

MYXOME GEANT PARA-VERTEBRAL A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

M. YAHIAOUI¹, BERBERA¹, B. ABZOUZI¹, N. IOUALALEN¹,
R. BABA AHMED²

1. Service de neurochirurgie EHS ALI AIT IDIR, Alger, Algérie

2. Service de l'anatomie pathologique CHU BEO, Alger, Algérie

RÉSUMÉ: Cette étude consiste à présenter un cas clinique d'un myxome géant intra musculaire para-vertébral. le myxome est une tumeur rare et bénigne du tissu mésenchymateux. Bien que la présentation intramusculaire est fréquente, ces tumeurs sont rares dans les muscles paravertébraux et sont caractérisées par une longueur inférieure à 5 cm. Nous rapportons le cas clinique d'une patiente âgée de 18 ans présentant une tuméfaction dorsolombaire para-vertébrale droite, sans troubles neurologiques et dont la tomodensitométrie a révélé la présence d'une lésion hypodense au niveau des muscles para-vertébraux de D10 à L4. La masse a été enlevée en totalité et l'histologie est revenue en faveur d'un néoplasme myxoïde de bas grade, d'origine intra-musculaire.

Mots clés : Tumeurs mésenchymateuses, Myxome, Tumeurs intramusculaires..

ABSTRACT: This study is to present a clinical case of a giant intramuscular paravertebral Myxoma. Myxoma is a rare and benign tumor of mesenchymal tissue. Although intramuscular presentation is common, these tumors are rare in the paraspinal muscles and are characterized by a length less than 5 cm. We report the clinical case of a patient aged 18, with a right lumbar paraspinal tumor, without any neurological deficit. The CT scan revealed a hypointense lesion in the paraspinal muscles from D10 to L4. The mass was totally removed and histology revealed a low-grade myxoid neoplasm, of intra-muscular origin.

Key words : Mesenchymal tumors, Myxoma, intramuscular tumors.

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agit d'une jeune fille âgée de 18 ans, étudiante, célibataire, sans antécédents particuliers qui consulte pour une tuméfaction dorsolombaire dont l'évolution remonte à six mois et accompagnées de douleurs de même siège, cette tuméfaction a augmenté de volume, au point de réaliser une voussure gênant la patiente surtout dans la position couchée.

L'examen neurologique retrouve une tuméfaction para-vertébrale dorso-lombaire latéralisée à droite, ferme, dure, fixe, recouverte d'une peau saine, entraînant une déformation dorsale sans retentissement sur le reste de l'examen neurologique.

L'examen somatique est sans particularité.

L'échographie ultrasonique des parties molles a montré une masse hypoéchogène, bien définie dans la musculature para-vertébrale (Fig. 1).

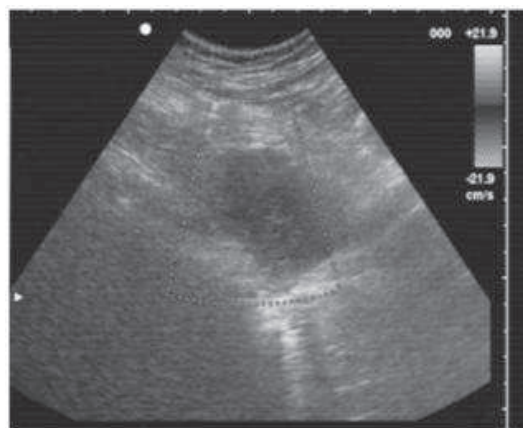


Fig.1 : échographie

La tomodensitométrie rachidienne a révélé une lésion hypodense latéralisée à droite, non rehaussée par le produit de contraste, intéressant les muscles para-vertébraux s'étendant de D10 à L4 (Fig. 2).

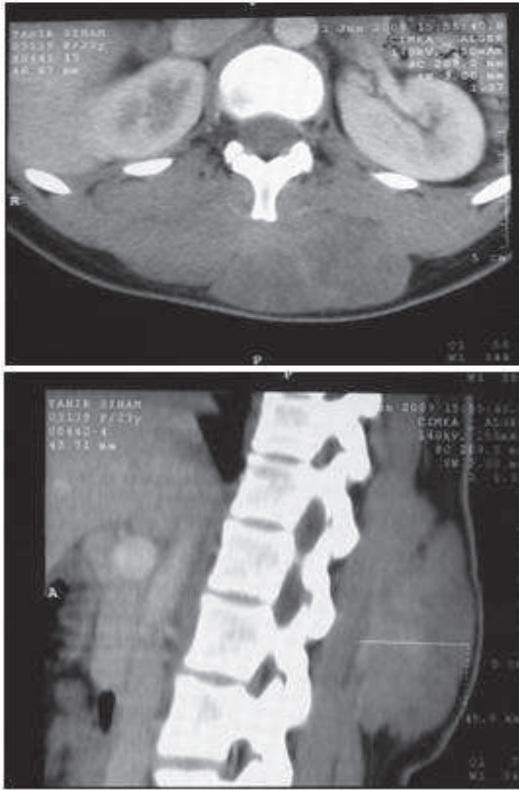


Fig.2 : TDM rachidienne en coupe axiale (a) et en coupe sagittale (b) : lésion hypodense intra ventriculaire para-vertébrale droite.

L'imagerie par résonance magnétique est revenue en faveur d'une lésion hypointense en séquences pondérées en T1 et hyperintense en T2, rehaussée par le gadolinium de façon homogène (Fig. 3 a, b et c).

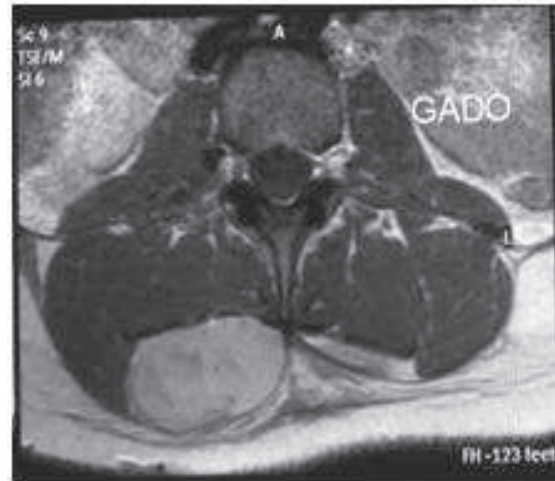


Fig.3 : IRM en coupe sagittale T1 (a), T2 (b) et axiale (c) : T1 en hyposignal

La patiente a été opérée à travers une incision longitudinale médiane allant de D8 à L5 (Fig.4).



Fig.4 : image per opératoire.

La lésion a été disséquée du muscle et enlevée en totalité par morcellement.

Les suites opératoires ont été simples et l'histologie a conclu à un néoplasme myxoïde d'origine intra-musculaire (Fig. 5 et 6).



Fig. 5 : Aspect macroscopique de la pièce opératoire

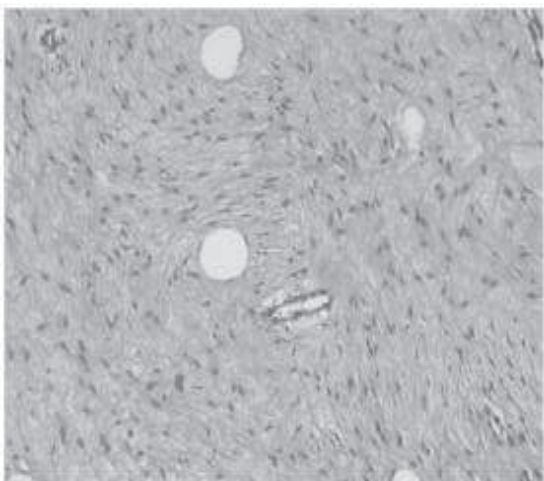


Fig. 6 : Microscopie : HE x 20

Une année après la chirurgie la patiente a été revue et ne présente aucun signe de récurrence clinique ou radiologique.

DISCUSSION

Les myxomes proviennent des cellules mésenchymateuses primitives qui se différencient dans les fibroblastes altérés et perdent leur capacité de produire du collagène normal et produisent de l'acide hyaluronique excessif et du collagène immature.

C'est une tumeur bénigne et rare, fréquente chez l'adulte entre 40 ans et 60 ans avec une préférence féminine [1]. L'incidence varie entre 0,1 et 0,13 par 100000 de la population [2]. Approximativement 17% des myxomes sont intramusculaires bien qu'ils peuvent se développer au niveau de la peau, le tissu sous cutané et aponévrotique, le cœur, les os et la région génitourinaire [3]. Les myxomes intra musculaires (IMM) tendent à se développer dans les muscles des cuisses, fesses, des membres supérieurs et des épaules.

Les symptômes dépendent de la topographie et de la taille de la lésion, bien qu'ils se présentent habituellement comme une masse indolore de croissance lente, solitaire, évoluant pendant des périodes longues. Ils sont généralement inférieurs à 5 cm de longueur et une taille plus grande [5, 6]. Dans notre cas les dimensions sont de 15 cm de longueur. Selon la littérature, 5 cas de myxomes para-vertébraux ont été décrits avec approximativement 15 cm de longueur, ce qui constitue peut être le plus grand IMM rencontré dans la pratique clinique [7, 8].

La radiographie est habituellement normale, ou montre parfois une masse des parties molles non spécifique. L'IMM apparaît habituellement comme une masse hypoéchogène à l'examen échographique et comme une lésion circonscrite homogène, de faible densité, non rehaussée par le produit de contraste à la tomodensitométrie. L'IRM montre une lésion en hypointense en T1 et en hyperintense en T2, en gradient T2 ou STIRimage. L'IRM rapporte le plus d'information concernant la limite entre la tumeur et le muscle adjacent. L'IMM est difficile à distinguer du neurofibrome ou gonglio intramusculaire et de quelques autres tumeurs malignes des parties molles subissant une dégénérescence myxomateuse (liposarcome, chondrosarcome et histiocytome malin) en particulier avec le liposarcome myxoïde intra musculaire. Il existe plusieurs moyens qui aident à distinguer l'IMM des autres lésions myxoïdes : IMM a un modèle infiltratif de croissance lente, il n'a pas de capsule donc il infiltre le muscle strié adjacent entraînant une atrophie du muscle qui apparaît comme une écorce péri-tumorale en T1 et un hypersignal dans le muscle adjacent en T2.

Il est peu vascularisé, contrairement au liposarcome myxoïde qui est richement vascularisé [11]. Les sarcomes des tissus mous, en revanche ont une activité mitotique abondante, richement vascularisés et les éléments cellulaires spécifiques sont présents tels les lipoblastes ou les chondroblastes. L'IRM montre une hétérogénéité sur les séquences en T2 et un rehaussement intense et un hypersignal en T1 avec une infiltration de structure adjacente.

La biopsie guidée par imagerie permet un diagnostic préliminaire et une planification chirurgicale. Le traitement principal est une mycétome simple ou l'excision large qui fournit également un diagnostic histologique. L'exérèse totale est préconisée, la récurrence locale implique la résection initiale insuffisante ou le diagnostic était incorrect [12]. La récurrence locale a été rapportée après une exérèse sub totale.

CONCLUSION

Le myxome para vertébral est une pathologie rare, fréquemment confondue avec d'autres tumeurs des parties molles. Dans notre cas, il a été caractérisé par sa topographie atypique et sa grande taille. La chirurgie est indiquée lorsque le myxome devient symptomatique. L'exérèse permet un diagnostic histologique certain et l'élimination de la malignité particulièrement chez les patients âgés.

REFERENCES

- 1] CARO P, DUBRANA F, LE NEN D (1991) Myxome intramusculaire. *Rev Chir Orthop* 77:568–570
- 2] HEYMANS O, GEBHART M, ALEXIOU J ET AL (1998) Intramuscular myxoma. *Acta Chir Belg* 98:120–122
- 3] ENZINGER FM (1965) Intramuscular myxoma, a review and follow-up study of 34 cases. *Am J Clin Pathol* 43 : 104–113
- 4] BANCROFT LW, KRANSDORF MJ, MENKE DM, O'CONNOR MI, FOSTER WC (2002) Intramuscular myxoma : characteristic MR imaging features. *AM J Roentenol* 178 (5) : 1255–1259
- 5] SHUGAR JMA, SOM PM, MEYERS RJ ET AL (1987) Intramuscular head and neck myxoma: report of a case and review of the literature. *Laryngoscope* 97:105–107
- 6] ALLEN PW (2000) Myxoma is not a single entity : a review of the concept of myxoma. *Ann Diagn Pathol* 4 (2) : 99–123
- 7] GUPPY KH, WAGNER F, TAWK R, GALLAGHER L (2001) Intramuscular myxoma causing lumbar radiculopathy. Case report and review of the literature. *J. Neurosurg* 95 (2 Suppl):260–263
- 8] FALAVIGNA A, RIGHESSO O, VOLQUIND D, TELES AR (2009) Intramuscular myxoma of the cervical paraspinal muscle. *Eur Spine J* 18(Suppl 2):245–249
- 9] KABUKCUOGLU F, KABUKCUOGLU Y, YILMAZ B, ERDEM Y, EVREN I (2004) Mazabraud's syndrome: intra muscular myxoma associated with fibrous dysplasia. *Pathol Oncol Res* 10 : 121–123
- 10] TAN H, PEH WCG, SHEK TWH (2001) A distinctive shoulder mass. *Br J Radiol* 74:1159–1160
- 11] HASHIMOTO H, TSUNEYOSHI M, DAIMARU Y, ENJOJI M, SHINOHARA N (1986) Intramuscular myxoma : a clinicopathologic, immunohistochemical, and electron microscopic study. *Cancer* 58 : 740–747
- 12] WEISS SW, GOLDBLUM JR (2001) *Enzinger and Weiss's soft tissue tumors*, 4th edn. Mosby, St. Louis, pp 1419–1481
- 13] OZBEK N, DANACI M, OKUMUS B, GURSEL B, CAKIR S, DABAK N, KARAGOZ F (2006) Recurrent intramuscular myxoma: review of the literature, diagnosis and treatment options. *Turk J Cancer* 36(2):75
- 14] A.RASHID. H.B ABDUL JABAR. S KARMANI. K. REZAJOOI.A.T. H CASEY : giant paravertebral myxoma (2011) *EUR SPINE J*, 20 (suppl2) : S138_ S142.