

# Volumineux Chondrome Vertébral à Développement Intra-Thoracique : À Propos d'un Cas à l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar BONGO ONDIMBA - Libreville

*Vertebral chondroma with intrathoracic development. A case report from the Hôpital d'Instruction des Armées Omar BONGO ONDIMBA at Libreville.*

Mounguengui D<sup>1</sup>, Ngabou D<sup>2</sup>, Owono Mbouengou J P<sup>2</sup>, Kombila U D<sup>1</sup>, Ibinga L D<sup>1</sup>, Arigon J P<sup>3</sup>, Saint Blancart P<sup>4</sup>, Goasguen O<sup>5</sup>, Pons F<sup>3</sup>.

1-service de médecine interne, HIAOBO

2-service de chirurgie viscérale, HIAOBO

3-service de chirurgie thoracique, HIA Percy Clamart

4-service d'anatomie-pathologie, HIA Percy Clamart

5-service de neurochirurgie, HIA Percy Clamart

*Correspondance: Dieudonné Mounguengui.* E-mail : diosdado2002@yahoo.fr

**RÉSUMÉ.** Le chondrome est une tumeur bénigne d'origine cartilagineuse fréquente. Mais sa localisation intra-thoracique est très rare. Son développement est lent ce qui retarde souvent les symptômes. Nous rapportons un cas de chondrome intra-thoracique à point de départ vertébral, chez un jeune homme de 23 ans sans antécédents notables qui avait bénéficié d'une exérèse chirurgicale avec ostéosynthèse de maintien. Le suivi à six ans est satisfaisant.

**MOTS CLÉS :** Chondrome, volumineux, HIAOBO.

**SUMMARY.** The chondroma is a benign tumor of cartilage common origin. But his intrathoracic localization is very rare. Its development is slow, which often delays the symptoms. We report a case of intrathoracic spinal chondroma to start, in a fasting man of 23 years without notable history who underwent surgical resection with holding osteosynthesis. Monitoring to six years is satisfactory.

**KEYWORDS:** Chondroma, bulky HIAOBO.

## INTRODUCTION

Les tumeurs osseuses de la paroi thoracique sont rares. Elles représentent 5 % de l'ensemble de toutes les tumeurs osseuses (1). Le chondrome est une tumeur cartilagineuse que l'on peut rencontrer sur la paroi thoracique. Nous rapportons un cas de chondrome thoracique très volumineux découvert à l'occasion de douleurs thoraciques chez un jeune homme de 23 ans sans antécédents notables ni altération de l'état général.

**OBSERVATION :** Monsieur B est un étudiant de 23 ans sans antécédents notables qui présentait des douleurs thoraciques à type de pesanteur, surtout postérieures sans fièvre ni altération de l'état général sur une période de un an. Il avait bénéficié de plusieurs

traitements antalgiques de premier et deuxième palier mais sans amélioration significative. Il avait consulté dans le service pour la persistance de ses douleurs. L'examen clinique trouvait un patient en bon état général, conscient, bien orienté, pesant 80kilos pour 1,90m. La tension artérielle était de 130/80mmHg. Le reste de l'examen somatique notait une légère scoliose cervico-thoracique. Le bilan radiologique comprenant un scanner thoracique avait mis en évidence un processus expansif, bien limité, de 10cm de diamètre pariétal postérieur paramédian droit, de plage mixte, partiellement ossifié, développé à partir des corps vertébraux de T7 et T8. Cette masse franchissait les foramens de conjugaison sans les élargir. Elle absorbait les arcs postérieurs des cotes K6, K7et K8 adjacentes sans les lyser(images I et II). On notait aussi une déformation scoliotique à convexité droite et angulation cyphotique du rachis thoracique en regard. Ailleurs il n'y avait pas d'autre anomalie.

Le patient avait bénéficié d'une ponction biopsie scanner guidée de la masse thoracique à l'aide d'une aiguille 16 gauche. Ce geste avait permis de prélever 6 petits fragments biopsiques adressés en anatomopathologie pour recherche de BAAR et analyse histopathologique. L'analyse anatomopathologique avait révélée un chondrome. Il n'y avait pas la présence de BAAR ni à l'examen directe ni à la culture.

Le bilan préopératoire comprenait une IRM thoracique qui mettait en évidence une masse pariétale thoracique d'origine vertébro-costal de signal mixte compatible avec une composition osseuse et cartilagineuse et développée le long du rachis sans retentissement sur le cordon médullaire et les espaces liquides péri-médullaires. L'angiographie vertébro-médullaire montrait une vascularisation lésionnelle modérée à partir des pédicules T6, T7 et T8 droits très refoulés. Il y avait

aussi une vascularisation pathologique latéro-vertébral droite en T4 et T5.

Le patient avait bénéficié d'une tumérectomie avec hémilaminectomie de T6 et T7 suivis d'une ostéosynthèse de maintien par vis pédiculaires droites et gauches de T5 à T8 (images III et IV). Les suites opératoires étaient simples. Le suivi à 6 ans est toujours satisfaisant.

**DISCUSSION :** le chondrome est une tumeur à croissance lente, le rendant longtemps asymptomatique (2). C'est une tumeur bénigne liée à la prolifération de tissu cartilagineux hyalin mature. Il se développe à partir des cartilages de conjugaison, expliquant sa localisation préférentielle aux métaphyses ou en situation paramétaphysaire. Le chondrome est en général asymptomatique et découvert souvent de manière fortuite sur une radiographie thoracique. Il peut être parfois révélé par une tuméfaction pariétale ou par des douleurs thoraciques, en rapport avec la fracture, la dégénérescence sarcomateuse ou la compression comme chez notre patient (1). C'est une tumeur rare qui représente 13 % des tumeurs bénignes et environ 3 % des tumeurs osseuses primitives (3,4). Il concerne surtout le sujet jeune entre 20 et 40 ans (5), ce qui est le cas de notre de observation. Il s'agit souvent de tumeur de petite taille de l'ordre de 2,5 à 3,5 cm. Mais un cas de chondrome géant de 15 cm semblable à notre cas a été décrit dans la littérature (6). Une biopsie de la lésion tumorale sous scanner guidé a été réalisée chez notre patient comme le recommande la littérature (7,8).



Figure 1. Aspect préopératoire à la radio standard.

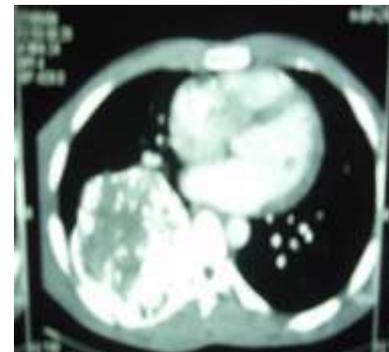


Figure 2. Aspect préopératoire au scanner



Figure 3. Aspect post opératoire à la radio standard



Figure 4. Aspect postopératoire au scanner

La prise en charge est évidemment chirurgicale par une double voie : thoracique pour la partie endothoracique et neurochirurgicale pour la partie fixée aux vertèbres. L'évolution est souvent favorable avec une survie très longue lorsque les marges de section sont saines comme chez notre patient. La seule crainte est la récurrence locale en cas de résection insuffisante.

**CONCLUSION :** Le chondrome intra-thoracique est une tumeur bénigne rare qui concerne souvent le sujet jeune. Le diagnostic préopératoire doit toujours être requis du fait de la hantise des multiples lésions pulmonaires malignes.

#### RÉFÉRENCES:

- 1-Padonavi B, Ducreux D, Benzaken T, et al. Tumeurs osseuses de la paroi thoracique. J Radiol, Vol 85.9 Sep 2004 ; 1577.
- 2-Raymond E, L'her P, Jeanbourquin D, et al. Chondrosarcomes de la paroi thoracique : revue de la littérature à propos de quatre observations. Rev Pneumol Clin 1993; 49: 19-25.
- 3-Dahlin DC, Unni KK. Bone tumors: general aspects and data on 8542 cases, Springfield: Charles C Thomas; 1986.
- 4-Bigot JL, Mainard L, Hoeffel C, et al. Les tumeurs costales expansives. Feuilles Radiol 2000;40:363-76.
- 5-Campanacci M, Ruggieri P, Tumeurs osseuses à histogenèse cartilagineuse. Introduction, Classification, diagnostic et principes thérapeutiques. Encycl Med Chir (Elsevier, Paris). Appareil locomoteur 14030 C10. 1992 : 30p.
- 6-Aribas Kadir Olgun, Gormus Niyazi. Giant chondroma of the anterior chest wall. European Journal of Cardio-thoracic Surgery 19 (2001) 931.
- 7-Morin B, Le Rochais J.P, Galateau F, et al. Chondromes et chondrosarcomes costaux. Ann Chir 2000; 125 :773-5.
- 8-BIGOT J-L, MAINARD L, HOEFFEL. C, et al. Les tumeurs costales expansives, Feuilles de Radiologie, 2000, 40, n°5,363-376.

