

Cas n°10

Elisabeth Cassagnau - Anne Moreau
(CHU, Nantes)

Renseignements cliniques

Femme de 39 ans présentant une tumeur de 6 cm développée à partir de la 12e côte droite. Antécédent de traumatisme il y a un an. Tumeur calcifiée sur la radiographie standard. A l'IRM, masse hétérogène prenant le gadolinium. Sur les données cliniques et radiologiques, le diagnostic de chondrosarcome est suspecté. Biopsie à l'aiguille non contributive puis exérèse en monobloc.

Description du cas présenté

La masse tumorale limitée de 6 cm englobe les 11e et 12e côtes. Elle est d'aspect hétérogène, essentiellement solide avec quelques kystes hémorragiques et des plages calcifiées en périphérie. L'examen microscopique montre une lésion peu cellulaire représentée par un fond de cellules fusiformes ou étoilées, sans atypies, d'architecture quelquefois storiforme. On observe des suffusions hémorragiques renfermant des cellules géantes multinucléées de type ostéoclastique. Sur ce fond s'individualisent des travées osseuses néoformées, anastomosées, immatures au centre, plus matures en périphérie avec une disparition du liseré ostéoblastique. Cette lésion refoule la corticale en périphérie.

Diagnostic proposé

Tumeur fibro-osseuse post-traumatique costale (code ADICAP : BHLO3100).

Commentaires et diagnostics différentiels

Cette lésion rare est classiquement décrite au niveau des côtes chez l'adulte jeune. On retrouve souvent un antécédent traumatique. Il s'agit en règle d'un traumatisme mineur ou d'une conduite à risque traumatique. Le délai entre le traumatisme et la découverte de la lésion est très variable. La lésion est découverte fortuitement ou en raison d'une symptomatologie douloureuse. Les lésions sont en règle de petite taille et présentent une périphérie calcifiée sur l'imagerie.

On décrit des lésions fibroxanthomateuses, des lésions mimant une dysplasie fibreuse comme dans notre observation et des lésions mixtes.

La lésion est caractérisée par un fond fibreux parsemé des cellules fusiformes ou étoilées, sans atypies. On peut observer un petit contingent de cellules géantes multinucléées souvent présentes dans des territoires suffusionnels qui sont fréquents. On note un nombre variable d'histiocytes xanthomisés qui peuvent être très nombreux ou totalement absents. Dans ce contexte, on observe des travées osseuses néoformées classiquement anastomosées, immatures au centre de la lésion, plus matures en périphérie où l'on note alors la disparition des cellules ostéoblastiques. Cette lésion n'infiltré pas les tissus mous. L'étude immunohistochimique peut avoir sa place dans les formes xanthomisées pour éliminer d'autres diagnostics. Cette lésion ne présente pas de signature moléculaire.

La tumeur fibro-osseuse post-traumatique costale correspond vraisemblablement à un processus de réparation anormal entraînant une maturation osseuse incomplète. Son traitement est chirurgical, sans récurrence.

Parmi les diagnostics différentiels, on envisagera des lésions bénignes, la composante fibreuse ne présentant pas de signe de malignité et la nature métaplasique de la composante osseuse étant assez facile à reconnaître. La forme sans cellules xanthomisées peut poser un problème de diagnostic différentiel avec d'autres tumeurs fibro-osseuses. On peut discuter une dysplasie fibreuse d'autant plus qu'il s'agit de la lésion osseuse la plus fréquente au niveau des côtes, ou un ostéome ostéoïde.

La forme avec cellules xanthomisées peut faire discuter un histiocytome fibreux bénin, une maladie de Chester-Erdheim ou un granulome éosinophile à un stade avancé.