

**Elle était là mais il a fallu la  
chercher ailleurs**

**Résidente Kessentini Nahed  
Le 06/01/2015**

# Observation

- Patiente R.F. âgée de 44 ans
- Couturière dans une usine de confection
- Habitudes toxiques = 0
- ATCDS personnels:
  - Mdcx et Chrgcx: RAS
  - GO: grossesse compliquée de toxémie gravidique/ diabète gestationnel

# Motif de consultation

- **Myalgies** membre inférieur gauche
- Evolution paroxystique
- Devenant invalidantes: impossibilité de travailler

# Interrogatoire:

- Depuis 2 ans, installation de :
  - **Myalgies à type de crampe** de la jambe gauche :
  - Aggravées à l'effort ( PM imprécis, surtout lorsqu'elle active la machine à coudre avec son pied)
  - Survenant par poussées: surtout en saison estivale
  - Notion de tuméfaction de la jambe gauche accompagnant la douleur ( évolution paroxystique)

# Examen physique

- BEG
- BMI: 28
- Apyrétique
- Labstix: négatif
- Aires gonglionnaires libres
- Pas de lésions cutanées
- Ex jambes: pas de tuméfaction ni œdèmes

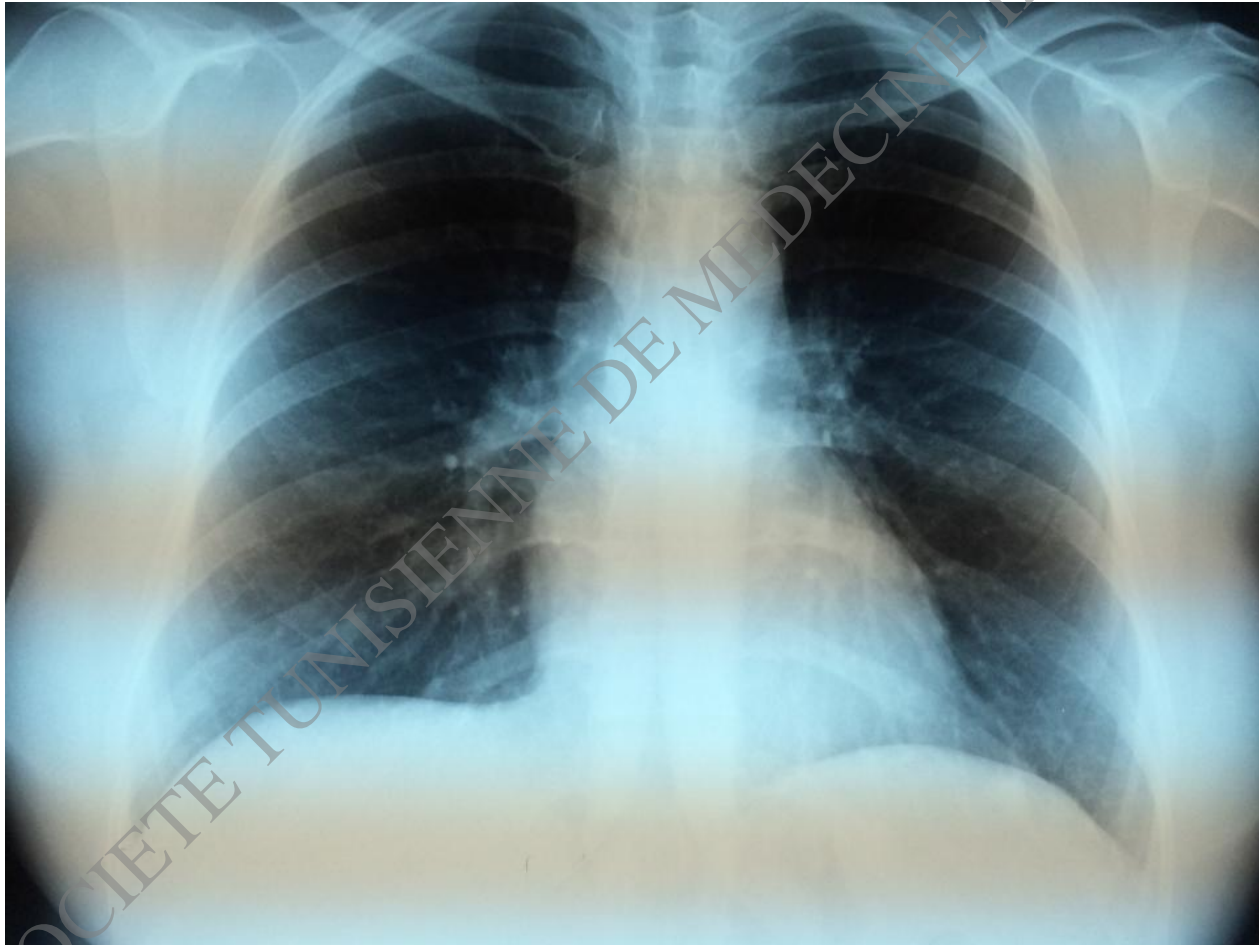
# Examen physique

- **Ex cardiovasculaire:**
  - TA: 12/6 symétrique
  - BDC bien perçus , pas de souffle
  - Pouls périphériques + et symétriques
- **Ex pleuro pulmonaire:**
  - Eupnéique
  - Fins crépitants aux bases
- **Ex abdominale:**
  - Pas d'organomégalie
  - Pas de signes d'HTP
- **Ex neurologique:**
  - Normal

# Biologie

- NFS:
  - GB: 7920/mm<sup>3</sup>, lymphocyte: 1390/mm<sup>3</sup>
  - Hb: 12 g/dl, Plq: 330000/mm<sup>3</sup>
- CPK: 153 UI/l, LDH: 130 UI/l
- ASAT/ALAT: 26/34 UI/l
- GGT: 419 UI/l
- PAL: 198 UI/ml
- Calcémie: 2,3 mmol/l
- CRP: 7 mg/l
- EPP: Alb: 46 g/l, alpha 1: 1,7g/l, alpha2 7,9 g/l, béta: 9,8 g/l, gamma: 12,6 g/l

# Radiographie du thorax



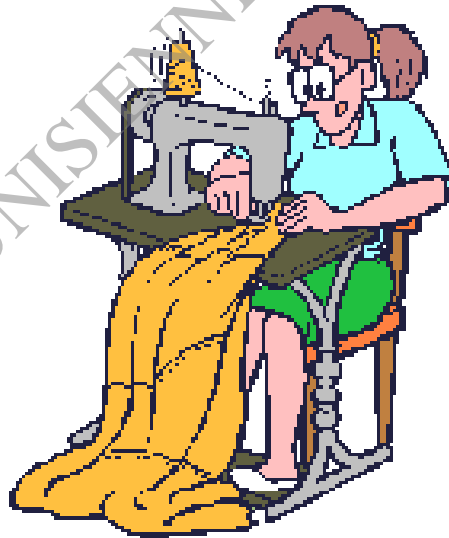


# A ce stade: Que peut on évoquer?

## Claudication intermittente M. inférieur gauche

### Vasculaire ?

- Artérielle ?
- l. veineuse?



### Neurologique ?

- Radiculaire ?
- Médullaire ?

# Soyons systématiques: Origine vasculaire

## Insuffisance veineuse:

- Tuméfaction de la jambe: œdème?
- Saison estivale ( vasodilatation veineuse?)

## **Mais:**

- Pas d'œdèmes à l'examen
- Pas de varices ni autres signes cutanés d'l.veineuse

# Soyons systématiques: Origine vasculaire

## Insuffisance artérielle unilatérale:

- Le type de douleurs (crampes) est évocateur

### **Mais:**

- Pouls périphériques présents et symétriques
- Pas de souffles sur les trajets artériels
- TA: 12/6 aux deux bras: symétrique

# Soyons systématiques: Origine neurologique

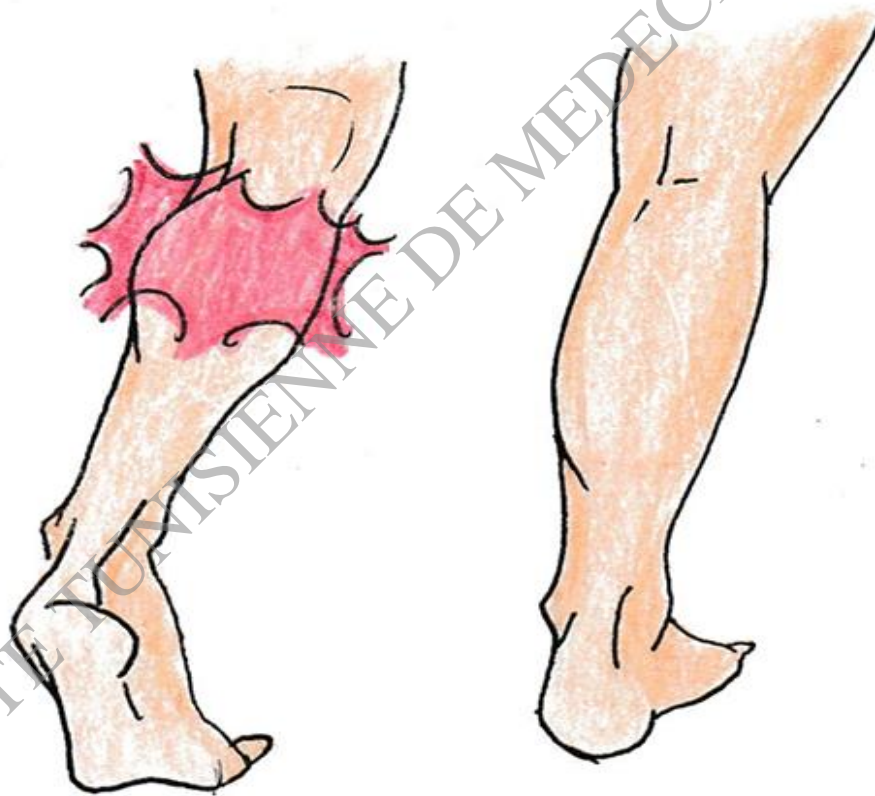
## Médullaire:

- Caractère unilatérale est contre
- Douleurs et non pas déficit

## Radiculaire:

- Il s'agit de crampes et non de douleurs radiculaires

# Que nous reste t il ?



Un problème local?

**Quel examen(s)  
complémentaire(s) proposeriez  
vous?**

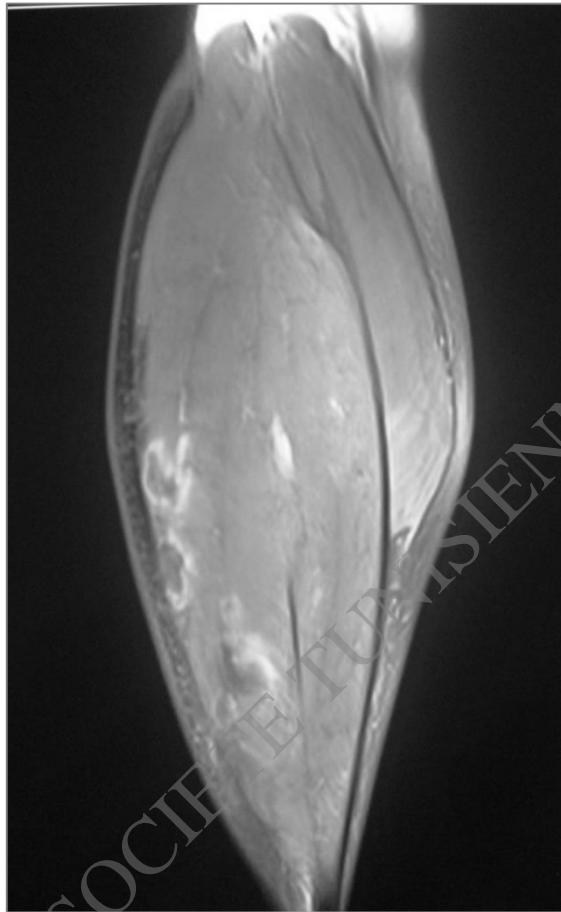
# Ce qui a été fait...

## ➤ **Electromyogramme:**

➤ Atteinte **myogène** discrète

## ➤ **IRM du mollet**

# IRM du mollet gauche



SOCIÉTÉ TUNISIENNE DE MÉDECINE INTERNE



# IRM du mollet gauche

- Multiples lésions focales musculaires intéressant le jumeau interne et externe ainsi que la partie moyenne du jambier antérieur se traduisant par des plages d'allure inflammatoire infiltrantes avec rehaussement surtout en périphérie

**Quel diagnostic évoquez vous ?**

**Quel examen complémentaire proposez vous?**

# Myosite focale

- Myalgies localisées
- Aspect myogène à l'EMG
- Lésions évocatrices à l'IRM

# Les myosites focales

## Myosite focale d'Heffner

### Focal myositis

Charles Masson \*, Emmanuel Hoppé,  
Ronan Houitte, Béatrice Bouvard

*Pôle ostéoarticulaire, service de rhumatologie, CHU d'Angers,  
4, rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France*

- **Définition** : lésion inflammatoire douloureuse et nodulaire d'un muscle squelettique ou d'un groupe de muscles
- Décrite en **1977** par **Heffner**
- Une centaine de cas ont été publiés
- Touche autant l'adulte que l'enfant
- Sans prédominance d'âge ou d'un sexe (≠ dermatomyosites et polymyosites)

# Myosite focale d'Heffner

## Focal myositis

Charles Masson \*, Emmanuel Hoppé,  
Ronan Houitte, Béatrice Bouvard

*Pôle ostéoarticulaire, service de rhumatologie, CHU d'Angers,  
4, rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France*

### ➤ **Sémiologie:**

- Augmentation douloureuse de volume d'un segment de membre
- Myalgies localisées
- Aspect sclérosant ou pseudo-tumoral du muscle
- Les membres inférieurs: localisations préférentielles
- Autres zones topographiques : l'abdomen, la musculature fessière, l'avant-bras, la main, la musculature cervicale,
- L'augmentation rapide de volume peut simuler une tumeur sarcomateuse ou une thrombophlébite
- Les symptômes systémiques: typiquement absents

# Les myosites focales

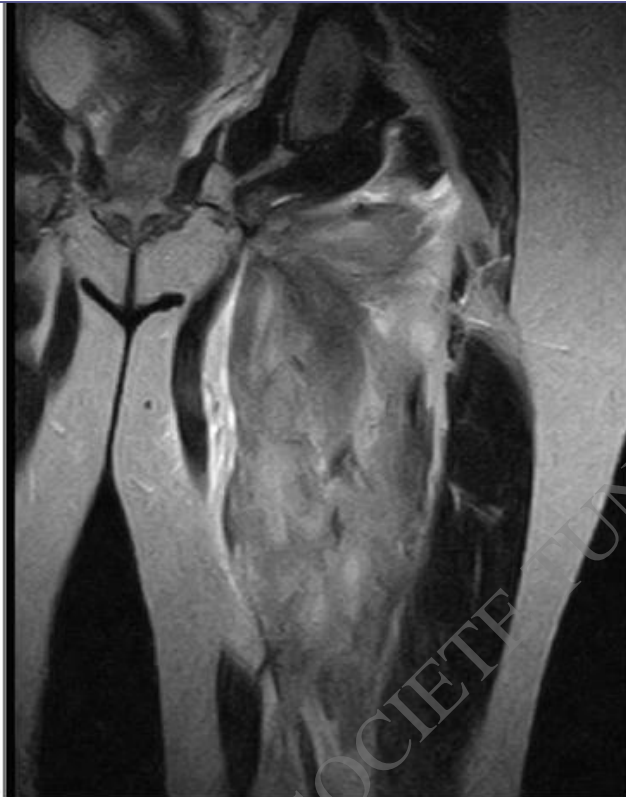
- Les examens biologique de routine: normaux
- L'électromyogramme: peut montrer un tracé normal ou de type myogène
- L'examen échographique: tuméfaction bien circonscrite ou à l'inverse à limites floues, hypo- ou hyperéchogènes

# Recurrent focal myositis: a rare inflammatory myopathy

Teixeira F<sup>1</sup>, Peixoto D<sup>1</sup>, Costa JA<sup>1</sup>, Bogas M<sup>1</sup>, Taipa R<sup>2</sup>, Melo Pires M<sup>2</sup>, Afonso C<sup>1</sup>, Araújo D<sup>1</sup>

ACTA REUMATOL PORT. 2014;39;172-175

## IRM musculaire



**FIGURE 1.** A T2 weighted magnetic resonance imaging – high signal intensity in *adductor magnus* and *adductor brevis* suggestive of local muscle inflammation



**Fig. 1.** Results of right leg MRI. A1 and A2 display Sagittal T2-weighted images (A1 and A2), transverse T2-weighted image (B) and T1-weighted image (C) demonstrates diffuse high signal intensities of the right gastrocnemius (A with arrow), flexor digitorum longus (B with arrow), tibialis anterior (C with arrow) muscles, and edematous changes of the subcutaneous tissue.

# Intérêt de la biopsie musculaire

- Non faite chez notre patiente
- Gold standard +++
- Elle peut montrer :
  - Un infiltrat inflammatoire musculaire focal à composant notamment lymphocytaire péri- et endomysial
  - Des fibres musculaires nécrotiques
  - Parfois une fibrose interstitielle et des zones d'infarctus musculaires

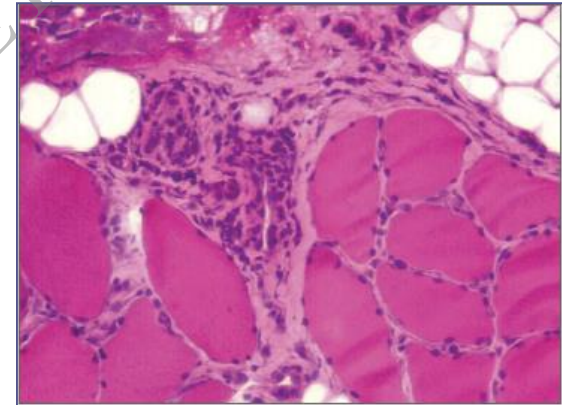


FIGURE 3. Alterations of muscle fibers with loss of striation, variation in fiber diameter and mononuclear infiltrate in the perivascular spaces.



FIGURE 2. Fiber necrosis

# Focal Myositis of Unilateral Leg

Jin Jun, M.D., Sun Im, M.D., Ph.D., Joo Hyun Park, M.D., Ph.D.,  
Soon Hei Yoo, M.D., Geun-Young Park, M.D., Ph.D.

Department of Rehabilitation Medicine, College of Medicine, The Catholic University of Korea, Bucheon 420-717, Korea

## ➤ **Diagnostic différentiel**

- Phlébite surale
- Kyste poplité rompu
- Tumeurs de la fibre musculaire (rhabdomyosarcome malin)
- Tumeurs développées aux dépens d'éléments associés à la fibre musculaire (lipome, tumeur desmoïde, tumeur ou malformations vasculaires à développement musculaire)
- Tumeurs d'origine extramusculaire (métastases musculaires, ossifications intramusculaires)



## Recurrent focal myositis: a rare inflammatory myopathy

Teixeira F, Peixoto D<sup>1</sup>, Costa JA<sup>1</sup>, Bogas M<sup>1</sup>, Taipa R<sup>2</sup>, Melo Pires M<sup>2</sup>, Afonso C<sup>1</sup>, Araújo D<sup>1</sup>

ACTA REUMATOL PORT. 2014;39:172-175

- Spontanément , elle peut guérir au bout de quelque mois
- Mais , elle peut récidiver
- Traitement :
  - AINS
  - Corticoïde



**Quels sont les étiologies évoqués  
ainsi que les bilans à demander?**

SOCIÉTÉ TUNISIENNE DE MÉDECINE INTERNE

Myosites du mollet après  
cure chirurgicale pour  
sciatique radiculaire  
S1 (deux cas)

vascularite

## Les étiologies d'une myosite focale

paranéoplasique

Granulomatose

après une vaccination  
par le BCG (1 cas) ou  
prise de venlafaxine  
(1 cas)

Infectieuse

SOCIÉTÉ TUNISIENNE DE MÉDECINE INTERNE

# Discussion diagnostique

- Myosite focale dans le cadre d'une myopathie inflammatoire généralisée:
  - Dermatomyosite, polymyosite
    - Pas de déficit ni douleurs au niveau des autres groupes musculaires ( testing musculaire: normal)
    - Pas de lésion cutanée
    - Enzymes musculaires: normales
  - Myosite à inclusion
    - Mais l'âge de début est contre

# Discussion diagnostique

- Myosite focale:
  - Iatrogène: éliminé par l'interrogatoire
  - Origine infectieuse: pyomyosite: (bactérienne: staphylocoque)
    - mais pas d'AEG, pas de fièvre
    - Pas de syndrome inflammatoire biologique
  - Vascularite:
    - Pas d'autre signe clinique évocateur
    - ANCA négatif
  - Paranéoplasique
    - Pas d'AEG
    - Pas de tumeur primitive

# La sarcoïdose: une bonne piste????

## 1/ **Dyspnée d'effort + crépitant**

- EFR: normale
- TDM thoracique:
  - nodules acinaires et micronodulaires bronchiolaires et des nodules de distribution interstitielle en rapport avec une bronchiolite interstitielle prédominant au niveau des apex

# La sarcoïdose: une bonne piste????

## 1/ Dyspnée d'effort + crépitant

### ➤ Fibro-bronchique:

#### ➤ LBA:

- Alvéolite lymphocytaire modérée avec un rapport  $CD4/CD8 = 1.8$  avec à la cytopathologie présence d'une cytologie inflammatoire
- Pas de BK à la culture

#### ➤ Biopsie systématique:

- Inflammation granulomateuse de la muqueuse bronchique sans nécrose caséuse pouvant cadrer avec une **sarcoïdose**

# La sarcoïdose: une bonne piste????

## 2/ Cholestase anictérique:

- Sérologies hépatite B et C : négatives
- Anti mitochondrie, anti-muscle lisse et Liver dot: négative
- IRM hépatique: pas d'aspect de Cholangite sclérosante

➔ Diagnostic retenu: **myosite focale secondaire à une sarcoïdose**



# Traitement

- Corticoïdes:
  - 1 mg/kg/j pendant 2 mois puis dégression de 5 mg/15j
- Nous sommes au 8<sup>ème</sup> mois du traitement
  - Aucune nouvelle poussée de myosite: a repris son travail de couturière normalement
  - Régression de la cholestase avec GGT à 193 UI/l et lymphocyte à 2730
  - Amélioration du syndrome interstitiel sur la Rx thorax

# Sarcoïdose et atteinte musculaire

- L'atteinte musculaire au cours de la sarcoïdose:
  - fréquente: 80 %
  - généralement asymptomatique
  - Symptomatique: 0.5 à 5%,
    - faiblesse musculaire ou myalgie
    - Les études histologiques systématiques trouvent des lésions sarcoïdiques musculaires dans 50 à 80% des cas

SOCIETE TUNISIENNE DE MEDECINE INTERNE

# Sarcoïdose et atteinte musculaire

- La symptomatologie est liée à un taux élevé des cytokines pro-inflammatoires telles que TNF- $\alpha$ , IL-6 et IFN- $\gamma$
- Trois formes sont décrites :
  - myopathie chronique
  - myosite aiguë
  - forme nodulaire pseudotumorale

# Myopathie sarcoïdique

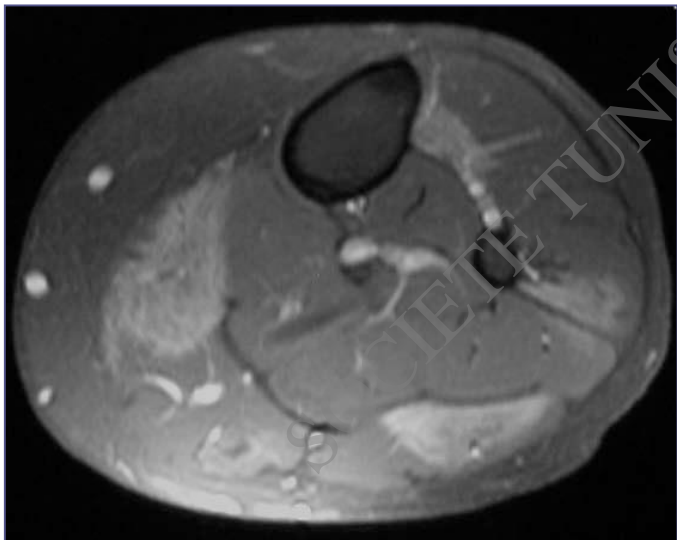
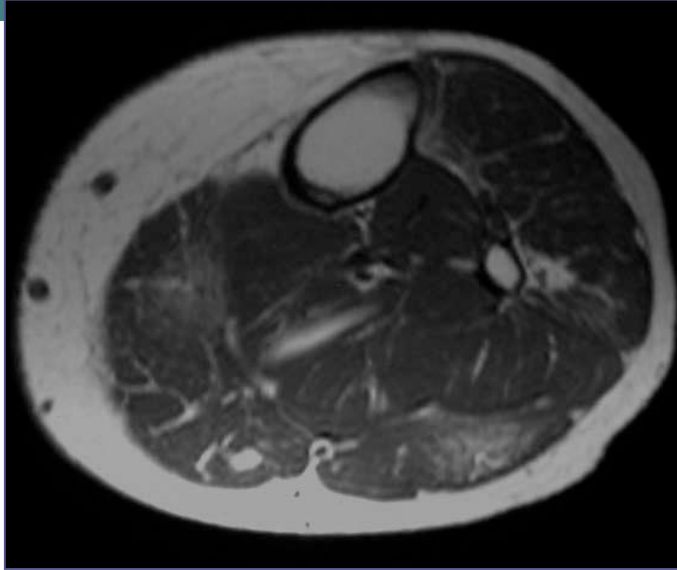
- Présente dans 86%
- Déficit proximal
- CPK: normal ou ↗
- Atrophie + dégénérescence graisseuse des ceintures
- Guide la biopsie musculaire



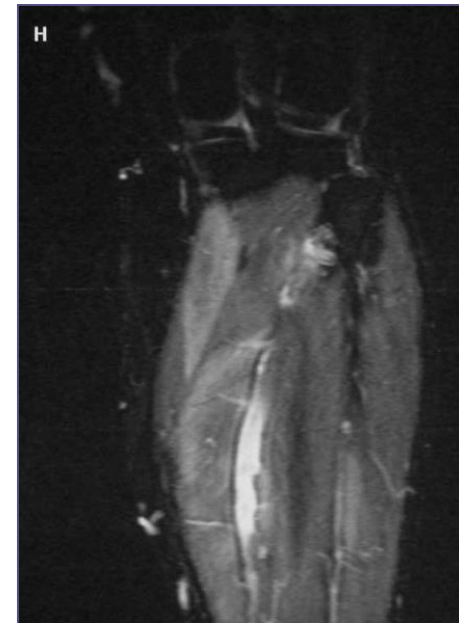
# La forme myositique

- Présente dans 11%
- Peut être révélatrice
- Touche patients jeunes
- Myalgies diffuses + contractures musculaires
- Atteinte musculaire est volontiers proximale et symétrique
- Associée à une asthénie, une fièvre, des arthralgies et un érythème noueux

# La forme nodulaire



- Présente dans 3%
- Surtout membres inférieurs
- IRM Axiale : Nodules de forme étoilée
- T2 et T1 gado +++
- Sagittal : Fusiforme
  - Aspect typique
  - Pas de biopsie
- Tel est le cas de notre patiente



# Sarcoïdose et atteinte musculaire

- Le traitement repose sur:
  - Corticothérapie pendant 8 à 12 semaines
  - +/- immunosupresseurs: cyclophosphamide, cyclosporine, azathioprine , methotrexate

**Merci pour votre attention**

SOCIETE TUNISIENNE DE MEDECINE INTERNE