

Case report

Le fibrome des gaines tendineuses: une localisation exceptionnelle à l'orteil



Fibroma of tendon sheaths exceptionally affecting the toe

Adnane Lachkar^{1,&}, Orestes Zoffoun¹, Abdeljaouad Najib¹, Hicham Yacoubi¹

¹Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologie B, CHU Mohamed VI Oudja, Oudja, Maroc

[&]Auteur correspondant: Adnane Lachkar, Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologie B, CHU Mohamed VI Oudja, Oudja, Maroc

Received: 19 Jan 2020 - Accepted: 04 Feb 2020 - Published: 06 Feb 2020

Domain: Orthopedic surgery

Mots clés: Fibrome des gaines tendineuses, orteil, tumeur, chirurgie

Résumé

Le fibrome des gaines tendineuses est une tumeur rare pouvant survenir à tout âge. Il est rencontré le plus souvent au niveau du poignet et de la main. La localisation aux orteils est exceptionnelle. Les circonstances cliniques et l'imagerie peuvent suspecter le diagnostic. La confirmation est histologique. Le traitement est purement chirurgical avec un fort potentiel de récurrence au cas où l'exérèse est incomplète.

Case report | Volume 2, Article 38, 06 Feb 2020 | 10.11604/pamj-cm.2020.2.38.21575

Available online at: <https://www.clinical-medicine.panafrican-med-journal.com/content/article/2/38/full>

© Adnane Lachkar et al PAMJ - Clinical Medicine (ISSN: 2707-2797). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Fibroma of tendon sheaths is a rare tumor that can occur at any age. It usually involves the wrist and the hand. It exceptionally affects the toe. Clinical examination and imaging tests can suggest the diagnosis but this is confirmed by histology. Treatment is based on surgery. There is a high risk of recurrence in the case of incomplete resection.

Key words: *Fibroma of tendon sheaths, toe, tumor, surgery*

Introduction

En 1936, Gechickter et Copeland [1] ont décrit pour la première fois une lésion bénigne des tissus mous comme fibrome des gaines tendineuses (FGT). Il s'agit d'une tumeur rare qui peut survenir à tout âge, avec une incidence maximale entre 20 et 50 ans [1]. En 1979, Chung et Enzinger [1] ont rapporté une série de 138 cas de FGT dont 82% étaient situés au niveau de la main et du poignet et seulement 3% situés aux orteils. Le FGT des orteils peut être difficile à distinguer des autres diagnostics différentiels. C'est une lésion bénigne mais qui présente une incidence élevée de récives locales, allant de 11 à 25% [1]. Nous rapportons le cas d'un patient pris en charge chirurgicalement pour exérèse d'un FGT, à travers lequel nous rappellerons la présentation clinique de cette tumeur, son diagnostic, ses caractéristiques anatomopathologiques, son traitement et son pronostic.

Patient et observation

Il s'agit d'un patient âgé de 73 ans, hypertendu sous monothérapie (antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II). L'histoire de sa maladie remonte à 6 ans de son admission par l'installation d'une tuméfaction augmentant de taille progressivement et insidieusement, en regard de la pulpe du troisième orteil droit. L'évolution a été marquée par la gêne au chaussage et à la marche. Le patient avait bénéficié de plusieurs mesures thérapeutiques conservatrices (application locales d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, de topiques corticoïdes, d'acide fusidique) sans notion d'amélioration, ce

qui l'a motivé à consulter. À l'examen clinique, la tumeur était molle, rouge, sensible à la palpation, fixe par rapport au plans profonds et superficiels (Figure 1). L'examen vasculonerveux était sans particularités. Le bilan biologique standard (numération de la formule sanguine, vitesse de sédimentation, protéine-C réactive) était sans anomalies. La radiographie standard avait montré une formation de tonalité intermédiaire peu contrastée en regard de la pulpe du troisième orteil droit sans signes de destruction osseuse (Figure 2).

En concertation avec le patient et l'équipe chirurgicale, une biopsie-exérèse large à partir de la deuxième a été effectuée pour exclure toute malignité. Les deux pédicules vasculaires ont été ligaturés et les nerfs collatéraux ont été strippés. Le geste a été complété par une plastie des tendons fléchisseurs profonds et extenseurs de l'orteil avant de réaliser la fermeture de la peau. La pièce d'exérèse mesurait 4x3x2.5cm et pesait 15 grammes (Figure 3); elle a été adressée à l'étude anatomopathologique. À l'examen macroscopique la pulpe était siège d'une tumeur nodulaire faisant 3cm de diamètre, d'aspect fasciculé et blanchâtre à la coupe. Histologiquement, la masses correspondait à une prolifération myo-fibromateuse faite de rares cellules fusiformes. Ces cellules s'agençaient en faisceaux enchevêtrés dans un stroma abondant fait de trousseaux de collagène épaissi, dépourvu de foyer nécrotique. La tumeur arrivait jusqu'au tissu osseux faisant suite aux fibres des gaines tendineuses. Les limites de la résection étaient saines. L'évolution a été favorable sans notion de récive.

Discussion

Les FGT constituent une entité rarissime parmi les tumeurs bénignes des parties molles. En effet, le nombre de cas rapportés dans la littérature demeure très limité. Chung et Enzinger [1] ont été les premiers auteurs à recueillir le plus grand nombre d'observations de FGT. Dans leur large série de 138 patients, ils n'ont signalé l'existence de cette tumeur au niveau des orteils que chez 4 sujets. Le FGT se présente généralement comme une tumeur solitaire, à croissance lente et indolore adjacente à la gaine tendineuse qui peut irriter les tissus environnants par compression. Les lésions sont le plus souvent de petite taille, allant de 0,5 à 7,0 cm. Macroscopiquement, le FGT est une masse lisse, dense, bien circonscrite et se caractérise histologiquement par un stroma fibrocollagène dense avec des fibroblastes dispersés en forme de fuseau et des espaces vasculaires étroits en forme de fente. Les cellules géantes et les macrophages pigmentés chargés d'hémosidérine sont absents [1-3]. Le FGT implique le plus souvent les gaines tendineuses des petites articulations du poignet et des doigts. La pathogenèse du FGT et les raisons de la localisation préférentielle dans les membres supérieurs ne sont pas entièrement comprises. Les emplacements moins courants incluent le coude, l'épaule, la poitrine, le dos et le membre inférieur [4, 5]. Compte tenu du diagnostic différentiel du FGT, il faut exclure la fibromatose circonscrite, la fasciite nodulaire, le neurofibrome, le léiomyome, le tissu cicatriciel, l'histiocytome fibreux et, en particulier, la tumeur à cellules géantes de la gaine tendineuse [2-5].

Le diagnostic de FGT est confirmé par plusieurs aspects tels que les antécédents du patient, l'examen clinique et les résultats radiologiques et anatomopathologiques. Les résultats de la radiographie standard sont rarement concluants, sauf dans les cas associant des modifications osseuses érosives [4]. L'échographie et l'IRM constituent de bons moyens d'imagerie pour orienter le diagnostic. Normalement, les FGT décrivent un signal d'intensité

légèrement élevée sur les images pondérées en T2. Mais en raison de l'œdème de la tumeur ou de la vascularisation capillaire environnante, la tumeur peut réagir à un signal de haute intensité sur les images pondérées en T2. L'IRM aiderait contribuerait également au dépistage précoce des cas de récurrence [6]. Le traitement de choix du FGT est la résection chirurgicale. Le FGT est excisé avec la gaine tendineuse sus-jacente. Les FGT superficiels sont plus faciles à enlever. Les types profonds qui se développent autour du tendon et de la capsule articulaire présentent des difficultés d'excision. Parfois, la tumeur ne peut pas être complètement retirée, ce qui est la principale raison de récurrence après la chirurgie. Une incidence élevée de récurrence locale a été décrite ; elle varie de 4% à 45%. La transformation maligne n'a jamais été décrite [2,3,5].

Conclusion

Le FGT est une tumeur exceptionnelle localisée le plus souvent au membre supérieur. Son emplacement au niveau des orteils et extrêmement inhabituel. Le diagnostic positif est souvent difficile et les moyens d'imagerie n'y contribuent pas amplement. L'étude anatomopathologique confirme le diagnostic. Il s'agit d'une tumeur bénigne avec un fort potentiel de récurrence en cas d'exérèse chirurgicale incomplète.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: aspect clinique de la tumeur

Figure 2: radiographie du pied montrant une formation de tonalité intermédiaire peu contrastée en regard de la pulpe du troisième orteil

Figure 3: pièce d'exérèse chirurgicale

Références

1. Chung EB, Enzinger FM. Fibroma of tendon sheath. *Cancer*. 1979;44(5):1945-1954. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)

2. Fu Z, Liu J, Huang D, Jia X, Liu Z, Liu B. Fibroma of tendon sheath embedded in carpal bones mimicking carpal enchondroma: A case report. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Apr;98(16):e15262. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
3. Jacobs E, Witlox MA, Hermus JP. Fibroma of tendon sheath located within Kager's triangle. *J Foot Ankle Surg*. 2014 Mar-Apr;53(2):208-11. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
4. Heckert R, Bear J, Summers T, Frew M, Gwinn D, McKay P. Fibroma of the tendon sheath - a rare hand tumor. *Pol Przegl Chir*. 2012 Dec;84(12):651-6. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
5. Al-Qattan MM. Fibroma of tendon sheath of the hand: a series of 20 patients with 23 tumours. *J Hand Surg Eur*. 2014 Mar;39(3):300-5. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
6. Ge Y, Guo G, You Y, Li Y, Xuan Y, Jin ZW *et al*. Magnetic resonance imaging features of fibromas and giant cell tumors of the tendon sheath: differential diagnosis. *Eur Radiol*. 2019 Jul;29(7):3441-3449. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)



Figure 1: aspect clinique de la tumeur



Figure 2: radiographie du pied montrant une formation de tonalité intermédiaire peu contrastée en regard de la pulpe du troisième orteil



Figure 3: pièce d'exérèse chirurgicale