

Case report

La myosite ossifiante circonscrite du coude: à propos d'un cas



Circumscribed myositis ossificans of the elbow: about a case

Yassine Nhamoucha^{1, &}, Othmane Alaoui¹, Charifa Alaoui¹, Hicham Abdellaoui¹, Mohammed Tazi¹, Mohammed Oukhoya¹, Lamyae Chater¹, Karima Atarraf¹, Mounir Arroud¹, Abderahman Afifi¹

¹Service de Chirurgie Pédiatrique 1, Hôpital Mère et Enfant, CHU de Fès, Maroc

[&]Corresponding author: Yassine Nhamoucha, Service de Chirurgie Pédiatrique 1, Hôpital Mère et Enfant, CHU de Fès, Maroc

Mots clés: Myosite ossifiante, radiographie standard, coude, chirurgie

Received: 10/02/2015 - Accepted: 18/03/2015 - Published: 19/08/2016

Abstract

La myosite ossifiante circonscrite (MOC) est une ossification hétérotopique des muscles striés. Sa localisation au niveau du coude est rare. Elle survient chez le sujet jeune, souvent suite à un traumatisme comme elle peut se développer également en dehors de tout traumatisme. Sa localisation prédominante est au niveau des muscles les plus volumineux de la racine des membres (fessiers, deltoïde) ou les plus exposés aux chocs direct (plus de 40 % des cas post-traumatiques sur le quadriceps). Nous proposons d'illustrer à partir d'une observation, les aspects que réalise la myosite ossifiante circonscrite en radiologie conventionnelle, en tomodynamométrie afin d'éviter la confusion diagnostique potentielle avec une tumeur osseuse maligne.

Pan African Medical Journal. 2016; 24:320 doi:10.11604/pamj.2016.24.320.5685

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/24/320/full/>

© Yassine Nhamoucha et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Circumscribed myositis ossificans (CMO) is a heterotopic ossification of the striated muscles. Its location at the level of the elbow is rare. It occurs in young patients, often following trauma as it can also develop without experiencing any traumatic event. Its predominant location is at the level of the larger muscles limbs root (gluteus, deltoid) or of the areas which are most exposed to direct shocks (the quadriceps in more than 40% of post-traumatic cases). Our study aims to highlight the aspects of a circumscribed myositis ossificans in conventional radiology and tomodynametry to avoid potential diagnostic confusion with a malignant bone tumor.

Key words: Myositis ossificans, standard radiography, elbow, surgery

Introduction

La myosite ossifiante circonscrite (MOC) est une ossification hétérotopique des muscles striés. C'est une affection bénigne pseudo-tumorale, rare, d'étiologie assez mal définie. C'est un processus local réactif, de développement auto limité, qui se produit à partir du tissu conjonctif interstitiel et non pas des fibres musculaire striées squelettiques. Le tableau clinique et la biologie ne sont pas spécifiques, ce qui rend à l'imagerie un rôle important dans le diagnostic de la maladie. Ce fut le cas de notre patient dont nous rapportons l'observation.

Patient et observation

Il s'agit d'un enfant de 13 ans, connu suivi pour un syndrome néphrotique depuis l'âge de 8 ans avec bonne évolution, le début de sa symptomatologie remonte à 1 mois avant son admission ou l'enfant a été victime d'une chute de sa hauteur avec réception au niveau du coude occasionnant chez lui une impotence fonctionnelle partielle du membre supérieur gauche avec douleur et tuméfaction du coude ou il a été traité traditionnellement par un bandage et massage mais vu la non amélioration et l'aggravation de sa symptomatologie il a consulté au urgences pédiatriques de notre formation pour prise en charge. L'examen clinique à l'admission trouve un enfant conscient stable sur le plan hémodynamique et respiratoire avec un coude gauche tuméfié, douloureux, bloqué à 130°, avec des signes inflammatoires en regard. La radiographie du coude a montrée des calcifications périarticulaires du coude et au niveau de la partie postérieure du bras gauche sans fracture associée (Figure 1). Une échographie des parties molles a été réalisée et qui était sans particularité avec un bilan infectieux qui était ascensionné (CRP à 80 mg/l, globules blancs à 16 000

élément/mm³). Nous avons complété le bilan par une tomodynamétrie du coude qui a parlée de formations de densité calcique s'étend de la face postérieure du coude jusqu'au niveau de la partie moyenne du bras (Figure 2). L'exploration chirurgicale a constaté la présence de plusieurs calcification au niveau sous cutané et au niveau de l'aponévrose du muscle triceps (Figure 3) qu'on a reséqué. Les suites opératoires étaient simples et le contrôle radiologique post opératoire a montrée une diminution des calcifications (Figure 4). L'examen clinique après un mois a montré une légère amélioration des amplitudes de mobilité du coude avec un secteur de mobilité à environ 30°.

Discussion

La myosite ossifiante circonscrite (MOC) est une pathologie bénigne, rare des parties molles, caractérisée par une prolifération hétérotopique non néoplasique d'os et de cartilage dans les tissus mous à distance du périoste. Cette affection est retrouvée avec une fréquence sensiblement égale dans les deux sexes, et concerne le sujet jeune jusqu'à 30 ans. La notion de traumatisme violent est parfois retrouvée mais souvent il s'agit de microtraumatismes répétés [1]. L'atteinte de la cuisse est la plus fréquente souvent dans le compartiment antérieur [2,3]. L'atteinte du membre supérieur est rare [4]. Cliniquement la MOC se manifeste comme une masse douloureuse des parties molles, de survenue brutale, de volume d'emblée maximal accompagné de signes inflammatoires cliniques et biologiques. La douleur a tendance à décroître avec l'évolution, ce qui fait la différence avec la pathologie tumorale [1]. L'aspect radiologique change parallèlement et est superposable à la maturation histologique de la lésion MOC. À la phase de début les radiographies sont normales, à la deuxième semaine apparaît une augmentation locale de densité et de volume des parties molles

avec une possible réaction périostée de voisinage et de fines calcifications [5]. L'échographie peut montrer une masse ovale bien limitée hypoéchogène à centre échogène en rapport avec le phénomène de zone histologique. Le scanner est l'examen paraclinique de choix pour caractériser la minéralisation hétérotopique en mieux démontrant le phénomène de zone [6]. Dans les deux premières semaines la lésion apparaît comme une masse relativement hypodense sans calcification centrale ou périphérique. À ce stade l'œdème périlésionnel peut être vu mais il est mieux apprécié par l'IRM. La disposition en anneau périphérique des calcifications est plus précocement et plus facilement mise en évidence que sur les clichés simples. L'os sous-jacent n'est pas envahi mais peut présenter une encoche ou une réaction périostée en regard [7]. Le diagnostic différentiel chez l'enfant devant présentant des images calciques douloureuses proches de la diaphyse des os longs, il conviendra d'éliminer une tumeur maligne [7, 8]. La MOC est d'évolution spontanément favorable. L'exérèse chirurgicale des ostéomes n'est pas systématique. La chirurgie est indiquée en cas de compression neurologique ou de raideur articulaire. Dans ce cas, la scintigraphie est indispensable pour vérifier la maturation des lésions [6].

Conclusion

La MOC est une affection bénigne des parties molles, dont l'étiologie et dont l'évolution est constamment favorable. Le tableau clinique et paraclinique initiale de la MOC fait craindre un processus malin ce qui peut amener parfois à une biopsie chirurgicale. Le traitement reste essentiellement médical, il est rarement chirurgical.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: Cliché standard du coude de face (A) et de profil (B): montrant des calcifications en amas se projetant au niveau des parties molles de la face postérieure du coude sans lyse osseuse

Figure 2: Coupes tomographiques (A, B): formations de densité calcique en conglomerats intéressant la région postérieure du coude, respectant l'articulation radio-cubito-humérale

Figure 3: Image per-opératoire du coude (A et B): montrant des calcifications en amas se projetant au niveau sous cutané et au niveau de l'aponévrose du muscle triceps

Figure 4: Cliché standard du coude de face (A) et de profil (B): montrant une diminution des calcifications en amas au niveau des parties molles de la face postérieure du coude

Références

1. Benkada S, Jroundi L, Jaziri A, Elkettani NC, Chami I, Boujida N, Bacadi D. La myosite ossifiante circonscrite: à propos d'un cas. *J Radiol.* 2006 Mar; 87(3): 317-9. **PubMed | Google Scholar**
2. Ellis M, Frank HG. Myositis ossificans traumatica: with special reference to the quadriceps femoris muscle. *J Trauma.* 1966; 6(6): 724-38. **PubMed | Google Scholar**
3. Petropoulos AS, Sferopoulos NK. Myosite ossifiante post-traumatique du muscle psoas iliaque. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot.* 1997; 83(8): 747-51. **Google Scholar**
4. Martin DK, Zadow SP, Pandit S, Falworth MS. Myositis ossificans of the subscapularis: an unusual case of restricted internal rotation. *J Shoulder Elbow Surg.* 2008; 17(4): 21-4. **PubMed | Google Scholar**
5. Alouini-Mekki R, El Mhabrech H, Hasni I, Allani M, Jemni H, Gamaoun W, M'hamed B, Mseddi M, Tlili-Graïess K. La myosite ossifiante circonscrite: apport de l'imagerie. *J Radiol.* 2007 May; 88(5 Pt 1): 663-8. **Google Scholar**
6. Fnini S, Arssi M, Hassoun J, Garce A, Largab A. Myosite ossifiante circonscrite de l'avant-bras. *Chir Main.* 2009 Dec; 28(6): 370-3. **PubMed | Google Scholar**

7. Bernard M, Coumbaras M, Zeitoun F, Arrivé L, Tubiana JM, Le Hir P. Spectre radiologique évolutif de la myosite ossifiante circonscrite. *J Radiol.* 2003; 84(1): 54-6. **PubMed | Google Scholar**

8. Bouchardy L, Garcia J. Apport de l'imagerie par résonance magnétique dans le diagnostic de la myosite ossifiante circonscrite. *J Radiol.* 1994 Feb; 75(2): 101-10. **PubMed | Google Scholar**



Figure 1: Cliché standard du coude de face (A) et de profil (B): montrant des calcifications en amas se projetant au niveau des parties molles de la face postérieure du coude sans lyse osseuse

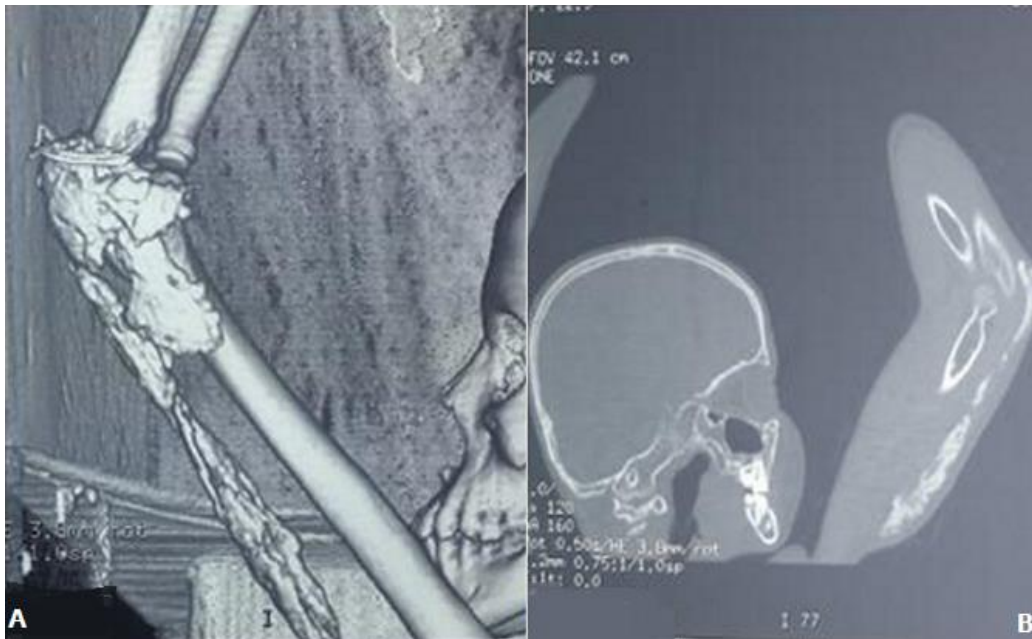


Figure 2: Coupes tomodensitométriques (A, B): formations de densité calcique en conglomérats intéressant la région postérieure du coude, respectant l'articulation radio-cubito-humérale



Figure 3: Image per-opératoire du coude (A et B): montrant des calcifications en amas se projetant au niveau sous cutané et au niveau de l'aponévrose du muscle triceps



Figure 4: Cliché standard du coude de face (A) et de profil (B): montrant une diminution des calcifications en amas au niveau des parties molles de la face postérieure du coude