

L'IMAGE DU MOIS

A propos d'un cas d'hémangiome intramusculaire récidivant

S. BRULS (1), W. KURTH (2)

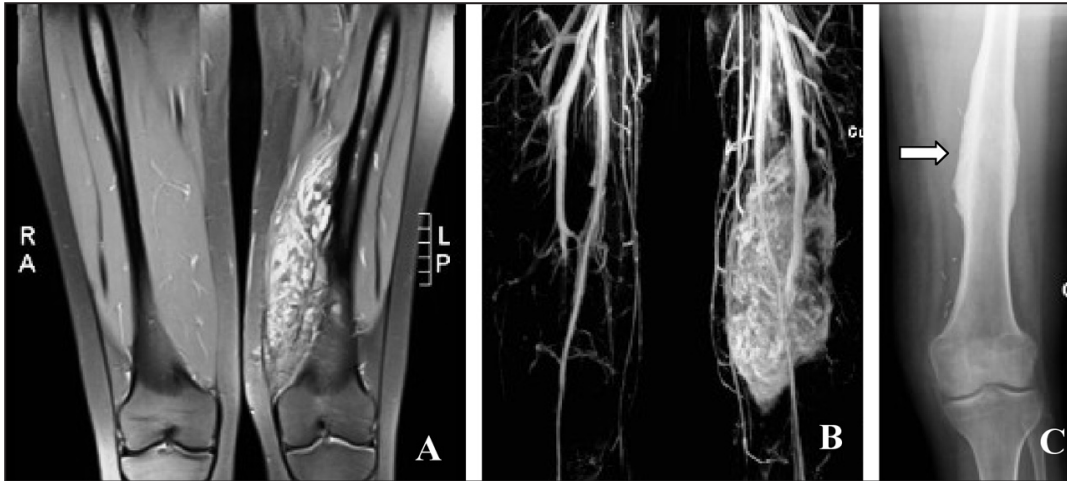


Figure 1A, B. IRM pondéré T2, coupe frontale et image angiographique démontrant l'atteinte du muscle quadriceps. C. Radiographie du fémur gauche, apposition périostée à hauteur du tiers moyen de la diaphyse fémorale avec ébauche de calcification musculaire adjacente au périoste.

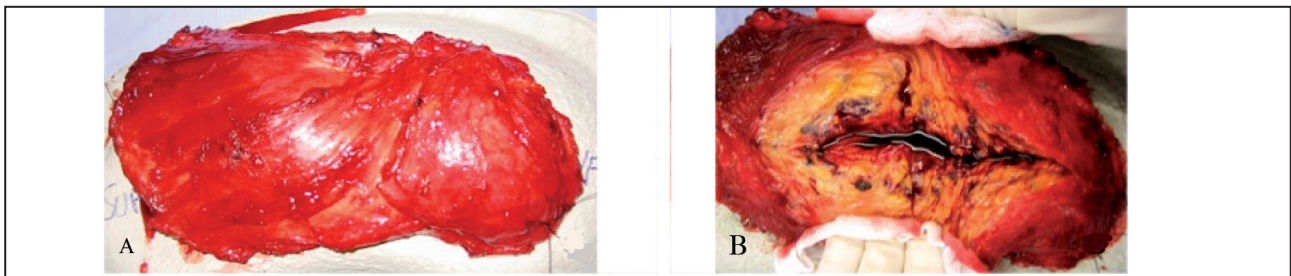


Figure 2. A. Vue macroscopique de la tumeur résectionnée.

B. Vue macroscopique après dissection.

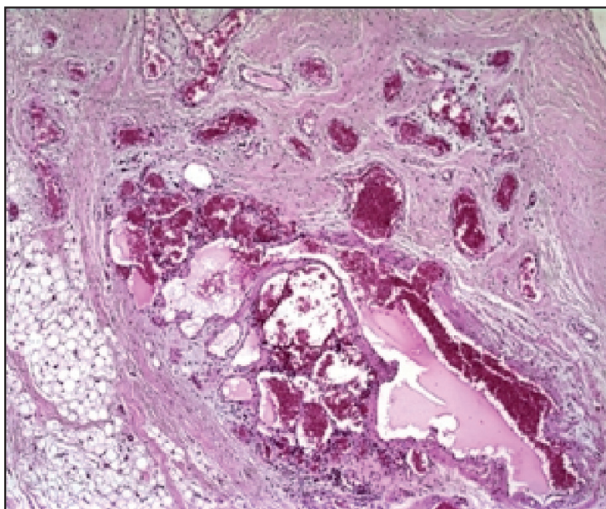


Figure 3. Aspect typique des lacs vasculaires caverneux. (Coloration hématoxyline-éosine, grossissement X50).

PRÉSENTATION CLINIQUE

Une patiente de 21 ans est adressée à la consultation de chirurgie orthopédique pour la réapparition d'une volumineuse tuméfaction localisée à la face antéro-interne de la cuisse gauche. Deux ans auparavant, cette patiente avait été opérée d'un hémangiome du muscle quadriceps au niveau de cette même cuisse gauche. Une embolisation artério-veineuse suivie d'une résection complète de la masse avait alors été réalisée.

L'examen clinique révèle l'existence d'une masse d'une dizaine de centimètres de grand axe, située à la face antéro-interne de la cuisse gauche, sensible lors de la mobilisation du genou et particulièrement douloureuse lors de l'extension contrariée.

L'IRM (Fig. 1A, B), met en évidence une volumineuse masse d'allure vasculaire, intramusculaire, essentiellement au niveau du vaste interne et du crural, avec extension au niveau des adducteurs. Le diamètre céphalo-caudal est de

(1) Etudiant, Université de Liège.
(2) Chef de Clinique, Service de Chirurgie de l'Appareil Locomoteur, CHU de Liège.

11 cm et la largeur de 7 cm. En pondération T2, cette masse se rehausse de manière intense avec participation d'une branche de l'artère fémorale superficielle, et de branches émanant de l'artère fémorale profonde. Cette masse est en contact avec l'artère fémorale superficielle et à proximité de l'artère fémorale profonde.

Au terme de ce bilan, le diagnostic de récurrence d'hémangiome intramusculaire est proposé et l'indication chirurgicale posée. Une artériographie pré-opératoire est réalisée par un abord artériel fémoral droit permettant le cathétérisme de l'axe iliaque gauche. On retrouve une hypervascularisation de la lésion avec de multiples petits vaisseaux afférents originaires des artères fémorales superficielle et profonde. L'embolisation d'une branche descendante de l'artère fémorale profonde, de l'ordre de 2 à 3 mm de diamètre, alimentant le contingent inférieur de la masse est réalisée. Les autres afférences ne sont pas accessibles au cathétérisme sélectif.

En per-opératoire, l'exérèse chirurgicale est complète (Fig. 2A, B), nécessitant une reconstruction musculo-aponévrotique à la partie interne du quadriceps. Une réaction corticale à hauteur de la lésion est par ailleurs mise en évidence (Fig. 1C).

L'examen anatomopathologique conclut à un hémangiome caverneux du quadriceps gauche, avec dégénérescence graisseuse prononcée du muscle, sans signes de malignité (Fig. 3).

L'exérèse de la lésion entraînera la disparition immédiate des douleurs et une récupération complète des mobilités articulaires à 8 semaines de la chirurgie avec un quadriceps évalué à 4+/5.

DISCUSSION

L'angiome ou hémangiome intramusculaire (HIM) est une tumeur vasculaire bénigne qui atteint le plus souvent l'adulte jeune (1) et prolifère dans les muscles squelettiques. La transformation maligne reste exceptionnelle (2) et des métastases ne sont jamais décrites (3).

La prévalence des HIM est très faible et représente moins de 1% de l'ensemble des hémangiomes (cutanés, hépatiques, cardiaques, osseux,...) (4).

L'origine congénitale des HIM est le plus souvent proposée (5). Cette tumeur bénigne augmenterait progressivement de taille pour devenir symptomatique avant l'âge de 30 ans dans 80 à 90% des cas (2, 5). Certains cas de traumatisme, précédant la lésion, ont été rapportés, suggérant pour origine des HIM un hématome post-traumatique organisé (5).

Tous les muscles peuvent être atteints, les membres inférieurs et la cuisse étant la région le plus souvent atteinte (1, 2). Dans la série de Wild et coll., le quadriceps constitue le muscle le plus fréquemment atteint (6).

De nombreux types anatomopathologiques sont décrits, qu'ils soient localisés (hémangiomes) ou multifocaux (angiomatose) ou qu'ils se composent de vaisseaux de diamètre élevé (hémangiome caverneux) ou plus faible (hémangiome capillaire) (1).

Cliniquement, la douleur représente le symptôme cardinal dans environ 60% des cas (1). Une masse est retrouvée dans 98% des observations (3), accompagnée ou non d'un épanchement intratissulaire. La température locale peut parfois être augmentée. Dans les formes superficielles, une coloration bleutée peut apparaître (3). Un déficit fonctionnel avec déformation, limitation des mouvements et faiblesse musculaire est possible (3). Certaines lésions sont pulsatiles et font entendre un souffle.

Le diagnostic différentiel est un point capital dans la démarche diagnostique d'une malformation vasculaire intramusculaire, car cette dernière peut prendre l'aspect d'une lésion maligne dont le traitement et le pronostic seraient très différents (1). Une masse intramusculaire peut correspondre à un lipome ou à un sarcome des tissus mous (rhabdomyosarcome, hémangiosarcome, ...). L'IRM permettra dans la plupart des cas d'orienter le diagnostic en analysant l'intensité du signal en T1 et T2.

L'IRM, est à l'heure actuelle, la méthode d'exploration la plus performante (7, 8), permettant un bilan topographique précis. En ce qui concerne l'artériographie, elle n'est plus utile dans la démarche diagnostique, mais peut être réalisée en 2^{ème} intention pour effectuer une embolisation pré-opératoire. Les radiographies standard sont rarement contributives, à l'exception de la présence de phlébolithes calcifiés (2).

Le traitement de choix est la chirurgie d'exérèse (3) avec biopsie qui permet le diagnostic histologique et une résection le plus souvent complète pour les lésions circonscrites. C'est la meilleure garantie de l'absence de récurrence. L'embolisation est généralement indiquée afin de réduire le risque d'hémorragie massive en per-opératoire (9). Dans les cas où la résection est impossible, en raison d'un envahissement jugé trop important ou d'un risque séquentiel fonctionnel évident, l'embolisation peut être bénéfique (6).

Le taux de récurrence des HIM, étudié par Beham et Fletcher (5), sur 74 cas, était supérieur à 50%.

Dans une autre série portant sur 89 patients (1), on retrouve un taux de récurrence de 18% localement. Par ailleurs, 7% des patients récidivaient plus d'une fois.

BIBLIOGRAPHIE

1. Allen PW, Enzinger FM.— Hemangioma of skeletal muscle. An analysis of 89 cases. *Cancer*, 1972, **29**, 8-22.
2. Moser RP, Barr MS.— Musculoskeletal case of the day: intramuscular hemangioma of the thigh. *Am J Roentgenol*, 1994, **162**, 1465-1466.
3. Fergusson ILC.— Haemangiomata of skeletal muscle. *Brit J Surg*, 1972, **59**, 634-637.
4. Cohen AJ, Youkey JR, Clagett P, et al.— Intramuscular hemangioma. *JAMA*, 1983, **249**, 2680-2682.
5. Beham A, Fletcher CDM.— Intramuscular angioma: a clinicopathological analysis of 74 cases. *Histopathology*, 1991, **18**, 53-59.
6. Wild AT, Raab P, Krauspe R.— Hemangioma of skeletal muscle. *Arch Orthop Trauma Surg*, 2000, **120**, 139-143.
7. Memis A, Arkun R, Ustun EE, Kandiloglu G.— Magnetic Resonance Imaging of intramuscular haemangiomas with emphasis on contrast enhancement patterns. *Clinical Radiology*, 1996, **51**, 198-204.
8. Berquist TH, Ehman RL, King BF, et al.— Value of MR imaging in differentiating benign from malignant soft-tissue masses: study of 95 lesions. *Am J Roentgenol*, 1990, **155**, 1251-1255.
9. Picci P, Sudanese A, Greggi T, et al.— Intramuscular hemangioma in infancy: diagnostic and therapeutic consideration. *J Pediatr Orthop*, 1989, **9**, 72-75.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr. W. Kurth, Service de Chirurgie de l'Appareil Locomoteur, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique.