

A propos d'une tumeur costale rare

Mona Mlika*, Aïda Ayadi-Kaddour*, Hajer Racil**, Adel Morgheli***, Abdellatif Chabbou**, Tarek Kilani***, Faouzi El Mezni *

* Département de Pathologie

** Département de Pneumologie

*** Département de Chirurgie thoracique - Hôpital Abderrahman Mami. Ariana 2037. Tunis. TUNISIE

Université Tunis El Manar, Tunisie

M. Mlika, A. Ayadi-Kaddour, H. Racil, A. Morgheli, A. Chabbou, T. Kilani, F. El Mezni

M. Mlika, A. Ayadi-Kaddour, H. Racil, A. Morgheli, A. Chabbou, T. Kilani, F. El Mezni

A propos d'une tumeur costale rare

A rare costal tumor

LA TUNISIE MEDICALE - 2011 ; Vol 89 (n°01) : 794 - 798

LA TUNISIE MEDICALE - 2011 ; Vol 89 (n°01) : 794 - 798

R É S U M É

Prérequis : Les tumeurs primitives costales sont des tumeurs rares dominées par les tumeurs malignes. L'hémangiome osseux ne représente que 1% des tumeurs osseuses. La localisation costale ne représente que 1% des cas avec uniquement une cinquantaine de cas décrits dans la littérature anglaise.

Buts : Rapporter une tumeur costale rare, décrire ses aspects histologiques et discuter les principaux diagnostics différentiels.

Observation : Nous décrivons le cas d'une patiente âgée de 46 ans qui consultait pour des douleurs thoraciques. Les données radiologiques n'ont pas permis d'éliminer une tumeur maligne et la sanction thérapeutique a consisté en une résection de l'arc postérieur de la 6ème côte emportant toute la tumeur. L'examen microscopique a conclu à un hémangiome costal et la patiente n'a pas présenté de récurrence après un recul de 6 ans.

Conclusion : L'hémangiome costal est une tumeur rarissime d'étiologie controversée. Certains aspects radiologiques sont spécifiques comme l'aspect de bulles de savon ou de nids d'abeilles. Cependant, le diagnostic de certitude demeure microscopique. Ces tumeurs sont de bon pronostic et aucun cas de récurrence n'a été décrit après résection complète.

S U M M A R Y

Background: Costal primary tumors are rare and dominated by malignant tumors. Hemangioma of the bone represents only 1% of the bone tumors. Costal localization accounts only for 1% of the cases and only about fifty cases have been reported in the literature.

Aim: To describe a rare costal tumor, its histological features and the main differential diagnoses.

Observation: The authors describe the case of a 46 - year-old woman who present with chest pain. Radiological findings didn't allow to rule out a malignant tumor and the treatment consisted in the resection of the posterior arch of the rib. Microscopic examination concluded to a costal hemangioma and the patient didn't present recurrences after 6 years of follow up.

Conclusion: Costal hemangioma is an exceptional tumor with a debated etiology. Some radiological features may be specific but the diagnosis is based on histological findings. These tumors have a good prognosis and no case of recurrence have been reported in the literature.

Mots-clés

Hémangiome, tumeur vasculaire, hémangiome caverneux

Key- words

Hemangioma, vascular tumor, cavernous hemangioma

Les tumeurs vasculaires de la paroi thoracique sont des tumeurs rares représentées essentiellement par l'hémangiome osseux. Ce dernier représente 0, 7% des hémangiomes et environ 1% des tumeurs osseuses (1, 2). Cette tumeur est le plus souvent de localisation vertébrale ou crânienne. La localisation costale est exceptionnelle avec seulement une cinquantaine de cas, le plus souvent sporadiques, rapportés dans la littérature anglophone. Le but de cette étude est de rapporter un nouveau cas d'hémangiome costal.

OBSERVATION

Une patiente âgée de 46 ans, sans antécédent particulier, a consulté pour des douleurs thoraciques électives de la sixième côte droite évoluant depuis quelques mois. La radiographie thoracique a montré une image axillaire extra-parenchymateuse en regard de la sixième côte droite (Figure 1). La tomодensitométrie thoracique a objectivé une lésion lytique de la sixième côte sans effraction évidente de la corticale (Figure 2). Devant de tels aspects radiologiques, une tumeur maligne a été fortement suspectée. Une biopsie a donc été effectuée et l'examen microscopique a conclu à un hémangiome costal. L'intervention chirurgicale a consisté en une résection de l'arc postérieur de la 6^{ème} côte emportant toute la tumeur. L'examen anatomopathologique a porté sur un segment costal de 5 cm de long, présentant un renflement de 1,5 cm de grand axe correspondant histologiquement à un hémangiome osseux. Les suites opératoires étaient simples et la patiente n'a pas présenté de récurrence après un recul de 6 ans.

Figure 1 : Radio thorax : Image axillaire extra-parenchymateuse en regard de la 6^{ème} côte (Flèche).

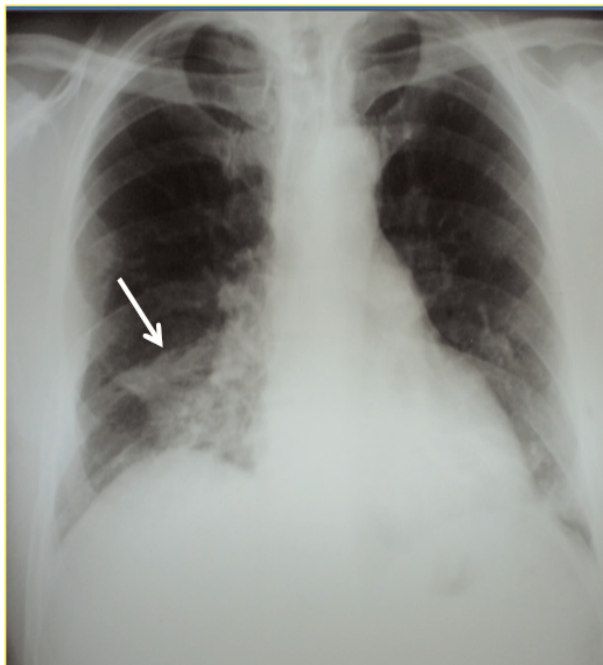
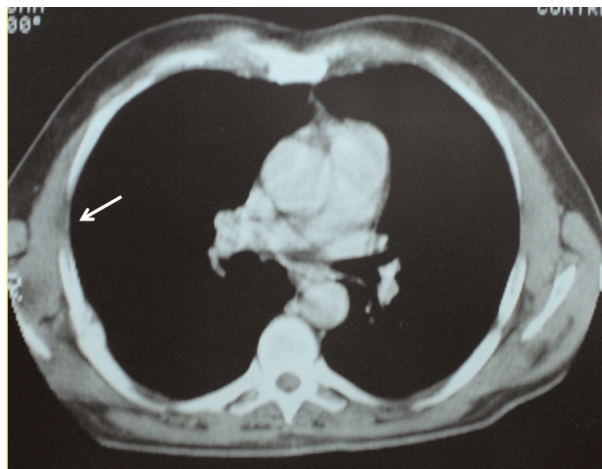


Figure 2 : TDM thoracique : Aspect soufflé et lytique de la sixième côte droite.



DISCUSSION

Les tumeurs primitives costales sont des tumeurs rares représentant 6 à 10% des tumeurs osseuses primitives (3). L'hémangiome costal est une tumeur mésenchymateuse bénigne de l'adulte. Elle est observée à tout âge avec un pic à la quatrième et la cinquième décade et une prédominance féminine avec deux fois plus de cas chez les femmes (4). Conformément aux données de la littérature, nous rapportons le cas d'une femme âgée de 45 ans. L'origine de ces tumeurs demeure débattue. Certains auteurs ont évoqué une origine congénitale vu que certains cas ont été décrits chez des enfants (5). D'autres soutiennent la théorie d'une origine post-traumatique : la prolifération vasculaire serait située dans ce cas au centre de l'hématome (6). Notre patiente ne présentait pas d'antécédent de traumatisme thoracique. Il s'agit dans la plupart des cas de tumeurs asymptomatiques de découverte fortuite. Cependant, de rares cas ont été révélés par une douleur, l'apparition d'une masse, une fracture pathologique, une hyperthermie maligne, un syndrome cave supérieur et même des signes neurologiques secondaires généralement à une compression médullaire (7, 8, 4). La radiographie thoracique demeure le moyen de diagnostic essentiel. Il s'agit généralement de lacunes osseuses finement calcifiées sans effraction de la corticale observées au niveau de l'arc moyen ou postérieur (8). De rares cas ont été rapportés avec une effraction de la corticale (9). La tomодensitométrie thoracique paraît nécessaire dans le cadre du bilan d'extension tumorale et à la recherche d'une effraction corticale. Cette tumeur est généralement hyperdense et caractérisée par une diminution de la densité osseuse et des travées osseuses verticales associées parfois à des plages entièrement lytiques. Les aspects réalisés sont dits de velours côtelé, de bulles de savon, de nids d'abeilles ou d'explosion (7). Les arguments radiologiques différentiels en faveur de l'hémangiome seraient une fine ligne séparant l'os sain de la tumeur et l'absence de réaction périostée. Face à des

aspects caractéristiques, le diagnostic peut être facilement évoqué, cependant dans certains cas, comme dans le notre, les aspects radiologiques ne permettent pas d'éliminer une tumeur maligne sachant que 30 à 80% des tumeurs costales sont malignes et représentées par l'histiocytofibrome malin, le chondrosarcome et le rhabdomyosarcome (10). Les tumeurs bénignes, plus rares, sont dominées par les tumeurs cartilagineuses, la tumeur desmoïde et la dysplasie fibreuse (11). Dans une série colligée par Sanchez et al à propos de 19 tumeurs thoraciques primitives, les tumeurs bénignes ne représentaient que 20% des tumeurs, le reste étant des tumeurs malignes dominées par le chondrosarcome (12). Les moyens de diagnostic sont représentés par la biopsie-aspiration, la biopsie-incision et la biopsie-excision (13).

Certains auteurs ont même rapporté l'intérêt diagnostique d'une biopsie per-cutanée (14). Cependant, cette dernière ne paraît utile qu'en cas de suspicion de myélome ou de localisation métastatique (10). La biopsie-excision peut être utile en cas de tumeur mesurant moins de 2 cm de diamètre. Les biopsies chirurgicales, quoique utiles dans certains cas, peuvent présenter des inconvénients interférant avec la procédure thérapeutique ultérieure. En effet, une complication infectieuse peut retarder une éventuelle excision (10). Dans notre cas, une

biopsie première a été effectuée permettant de confirmer la nature bénigne de la lésion. Microscopiquement, la tumeur est constituée d'un conglomérat de vaisseaux à parois fines. Ces vaisseaux sont bordés par des cellules endothéliales matures et non mitotiques.

Le traitement consiste en l'exérèse chirurgicale ou l'irradiation pour les os d'abord difficile. Les deux techniques étant également efficaces. Une résection chirurgicale complète est nécessaire afin d'éviter une éventuelle récurrence. Malgré la bénignité de ces tumeurs, leur résection peut être parfois délicate dans certains cas de localisation difficile comme l'hémangiome de la première côte vu la proximité du plexus brachial (7). Le pronostic de ces tumeurs est bon. Aucune transformation maligne n'a été rapportée dans la littérature.

CONCLUSION

L'hémangiome costal est rarissime et pose des problèmes de diagnostic différentiel avec des tumeurs malignes motivant l'exérèse chirurgicale. Le but de la résection chirurgicale est non seulement d'éliminer une tumeur maligne mais aussi de réséquer complètement la tumeur afin d'éviter d'éventuelles récurrences.

Références

1. Watson WL, MacCarty WD. Blood and lymph vessel tumor. A report of 1056 cases. *Surg Gynecol Obstet.* 1940; 71: 569- 88.
2. Shimizu K, Yamashita Y, Hihara J, Seto Y, Toge T. Cavernous hemangioma of the rib. *Ann Thorac Surg* 2002; 74: 932-4.
3. Graeber GM, Snyder RJ, Fleming AW, et al. Initial and long-term results in the management of chest wall neoplasms. *Ann Thorac Surg* 1982; 34: 664-73.
4. Roy L, Isler M. Surgical images: musculoskeletal costal hemangioma presenting as rib pain after pneumonia. *J Can Chir* 2005; 48: 152.
5. Walsh GL, Davis BM, Swisher SG, et al. A single institutional, multidisciplinary approach to primary sarcomas involving the chest wall requiring full thickness resections. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2001; 121: 48-60.
6. Scott JL. Hemangiomata in skeletal muscle. *Br J Surg* 1957; 44: 496-501.
7. Yeow KM, Hsieh HC, Yuan T. Thoracic outlet syndrome caused by first rib hemangioma. *J Vasc Surg* 2001; 33: 1118-21.
8. Constans T, Denis C, Bacq Y, Couet C, Benâtre A. Cavernous hemangioma of the ribs with hyperthermia. *Rev Med Interne* 1988; 9: 194-5.
9. Clements RH, Turnage RB, Tyndal EC. Hemangioma of the rib: a rare diagnosis. *Am Surg* 1998; 64: 1027-9.
10. Okumura T, Asamura H, Kondo H, Matsuno Y, Tsuchiya R. Hemangioma of the rib: a case report. *Jpn J Clin Oncol* 2000; 30: 354-7.
11. Ala-Kulju K, Ketonen P, Jarvinen A, Salo J, Luosto R. Primary tumors of the ribs. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1988; 22: 97-100.
12. Arrabal Sánchez R, Fernández de Rota A, Páges Navarrete C, Benítez Doménech A, Fernández Bermúdez JL. [Primary tumors of the thoracic wall (1991-1994)]. *Arch Bronchopneumol.* 1996; 32: 384-7.
13. Pairolero PC. Chest wall tumors. In: Shields TW, LoCicero J 3rd, Ponn RB, editors. *General Thoracic Surgery*, 5th ed. Baltimore: Williams and Wilkins 2000; 589-98.
14. Nakamura H, Kawasaki N, Taguchi M, Kitamura H. Cavernous hemangioma of the rib diagnosed preoperatively by percutaneous needle biopsy. *Gen Thorac Cardiovasc Surg* 2007; 55:134-7.