

homme 44 ans , douleurs du bras gauche évoluant depuis 3 mois , tuméfaction d'augmentation progressive

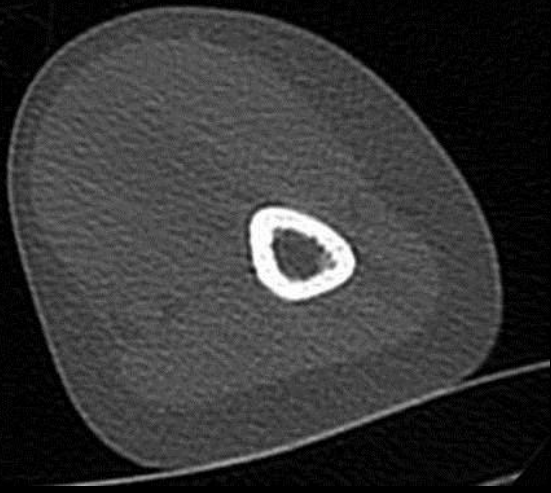
quels sont les éléments sémiologiques à retenir sur les radiographies standard





la lecture "dynamique" c'est-à-dire en "pinçant" la fenêtre de visualisation pour accentuer la visibilité des faibles variations de densité au sein des parties molles , permet de voir sans équivoque la **masse spontanément hyperdense par rapport aux éléments musculaires avoisinants**

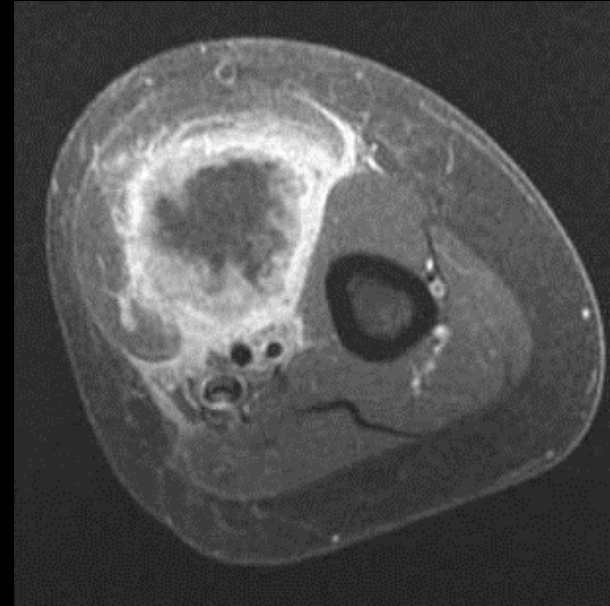
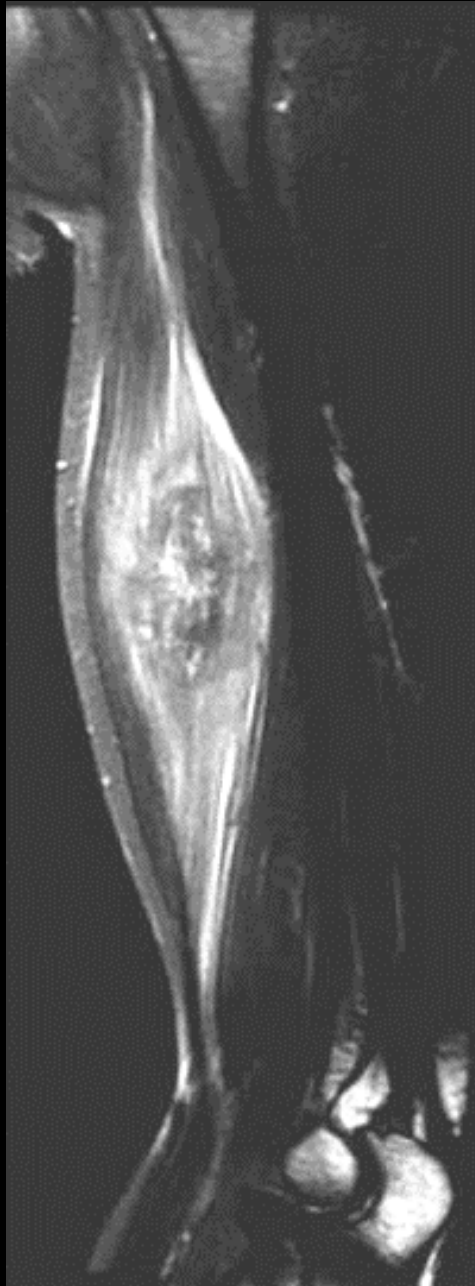
il n'y a aucune modification visible sur le squelette



-le scanner confirme l'absence d'anomalie osseuse en regard de la masse

-la prise de contraste en périphérie , en relation avec une **angiogénèse** nette ; et le **caractère infiltrant des contours lésionnels** , avec envahissement des structures musculaires adjacentes , l'absence de contexte infectieux sont très évocateurs d'une lésion tumorale





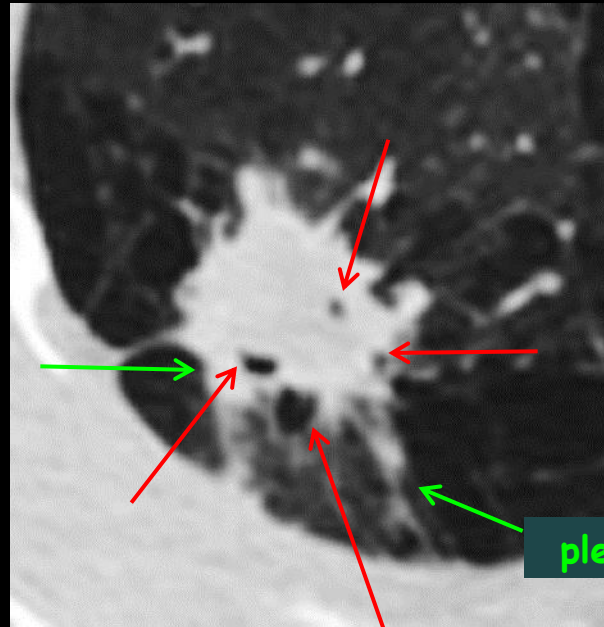
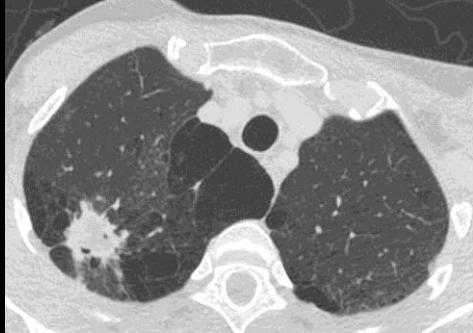
-l'IRM confirme la **très importante hypervascularisation de la masse**, en dehors de la zone centrale qui ne se rehausse pas

-le caractère infiltrant des contours sont particulièrement bien visibles

-très important **œdème des tissus mous adjacents**

-après concertation pluridisciplinaire , une **biopsie écho-guidée** de la lésion bicipitale gauche est réalisée qui montre un important contingent carcinomateux trabéculaire avec stroma-reaction fibreuse dissociant les fibres musculaires striées

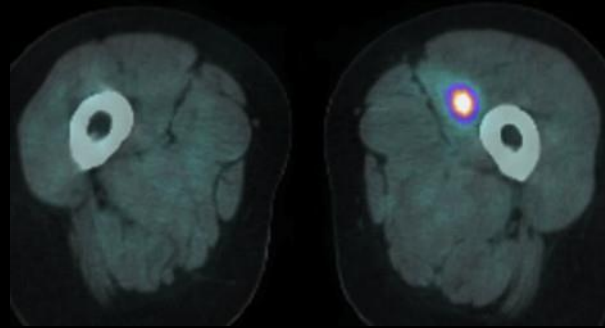
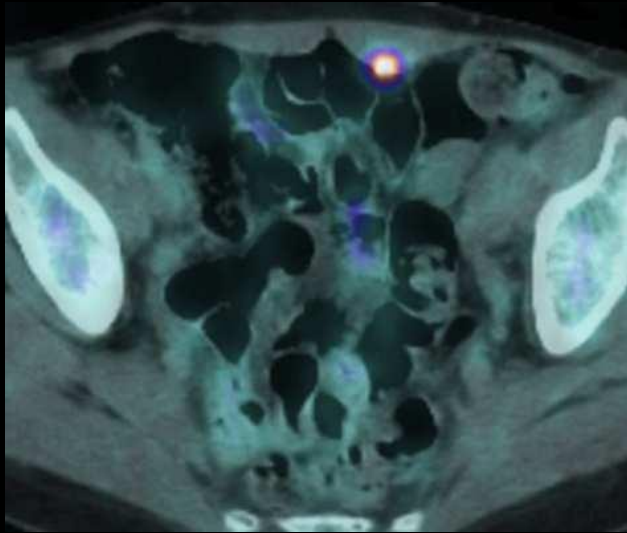
l'immuno-histo-chimie montre une expression de CK 7 sans expression de CK 20 ni de TTF-1 ; ce profil non spécifique restant compatible avec une origine pulmonaire



-le scanner retrouve une masse à contours spiculés avec "**pleural tags**" et "**radiolucent bubbles**" très évocatrices d'un **adénocarcinome bronchique** et un **emphysème centrolobulaire sévère** , témoin d'un tabagisme massif

pleural tags

radiolucent bubbles



-la TEP-CT au 18 FDG montre **2 autres localisations hypermétaboliques musculaires** (grand droit gauche et vaste intermédiaire)

au total , le diagnostic est donc

métastase musculaire brachiale révélatrice d'un adénocarcinome bronchique primitif chez un patient tabagique

métastases musculaires

Incidence : lésions rares

1% (séries cliniques)

de 0,16% à 16% (séries autopsiques)

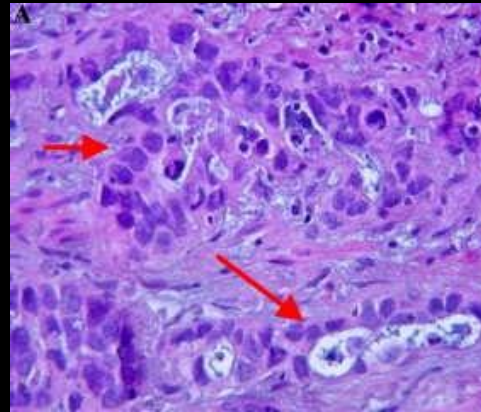
Rarement révélatrices du cancer primitif

Multifocales dans 40% des cas

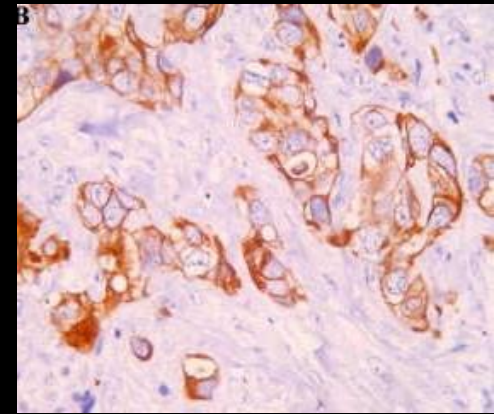
Pronostic particulièrement défavorable (pourcentage de survie de 13,8% à 2 ans et de 2,4% à 6 ans)

Cancers primitifs les plus souvent en cause :

- .pulmonaires +++
- .rein
- .tube digestif
- .sein
- .col utérin
- .thyroïde , sarcomes , carcinomes muco-épidermoïdes....



HES X40 Quelques cellules glandulaires



immunohistochimie X40
Positivité des cellules tumorales pour les anticorps anticytokératine
7=adénocarcinome peu différencié



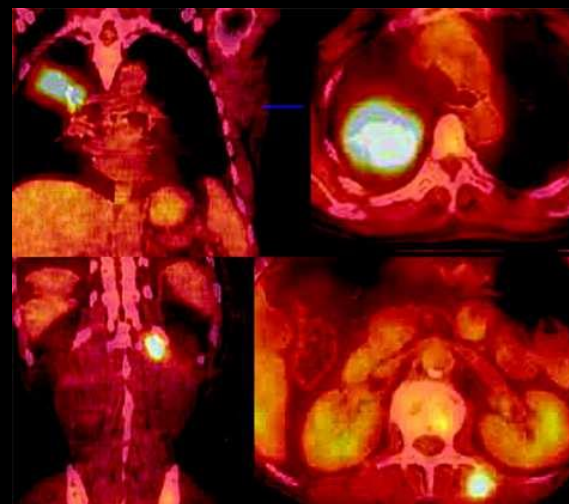
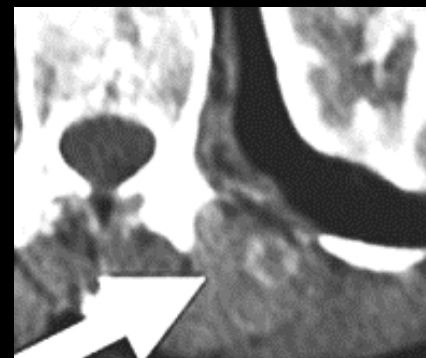
métastase du psoas droit d'un adénocarcinome bronchique aspect typique

Epidémiologie-physiopathologie des métastases musculaires

Rares malgré l'importance de la masse musculaire striée et la richesse de sa vascularisation, les métastases musculaires seraient même **exceptionnelles au niveau des membres**, siégeant plus volontiers dans la musculature du tronc (psoas et ceintures)

Hypothèse : **présence de facteurs protégeant le muscle strié des membres de l'invasion tumorale** :

- .**mécaniques** : mobilité musculaire et turbulences du flux sanguin
- .**biomécaniques** : modification de la pression artérielle intra musculaire ou de la température locale, rôle du sarcolemme comme barrière
- .**chimiques et humoraux** : pH musculaire acide, capacité du muscle squelettique à éliminer l'acide lactique (empêchant la néo vascularisation), libération de protéases et de cytokines (TNF : régénération musculaire et ralentissement de l'invasion musculaire), radicaux libres



localisation classique :
métastase du muscle psoas
d'un adénocarcinome
bronchique TEP CT 18 FDG

<http://thorax.bmj.com/content/early/2011/02/08/thx.2010.155903.full>

Imagerie des métastases musculaires :

Analyse de la sémiologie radiologique rare dans la littérature

Images peu spécifiques ; importance du **contexte clinique**

Lésions nodulaires tissulaires , hétérogènes avec **nécrose et œdème péri lésionnel (IRM) fréquents**

diagnostic différentiel : tumeur primitive (sarcome des tissus mous , abcès , hématome , collection

...

Importance d'une confirmation anatomo pathologique mais **prudence dans l'indication et la réalisation des biopsies**



messages à retenir

les localisations tumorales secondaires des muscles sont **rares** ,
surtout au niveau des membres , mais elles peuvent être
révélatrices

savoir y penser devant une **masse musculaire douloureuse**
d'aggravation rapidement progressive sans se "réfugier" dans
les diagnostics "paternalistes" d'hématome , abcès , claquage...

savoir rechercher d'emblée les **facteurs de risque de carcinome**
bronchique primitif (tabagisme +++) , principale cause de
métastase musculaire

ne biopsier une masse musculaire "agressive" , en apparence
primitive , qu'après avoir éliminé l'hypothèse d'une éventuelle
métastase , en particulier d'un cancer bronchique primitif et
discuté le dossier en RCP sarcome. Il peut en effet s'agir d'un
sarcome des tissus mous (synoviosarcome , fibrosarcome ,
histiocytome fibreux malin) dont la prise en charge
thérapeutique ne doit pas être compromise , par une biopsie
dans des conditions inadéquates.

