

# Fasciite nodulaire: Cause rare de tumeur cervicale : A propos d'un cas

Zeine Abidine Baba Hassene\*a (Dr), O. Bouanania (Dr), M. Boulaadasa (Pr)  
a Hôpital des spécialités, Rabat, MAROC  
\* zeynelabidine2018@yahoo.com

## Introduction

La fasciite nodulaire a été décrite pour la première fois par Konwaler et al [1] en 1955. Il s'agit d'une prolifération bénigne et discrète de fibroblastes dans les tissus sous-cutanés souvent centrés sur le fascia profond.

Le diagnostic constitue souvent un défi car cet type de masse peut être confondu avec une tumeur maligne en raison de son aspect clinique agressif et ses caractéristiques histologiques.

Les études publiées sur des enfants atteints de fasciite nodulaire cervicale sont limitées à cause de la rareté de cette affection.

## Observation:

Un garçon de 6 ans sans antécédents de traumatisme ni de tuberculose, s'est présenté avec une tuméfaction de la région sous-angulo-mandibulaire gauche augmentant progressivement depuis 6 mois. (Figure 1)

L'examen a révélé une masse ferme d'environ 40 mm x 30 mm sans signe inflammatoire associé. Le reste de l'examen cervicofacial était normal. Le bilan inflammatoire était sans particularité.

Une tomodensitométrie (TDM) cervicale a objectivé une masse rétromandibulaire gauche, bien limitée, isodense, légèrement rehaussé après injection du produit de contraste mesurant 26x32x39 mm sans envahissement local. (Figure 2)

Une biopsie a été réalisée. L'étude histopathologique et le profil immunohistochimique ont révélé le diagnostic de fasciite nodulaire. 4 mois plus tard après et la non régression de tumeur, une exérèse complète a été réalisée. A 18 mois de suivi il n'y avait aucun signe de récurrence.



Figure 1: Image montrant la tuméfaction cervicale gauche

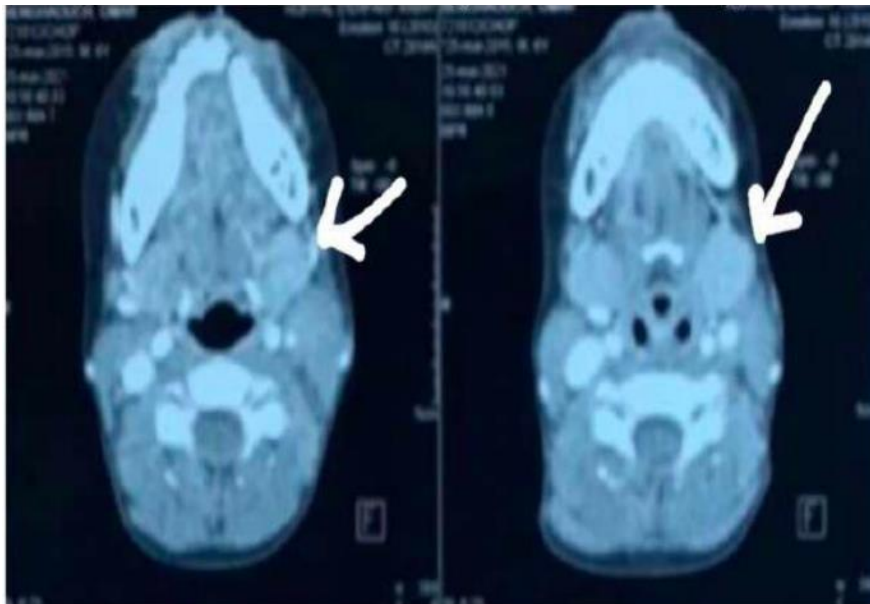


Figure 2: Coupes scannographiques axiales montrant la masse

## Discussion

La fasciite nodulaire a été décrite pour la première fois par Konwaler et al [1] en 1955. Il s'agit d'une prolifération bénigne et discrète de fibroblastes au niveau des tissus sous-cutanés souvent centrés sur le fascia profond, est le plus souvent diagnostiqué chez les adultes âgés de 20 à 40 ans. Une prédominance masculine a été rapportée [2]. Cependant, sa prévalence chez les enfants reste basse présentant seulement 10% de cas rapportés dans la population pédiatrique [3,4].

Les localisations les plus communes sont les extrémités puis sur le tronc.

On estime que les régions de la tête et du cou restent des localisations exceptionnelles. [5].

Ces lésions bénignes peuvent être réactionnelles ou inflammatoires, mais leur pathogénie est encore incertaine. Bernstein et Lattes [6] ont supposé que la fasciite nodulaire était une forme de tissu de granulation pouvant être provoquée par des traumatismes.

Dans notre cas, le patient ne présentait aucun facteur ni étiologie expliquant sa pathologie.

La présentation clinique la plus fréquente des nodules est une masse solitaire, évoluant assez rapidement avec de fréquentes douleurs. Des troubles sensitifs associés de type engourdissement, une paresthésie reste moins fréquents survenant suite à une compression du nerf périphérique [7,8].

Il existe 3 sous-types de fasciite nodulaire sur le plan anatomique:

- Sous-cutané
- Intramusculaires
- Intermusculaires (fasciaux).

Le type sous-cutané se produit 3 fois plus souvent que les autres sous-types et se présente comme un nodule sous-cutané, de diamètre moyen de 1,2 cm. Le type intramusculaire est le plus susceptible de mimer une tumeur maligne des tissus mous car il est généralement de plus grande taille et de localisation plus profonde.

Par conséquent, tenant compte des données cliniques les fasciites nodulaires semblent être non spécifiques et ne font pas souvent l'objet d'un diagnostic préopératoire correct.

Les caractéristiques radiologiques de la fasciite nodulaire sont variables et non spécifiques non plus. Aucun modèle distinctif n'a été rapporté sur le scanner ou l'IRM mis à part des plages de rehaussement lésionnel léger, homogène à hétérogène et confluent à annulaire. À l'échographie, les lésions sont hypoéchogènes ou anéchogènes, homogènes et bien délimitées sans signal Doppler détectable [9,10].

Histologiquement, la tumeur est non encapsulée, composée habituellement de tissu fibroblastique unitaire ou cellules myofibroblastiques sans pléomorphisme ni hyperchromatisme nucléaire

- La tumeur peut être très cellulaire.
- Un réseau capillaire avec extravasation de globules rouges est également apparent.
- Les mitoses peuvent être nombreuses mais pas atypiques.
- Le collagène est généralement rare
- Les cellules géantes multinucléées de type ostéoclastique sont fréquentes.
- Formes myxoides peuvent être distinguées, ce sont des formes cellulaires plutôt jeunes
- Formes fibreuses qui sont plus observées au stade avancé [11].

L'exérèse chirurgicale conservatrice reste le traitement de choix pour ces lésions bénignes [12]. La régression spontanée est largement rapportée dans la littérature [13]. Pour cette raison, une période de suivi de 4 à 6 semaines après la biopsie doit être considérée en raison de la possibilité de régression spontanée de la masse. Si la résolution n'a pas eu lieu après cette période, un traitement chirurgical conservateur devrait être réalisé [13]. Après résection, les récurrences sont extrêmement rares (dans 1 à 2 % des cas) [14].

## Conclusion

Le diagnostic de la fasciite nodulaire est souvent un défi car il peut être confondu avec une tumeur maligne en raison de son agressivité clinique et ses caractéristiques histologiques.

L'étude immunohistochimique peut être un outil utile pour établir le diagnostic afin d'éviter une prise en charge inappropriée de cette tumeur bénigne.

## Références :

- 1-Konwaler BE, Keasbey L, Kaplan. Subcutaneous pseudosarcomatous fibromatosis (fasciitis). *Am J Clin Pathol.* 1955;25(3):241-252
- 2-Price EB Jr, Silliphant WM, Shuman R. Nodular fasciitis: a clinicopathologic analysis of 65 cases. *Am J Clin Pathol.* 1961;35:122-136.
- 3-Stout AP. Pseudosarcomatous fasciitis in children. *Cancer.* 1961;14:1216-1222.
- 4-Allen PW. Nodular fasciitis. *Pathology.* 1972;4(1):9-26
- 5-Nishi, S. P, Brey, N. V, & Sanchez, R. L. (2006). Dermal nodular fasciitis: three case reports of the head and neck and literature review. *Journal of cutaneous pathology*, 33(3), 318-382.
6. Bernstein KE, Tattes R. Nodular (pseudosarcomatous) fasciitis, a nonrecurrent lesion: clinicopathologic study of 134 cases. *Cancer* 1982; 49:1668 - 78.
- 7-Leung LYJ, Shu SJ, Chan ACL, et al. Nodular fasciitis: MRI appearance and literature review. *Skeletal Radiol* 2002;31:9-13
- 8-Wang XL, De Schepper AMA, Vanhoenacker F, et al. Nodular fasciitis. Correlation of MRI findings with histopathology. *Skeletal Radiol* 2002;31:155-161
- 9-Boffano P, Campisi P, Forni P, Ramieri G, Berrone S. Nodular fasciitis in the maxillary region. *Craniofac Surg* 2012;23(6):e558-e560.
- 10-Meyer CA, Kransdorf MJ, Jelinek JS, Moser RP Jr. MR and CT appearance of nodular fasciitis. *J Comput Assist Tomogr.* 1991;15(2):276-279.
- 11-Laredo, D., "Tumeurs fibroblastiques ou myofibroblastiques." *Imagerie rhumatologique et orthopédique T5.* 2016. 3363.
- 12-Hseu A, Watters K, Perez-Atayde A, Silvera VM, Rahbar R. Pediatric nodular fasciitis in the head and neck: evaluation and management. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015; 141(11):5459.
- 13-Celentano A, Mascolo M, De Rosa G, Mignogna MD. Nodular fasciitis of the tongue. *Head Neck.* 2010;32(1):
- 14-Dioux P, Mesturoux L, Charissoux A, Pommepuy Lavre B, Marcheix P-S. Nodular fasciitis: case report and review of the literature. *Chir Main.* 2013; 32:313-344