



Mostafa EL HAJJAM

Pascal LACOMBE

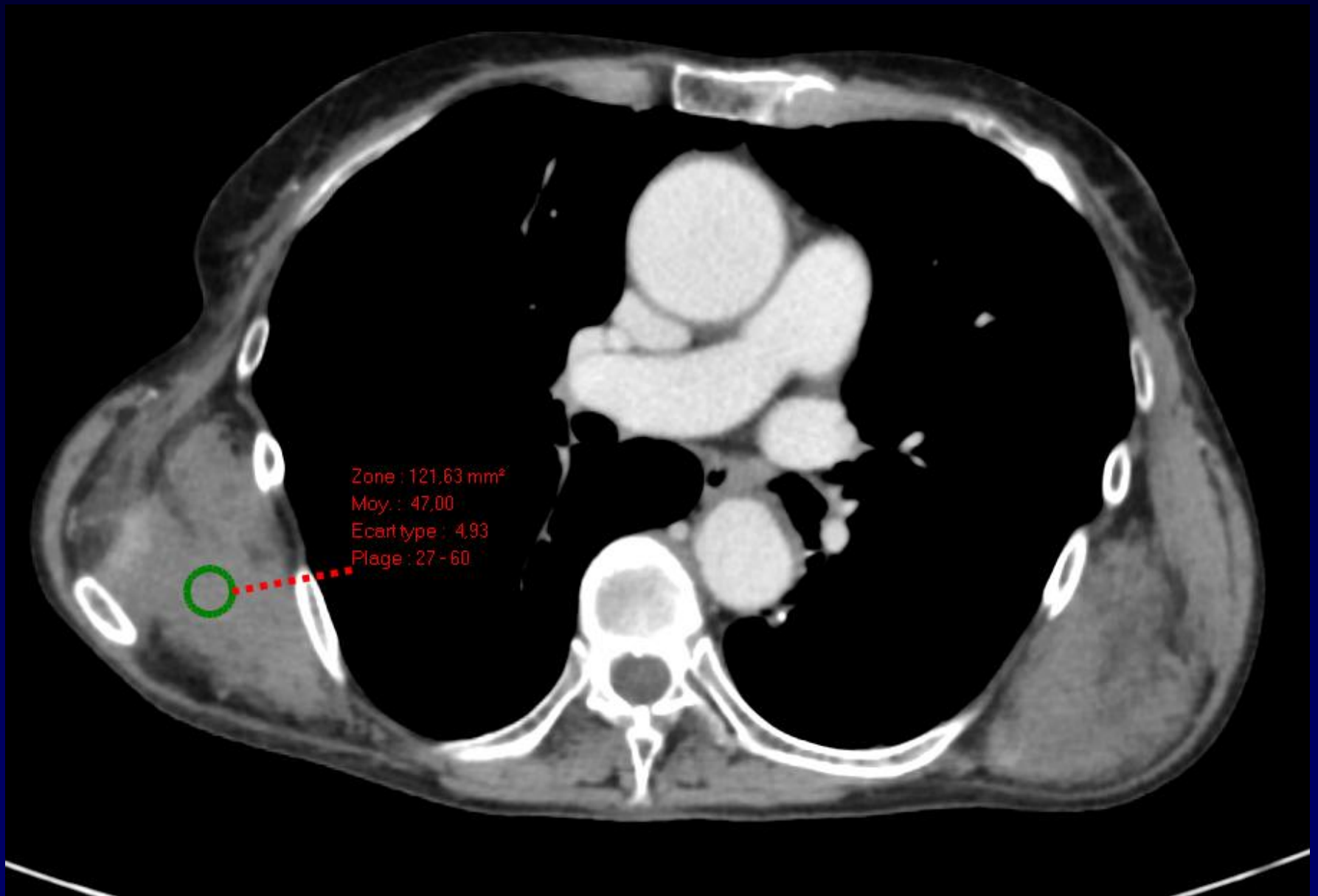
Femme de 80 ans

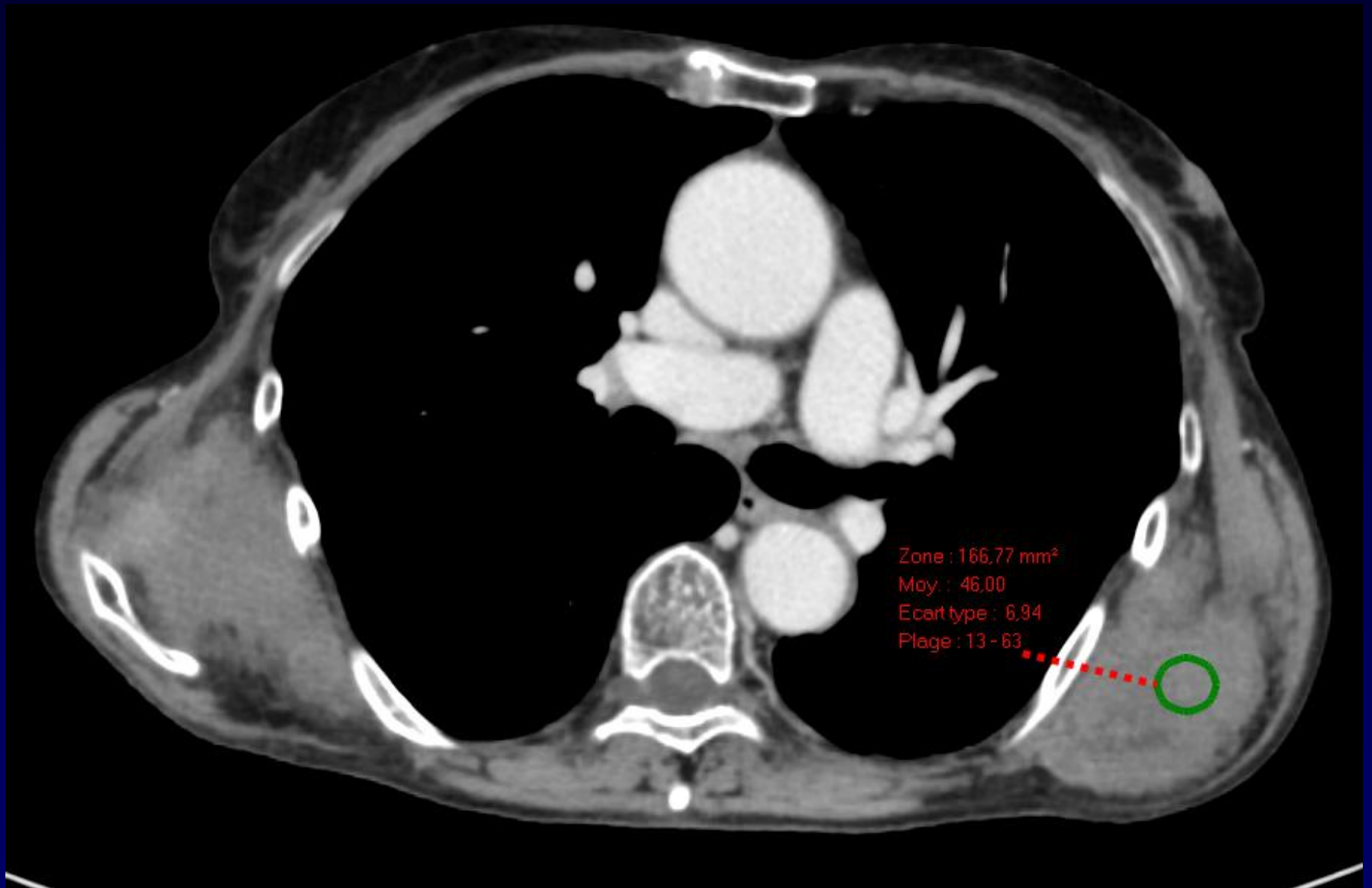
Bilan d'altération de l'état général

D DEBOUT



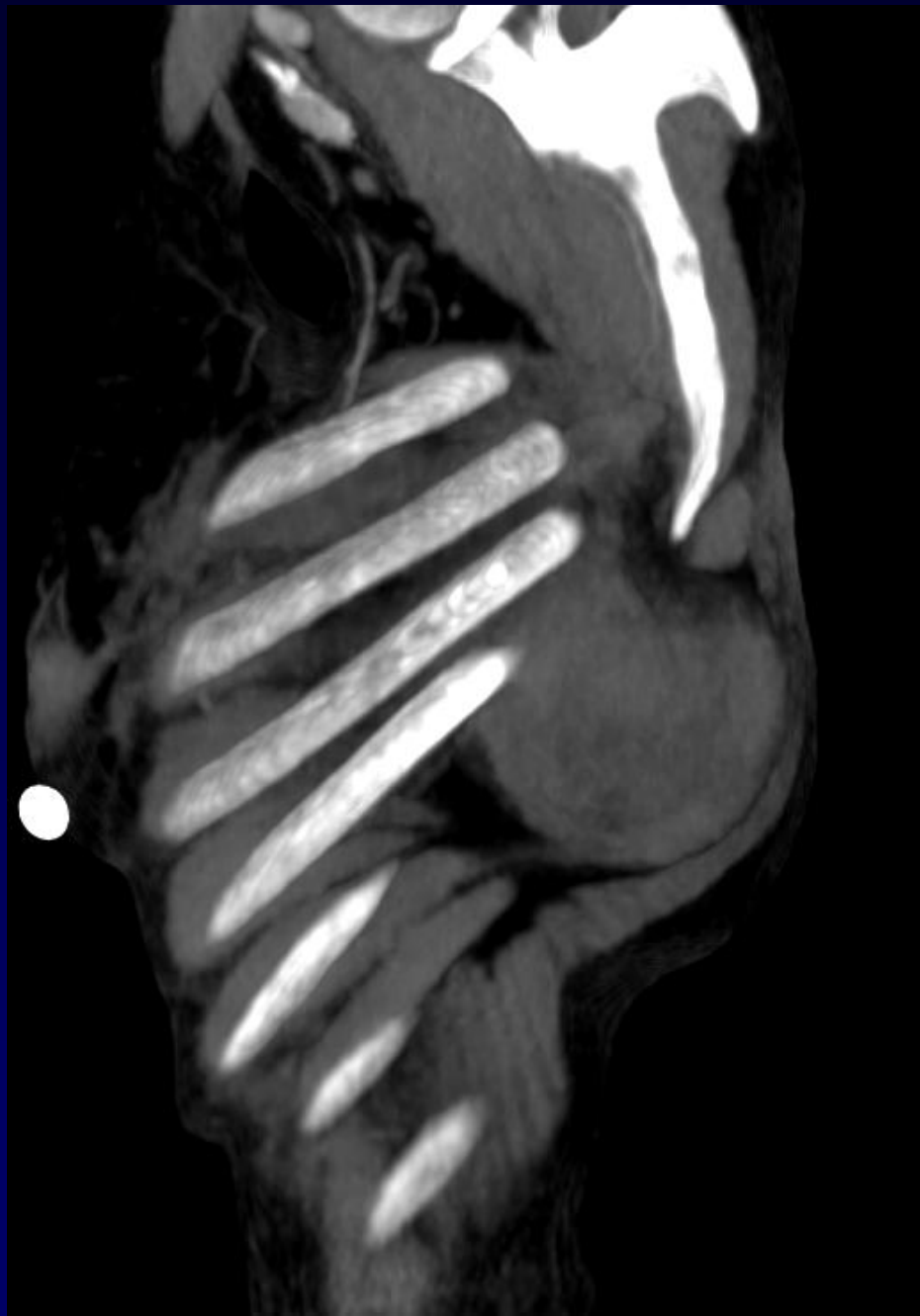






Zone : 166,77 mm²
Moy. : 46,00
Ecart type : 6,94
Plage : 13 - 63





Diagnostic ?

Diagnostic

Elastofibrome dorsal bilatéral

Anévrisme de l'aorte ascendante

Discussion

Revue du Rhumatisme 71 (2004) 1143-1149

Imagerie de l'élastofibrome dorsal

Imaging Study Findings in Elastofibroma Dorsi

Jacques Malghem *, Vincent Baudrez, Frédéric Lecouvet, Christian Lebon, Baudouin Maldague, Bruno Vande Berg

Service de radiologie et d'imagerie médicale, université catholique de Louvain, cliniques universitaires Saint-Luc, 10, avenue Hippocrate, 1200 Bruxelles, Belgique

Reçu le 12 mars 2004 ; accepté le 22 avril 2004
Disponible sur internet le 10 août 2004

Résumé

L'élastofibrome dorsal est une tumeur ou pseudotumeur, localisée très typiquement sous la pointe de l'omoplate, rencontrée de façon non exceptionnelle chez des personnes âgées. Sa composition tissulaire, faite de couches de tissus de type fibreux et de type graisseux, en fait une masse dont le diagnostic peut très souvent être posé de façon formelle par les méthodes d'imagerie, en particulier par la tomodensitométrie (TDM) et surtout par l'imagerie en résonance magnétique (IRM). Ces méthodes en particulier peuvent reconnaître le tissu graisseux (densité faible en TDM, signal intense en IRM pondérée en T1 et intermédiaire en T2) dans le tissu de type fibreux (densité en TDM et signal en IRM proches de ceux des muscles). Dans une moindre mesure, la radiographie simple et l'échographie peuvent aussi reconnaître certaines caractéristiques de l'élastofibrome (topographie et aspect stratifié). Quand la lésion est tout à fait typique en imagerie et qu'elle est asymptomatique, ce qui est le plus fréquent, aucune mise au point complémentaire ne paraît nécessaire.

© 2004 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

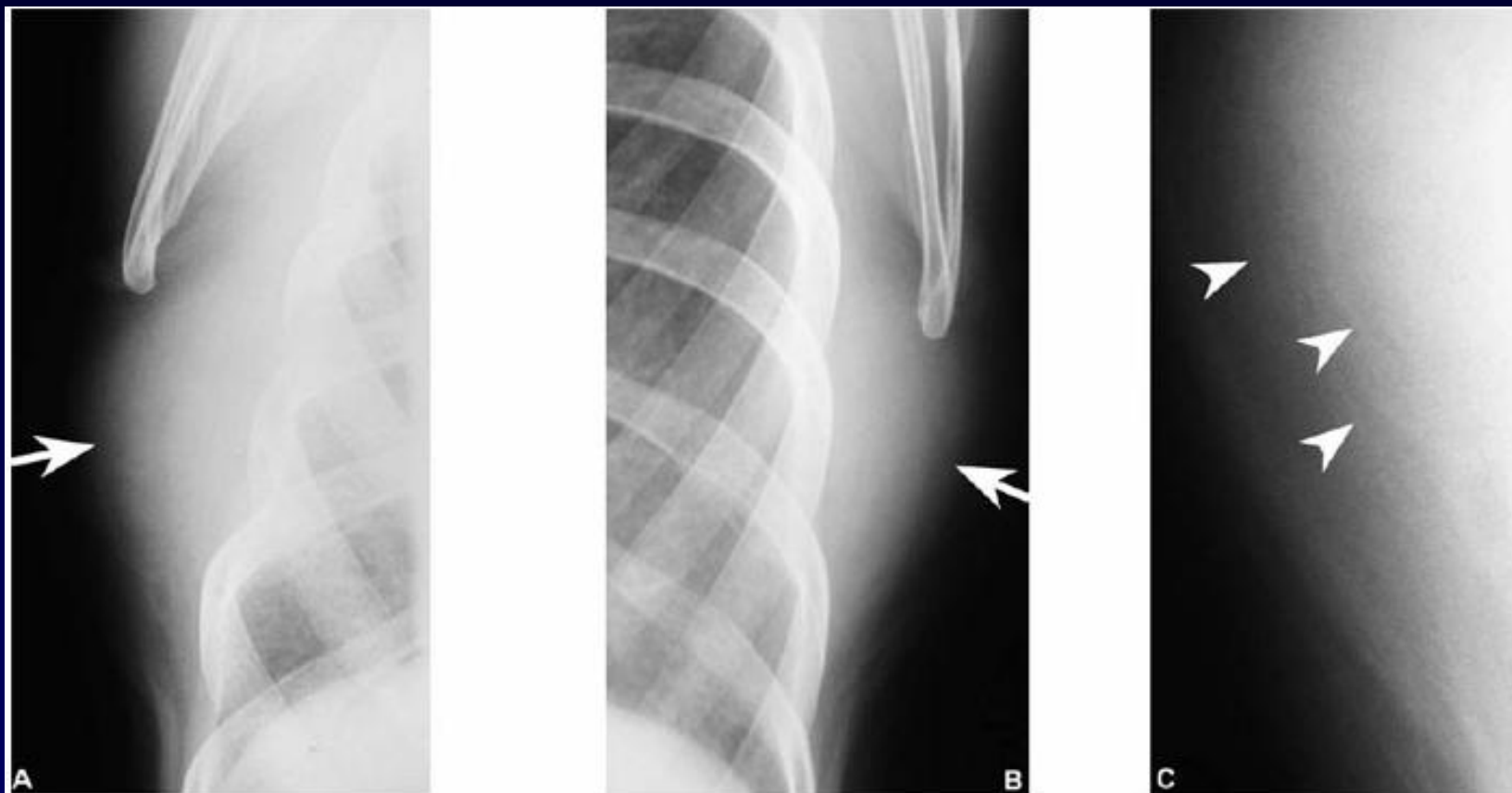
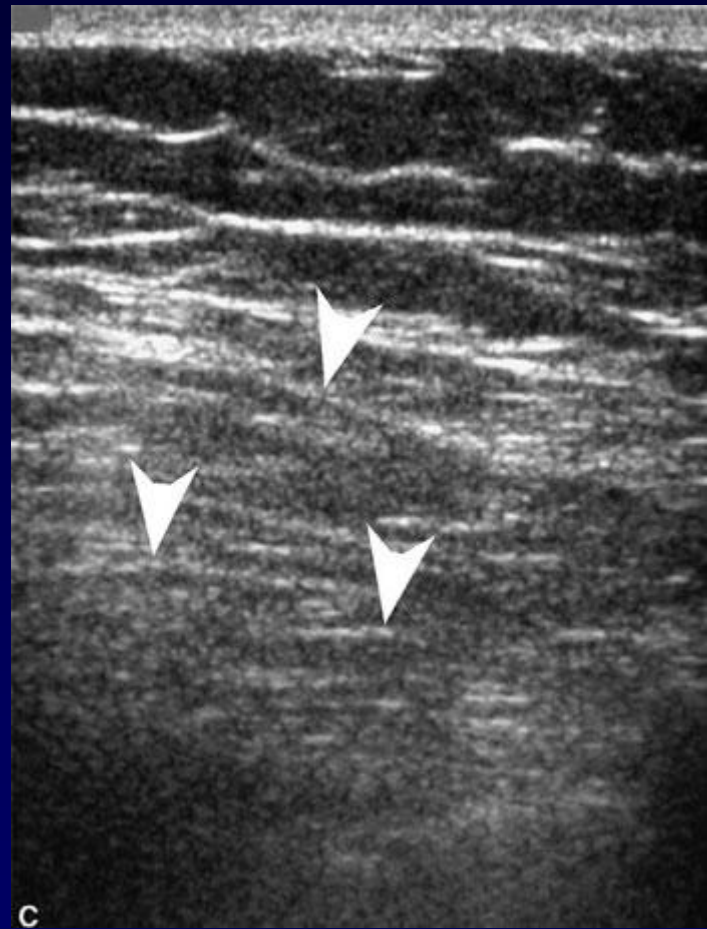
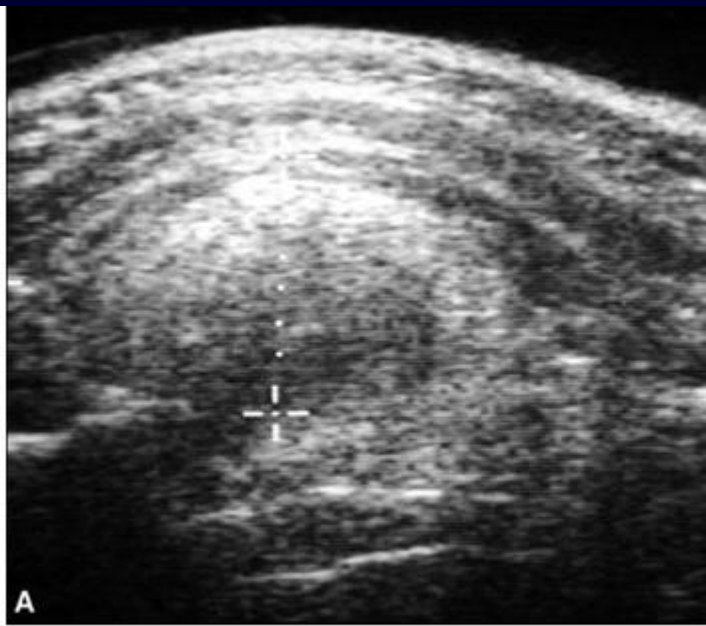
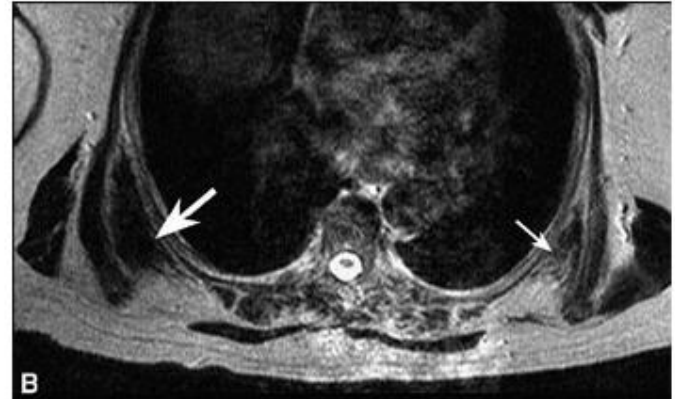
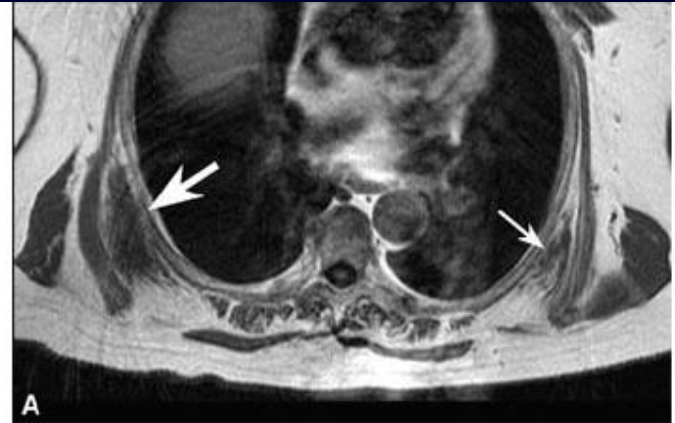


Fig. 6. Radiographie d'élastofibromes bilatéraux. Les radiographies en vue tangentielle (a, b) montrent le caractère bilatéral des masses tissulaires (flèches), ainsi que leur topographie typique sous les pointes des scapulas. C : une vue de la surface d'une masse suggère la présence de couches lamellaires, de densité faible et intermédiaire, dans la portion superficielle de la masse (têtes de flèches).





Faut-il biopsier ?

Non quand forme typique en imagerie

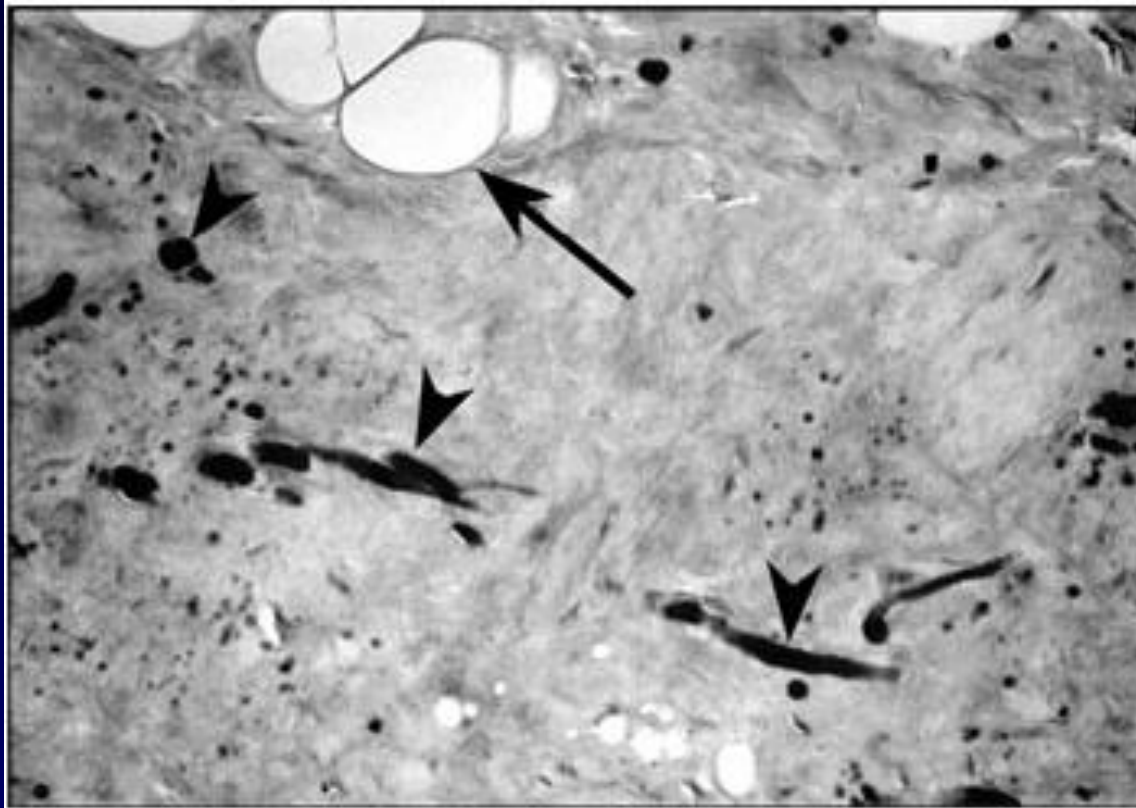


Fig. 1. Aspect histologique d'un élastofibrome dorsal : les coupes objectivent un tissu collagène dense dans lequel sont reconnues des plages de tissu adipeux (flèche) et des substances fibriformes (têtes de flèches) colorées par les colorants de l'élastine (coloration à l'orcéine) [document Prof. H. Noël].

Conclusion

Le diagnostic d'élastofibrome est une application bien typique du célèbre adage « On ne trouve que ce que l'on cherche et on ne cherche que ce que l'on connaît ». Le diagnostic en est en effet formel quand on peut, en plus de la localisation caractéristique, montrer que la masse objectivée est constituée d'une alternance stratifiée de tissu de type fibreux et de type graisseux. Le diagnostic peut être posé, que la démonstration de cette organisation tissulaire particulière en soit faite par IRM (examen le plus performant), TDM, voire échographie et même radiographie standard. Ce diagnostic est d'autant plus formel que l'on démontre que la lésion est bilatérale. Cette lésion est même tellement typique que le diagnostic peut pratiquement en être fait cliniquement quand on est en présence, chez un sujet âgé de plus de 55 ans, de masses bilatérales typiquement recouvertes et cachées par les pointes inférieures des scapulas lors de la rétropulsion des épaules et qui deviennent proéminentes lors du déplacement des épaules vers l'avant (Fig. 7).

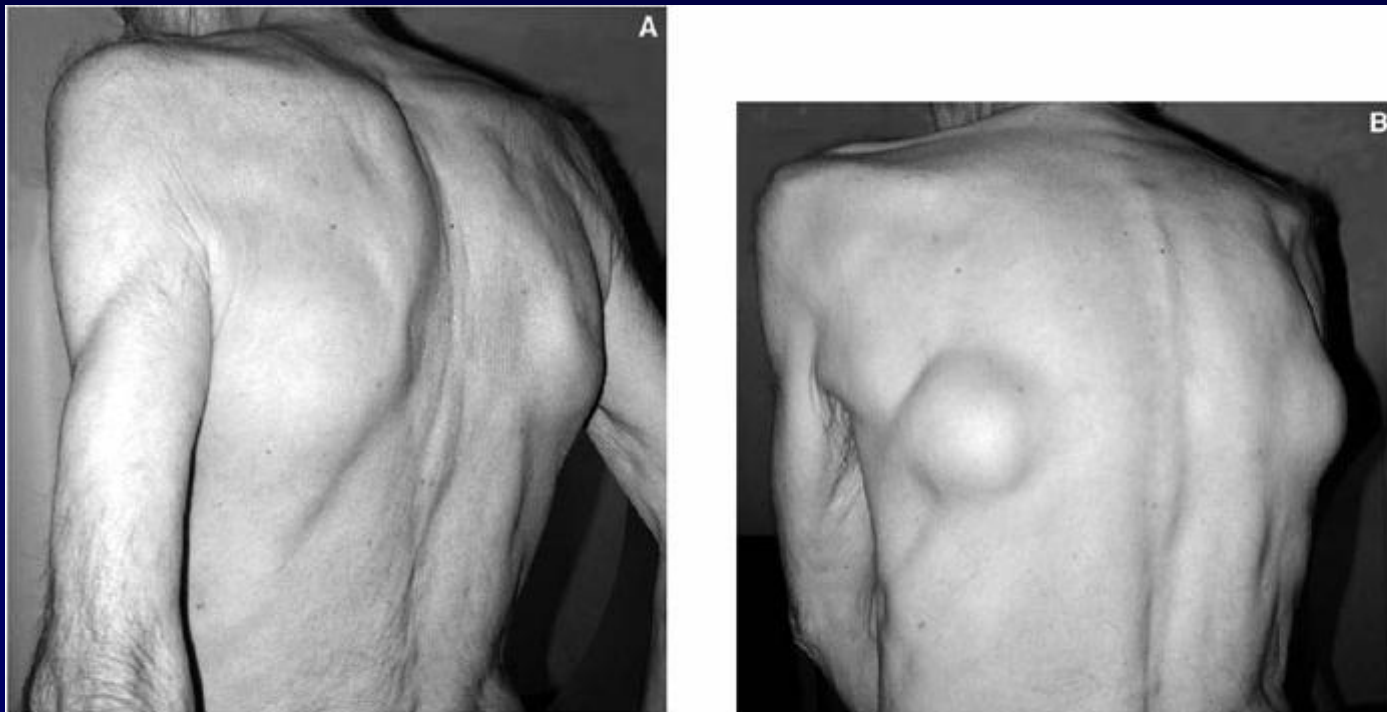


Fig. 7. Aspect clinique typique (même sujet que la Fig. 4) : les élastofibromes sont recouverts et masqués par les scapulas lors de la rétropulsion des épaules (a) et ressortent de façon beaucoup plus proéminente lors du déplacement des épaules vers l'avant (b). À noter que ce sujet de 70 ans était totalement asymptomatique.