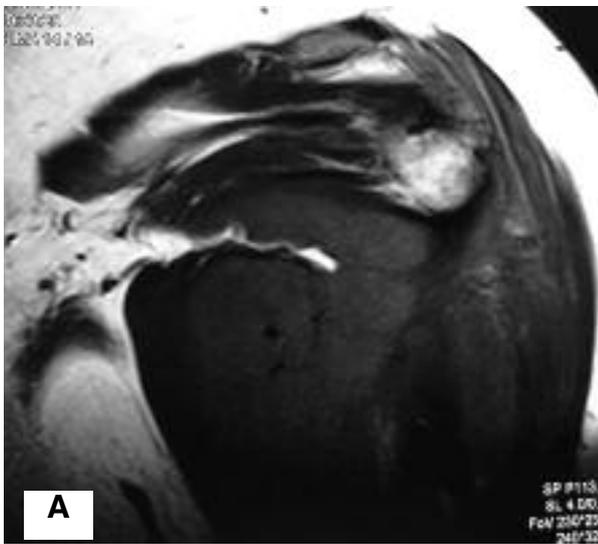
une zone de nécrose (Fig. 1c). Cette lésion était traversée par des structures vasculaires qui n'étaient ni envahies ni déformées ni thrombosées. Elle présentait une extension intra-osseuse au niveau de la jonction métaphyso-diaphysaire de l'humérus (Fig. 1d). Le bilan d'extension qui comportait une tomodensitométrie cervico-thoraco-abdomino-pelvienne était normal. Une biopsie chirurgicale a été réalisée et l'étude immuno-histochimique a conclu à un lymphome centro-folliculaire exprimant le CD 10, CD 20, BCL 10 et le BCL 2 avec extension focale au tissu ostéo-médullaire.

Conclusion

Le lymphome primaire du muscle squelettique est extrêmement rare. L'atteinte de la ceinture scapulaire est exceptionnelle [4]. L'IRM montre une masse souvent volumineuse, touchant plusieurs compartiments, développée généralement dans l'axe longitudinal du muscle qui est élargi et tuméfié mais gardant sa forme globale [1, 4]. Cette masse est en iso- ou hyposignal en séquences pondérées T1, de signal variable par rapport à la graisse en séquences pondérées T2 et se rehausse de façon intense après injection de produit de contraste

Figure 1 : IRM de l'épaule gauche.

Coupes coronales en pondération T1 (a) et T2 (b), axiale (c) et sagittale (d) T1 avec saturation du signal de la graisse et injection de gadolinium montrant une masse intramusculaire en hyposignal T1, hypersignal T2, développée dans l'axe des fibres musculaires, fortement rehaussée après injection, traversée par des structures vasculaires vides de signal et envahissant l'os.



[5]. Une prise de contraste des aponévroses superficielles ou profondes ou du tissu graisseux sous-cutané, pouvant mimer une fasciite nécrosante, a été rapportée dans la littérature [4, 6]. Les calcifications sont souvent absentes. Le diagnostic différentiel du lymphome musculaire se pose essentiellement avec les sarcomes des parties molles. L'IRM permet d'orienter le diagnostic devant la présence de certains signes en faveur de l'atteinte lymphomateuse tels que l'atteinte multi-compartimentale et longitudinale le long des fibres musculaires, le respect de quelques septa graisseux intramusculaires, la visualisation de structures vasculaires au sein de la masse, ainsi que l'atteinte possible du tissu sous-cutané et la prise de contraste marginale des septa [5, 6].

Références

- 1/ Chun CW, Jee WH, Park HJ, Kim YJ, Park JM, Lee SH et al. MRI features of skeletal muscle lymphoma. *AJR Am J Roentgenol* 2010;195:1355-60.
- 2/ Derenzini E, Casadei B, Pellegrini C, Argnani L, Pileri S, Zinzani PL. Non-Hodgkin lymphomas presenting as soft tissue masses: A single center experience and meta-analysis of the published series. *Clin Lymphoma Myeloma Leuk* 2013;13:258-65.
- 3/ Suresh S, Saifuddin A, O'Donnell P. Lymphoma presenting as a musculoskeletal soft tissue mass: MRI findings in 24 cases. *Eur Radiol.* 2008;18:2628-34.
- 4/ Lee VS, Martinez S, Coleman RE. Primary muscle lymphoma: clinical and imaging findings. *Radiology* 1997;203:237-44.
- 5/ Metzler JP, Fleckenstein JL, Vuitch F, Frenkel EP. Skeletal muscle lymphoma: MRI evaluation. *Magn Reson Imaging* 1992;10:491-4.
- 6/ Hwang S. Imaging of lymphoma of the musculoskeletal system. *Radiol Clin North Am* 2008;46:379-96.