



FAIT CLINIQUE / CASE REPORT

Tumeur fibreuse solitaire.

Sollitary fibrous tumor

LE DION Anicet^{1,2}, FATTO N'GUESSAN Ebeys^{1,2*}, BAKAYOKO Inza², KOFFI Jessica², GNAOULÉ DEBATO Tina^{1,2}, N'DJA Ange Patrick^{1,2}, ZOUZOU Ange Eric^{1,2}, TOURÉ Abdoulaye^{1,2}

¹: UFR Sciences Médicales Abidjan, Université Félix Houphouët Boigny

²: Service de radiologie, CHU de Cocody Abidjan Cote d'Ivoire

Mots-clés :

Tumeurs fibreuses solitaires, diagnostic, cuisse.

Keywords :

solitary fibrous tumors, diagnosis, thigh.

*Dr Le Dion Anicet

Service de radiologie CHU de Cocody Abidjan cote d'Ivoire
le.anicet3@gmail.com
Tel : +225 0707397050

Reçu le : 30 avril 2025

Accepté le : 30 octobre 2025

RÉSUMÉ

Les tumeurs fibreuses solitaires de la cuisse sont extrêmement rares. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 36 ans qui a présenté une masse de la face antéro-interne de la cuisse droite. L'exploration chirurgicale a montré une tumeur de la cuisse. L'examen anatomopathologique a conclu à une tumeur fibreuse solitaire sans signes de malignité. Les suites ont été simples. Il est important de connaître ces tumeurs dont l'évolution peut être péjorative. Un suivi au long cours doit être recommandé pour les tumeurs résecables.

ABSTRACT

Solitary fibrous tumors of the thigh are extremely rare. We report the case of a 36-year-old female patient who presented with a mass on the anteromedial aspect of the right thigh. Surgical exploration revealed a tumor in the thigh. Histopathological examination concluded with a solitary fibrous tumor without signs of malignancy. The postoperative course was uneventful. It is important to be aware of these tumors, as their progression can be unfavorable. Long-term follow-up should be recommended for resectable tumors.

1. Introduction

Les tumeurs fibreuses solitaires (TFS) sont des tumeurs mésenchymateuses qui se développent à partir de tissus conjonctifs, et plus particulièrement à partir de la plèvre [1]. Elles ont été différenciées pour la première fois du mésothéliome par Klemperer et Rabin en 1931. D'autres sites peuvent être atteints, comme le péritoine, la thyroïde, les

glandes salivaires, le périoste, le tissu sous cutané ou le rétro péritoine [2]. Des centaines de localisations extra-thoraciques ont été décrites à ce jour parmi lesquelles les localisations concernant la cuisse qui est très rares [3]. L'imagerie est surtout utile pour le diagnostic de topographie et d'extension. L'échographie montre dans la plupart des cas une masse solide échogène, avec vascularisation importante au doppler. Le scanner



montre une masse ayant une densité similaire au muscle avec des calcifications. Après injection de produit de contraste, la tumeur prend le produit de contraste sauf quelques plages liquidiennes pouvant évoquer une nécrose tumorale. L'IRM permet après injection de bolus de 2ml/s de gadolinium de montrer une masse iso intense au muscle en T1 et un signal hétérogène plutôt hypo intense en T2. Ainsi, Le diagnostic des tumeurs fibreuses solitaires est difficile du fait de leur localisation inhabituelle et de la variabilité du profil anatomopathologique. Dans notre observation, le diagnostic était difficile

et c'est l'étude anatomopathologique qui a conclu à une tumeur fibreuse solitaire.[3]

2. Observation (s)

Mlle D E XX, 36 ans de sexe féminin consulte pour une tuméfaction à la face antéro-interne de la cuisse droite non douloureuse évoluant depuis deux (02) ans. L'examen clinique a objectivé une tuméfaction à la face antéro-interne de la cuisse droite non douloureuse de consistance ferme. (**Figure 1A**).

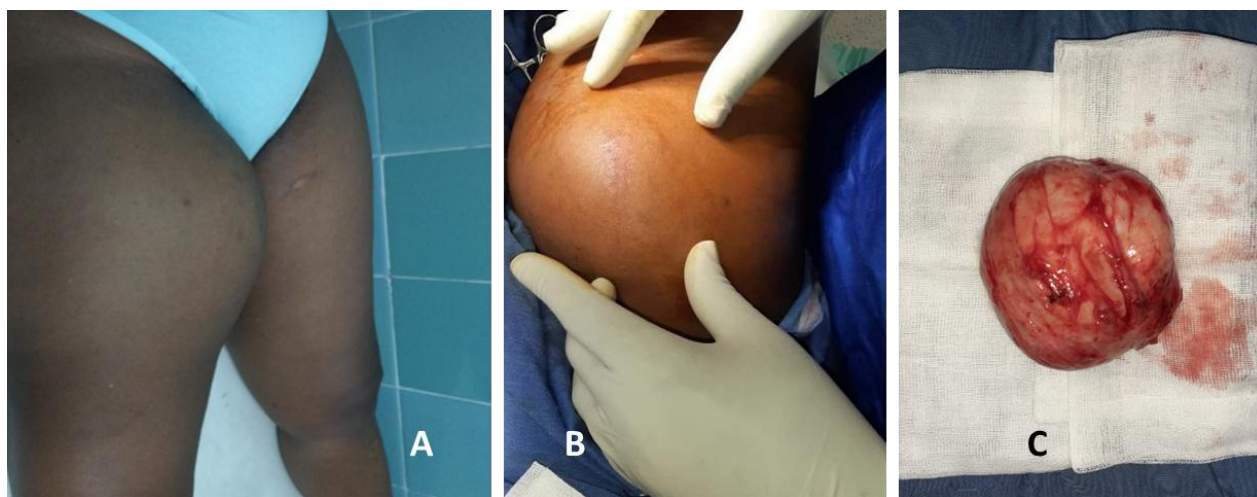


Figure 1 A, B, C : **A.** Tuméfaction de la face antéro-inférieur de la cuisse droite. **B.** Photothèque CHU Cocody : image de la lésion en préopératoire. **C.** Photothèque CHU Cocody : image de la pièce en post-opératoire

La radiographie standard de la cuisse (**figure 2A**) a montré un épaissement des parties molles sans lésion osseuse (ostéocondensant ou ostéolytique) ni calcification. A l'échographie, on observe une masse tissulaire hétérogène, hypo échogène, arrondie, bien limitée, refoulant les structures de voisinage sans les envahir. Elle siégeait à la face antéro-interne de la cuisse droite. Cette masse était vascularisée au doppler. Le scanner retrouve une tumeur bien limitée, hétérogène, hyperdense avec des zones nécrotiques hypo denses. Cette masse avait un rehaussement intense après injection de produit de contraste iodé. On ne notait pas de lyse osseuse. L'IRM retrouvait une masse mesurant 97 x 81 x 78mm dans la loge antéro-interne de la cuisse droite développée au dépend du droit fémoral à 17 mm du plan cutané. Cette masse était hétérogène, en

hyper signal T1 et T2. Après injection de gadolinium, le rehaussement était précoce, hétérogène et intense (**figure 2B, C**). On notait la coexistence d'un ganglion satellite de 10 mm de petit axe et il n'y avait pas d'atteinte osseuse. Ces éléments font évoquant le diagnostic de tumeur fibreuse solitaire.

Une biopsie per cutanée a été réalisée sous guidage échographie. L'examen anatomo-pathologique de la pièce d'exérèse (**figure 3**) révèle une tumeur composée de cellules fusiformes d'aspect fibroblastique sans anomalie cytonucléaire. Les immuno-marquages sont positifs surtout le CD 34. Ces éléments font évoquer le diagnostic de tumeur fibreuse solitaire

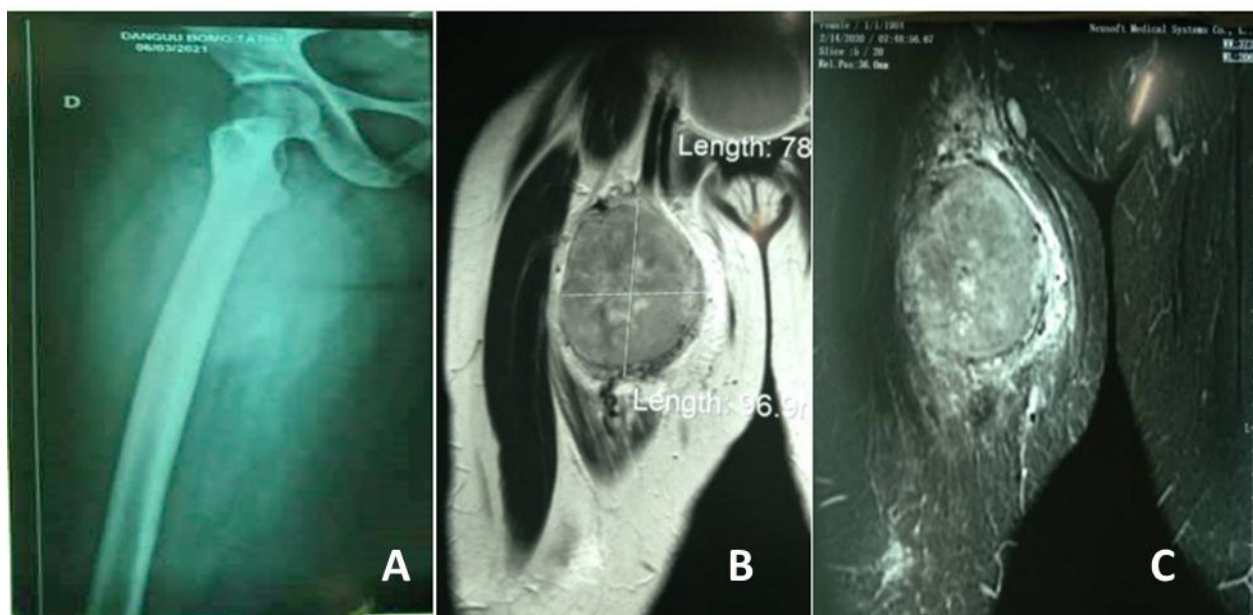


Figure 2 A, B, C : **A.** Radiographie de la cuisse droite de profil mettant en évidence une densification des parties molles au tiers supérieur de la cuisse sans lésion osseuse évidente ni calcification. **B.** Coupe coronale T2 montrant une masse hétérogène bien limitée refoulant les structures de voisinage sans les envahir en hyper signal. **C.** Coupe coronale T1 gado montrant une masse hétérogène en hyper signal après injection de gadolinium.

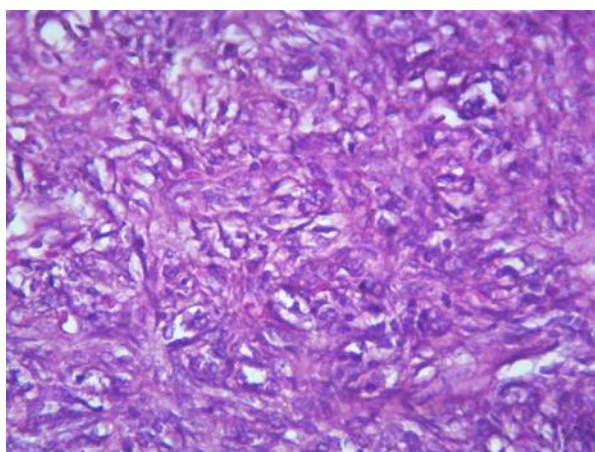


Figure 3 : La plupart des cas consistaient en grande partie en des cellules fusiformes sans motif dans un stroma collagène. Ces cellules avaient des noyaux plus ou moins allongés ou vésiculaires. H E. a x 40.

3. Discussion

Les tumeurs fibreuses solitaires sont des tumeurs rares, initialement décrites au niveau pleural par Klemperer, en 1931, en tant que “mésotéliomes fibreux localisés” [4]. Elles représentent environ moins de 2% de toutes les tumeurs des tissus mous et affectent très rarement la cuisse et son comportement est imprévisible. D’autres sites peuvent être atteints, comme le péritoine, la thyroïde, les glandes salivaires, le périoste, le tissu sous cutané ou le rétro péritoine. Les circonstances de découverte de ces tumeurs sont variables[4]. Sur le plan clinique, on retrouve, dans les diverses études publiées, une moyenne d’âge autour de 50-60 ans, sans sex-ratio particulier[5]. L’âge de notre patiente est inférieur à ceux retrouvé dans la littérature. La plupart des lésions sont asymptomatiques et découvertes fortuitement ; certaines se manifestent par une pesanteur, une douleur ou des signes génito-urinaires selon le volume et le site de la tumeur. Des signes systémiques (qui disparaissent après exérèse de la tumeur) ont été décrits comme des arthralgies ou

une ostéo-arthropathie ainsi que des hypoglycémies dans 5 % des cas qui seraient liées à une sécrétion d'*insulin growth factor* (IGF) par la tumeur[6]. Certaines études ont suggéré un taux de récurrence et de métastase très faible, tandis que d'autres auteurs ont indiqué un taux de rechute potentiellement accru avec des périodes de suivi prolongées. Dans leurs études, Vallat-Decouveleare et al. et Gold et al. [7] ont trouvé une récurrence locale dans 4,3 % et 6,7 % et des métastases dans 5,4 % et 5,3 %, respectivement. La rechute tumorale s'est produite après jusqu'à 168 mois, mais la plupart des métastases ou des récurrences locales ont été diagnostiquées dans les deux premières années

4. Conclusion

Les TFS de la cuisse sont extrêmement rares. Comme dans les autres localisations la plupart sont classées bénignes et l'évolution est favorable. Cependant, il existe des cas d'évolution maligne pouvant être corrélée à des critères histologiques péjoratifs. Aucun consensus n'existe actuellement concernant ces TFS de localisation aux membres, mais la prise en charge doit être maximale et multidisciplinaire.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

5. Références

1. Yang BT, Wang YZ, Dong JY, Wang XY, Wang ZC. MRI study of solitary fibrous tumor in the orbit. *AJR Am J Roentgenol* 2012;199:W506-511.
2. Hasegawa T, Matsuno Y, Shimoda T, Hasegawa F, Sano T, Hirohashi S. Extrathoracic solitary fibrous tumors: Their histological variability and potentially aggressive behavior. *Human Pathology* [Internet] 1999 [cité 2021 août 16];30:1464- 73. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S004681779901697>

suivant le traitement initial. Les tumeurs fibreuses solitaires peuvent être détectés par examen physique ou imagerie, mais une analyse histologique est nécessaire pour un diagnostic[8].Le comportement clinique de la tumeur est imprévisible. L'incidence des comportements agressifs se situe entre 13 % et 23 % des cas dans la plupart des grandes séries de tumeurs pleuraux.[5] par conséquent, un suivi à long terme de ces patients est nécessaire. Les indicateurs putatifs de comportement agressif, dits de grande taille tumorale, de cellularité élevée, de pléomorphisme, de nombreuses mitoses et de présence de nécrose et d'hémorragie, ne sont pas fiable

3. Riss O, Mamlouk O, Troufléau P, Depardieu C, Stinès J. Une tumeur fibreuse solitaire de la cuisse explorée par TDM et IRM. *J Radiol* [Internet] 2000 [cité 2021 août 13];81:1643- 6. Available from: <https://www.lissa.fr/rep/articles/11104981>
4. Abe S, Imamura T, Tateishi A, Park P, Nakano H, Harasawa A, et al. Intramuscular Solitary Fibrous Tumor: A Clinicopathological Case Study. *Journal of Computer Assisted Tomography* [Internet] 1999 [cité 2021 août 16];23:458- 62. Available from: https://journals.lww.com/jcat/Abstract/1999/05000/Intramuscular_Solitary_Fibrous_Tumor__A.24.aspx
5. Goodlad JR, Fletcher CD. Solitary fibrous tumour arising at unusual sites: analysis of a series. *Histopathology* 1991;19:515- 22.
6. Gold JS, Antonescu CR, Hajdu C, Ferrone CR, Hussain M, Lewis JJ, et al. Clinicopathologic correlates of solitary fibrous tumors. *Cancer* 2002;94:1057- 68.
7. Vallat-Decouveleare A-V, Dry SM, Fletcher CDM. Atypical and Malignant Solitary Fibrous Tumors in Extrathoracic Locations: Evidence of Their Comparability to Intra-Thoracic Tumors. *The American Journal of Surgical Pathology* [Internet] 1998 [cité 2021 août 16];22:1501 - 11. Available from: https://journals.lww.com/ajsp/Abstract/1998/12000/Atypical_and_Malignant_Solitary_Fibrous_Tumors_in.7.aspx
8. Klemperer P, Coleman BR. Primary neoplasms of the pleura. A report of five cases. *Am J Ind Med* 1992;22:1- 31.