

Chondroblastome para vertébrale et iliaque : une observation rare

Para vertebral and iliac chondroblastoma: a rare case report

Matthieu N. Loposso¹, Jean Paul Esika¹, Simon L. Lufuma¹, Bienvenue M. Lebwaze², Augustin M. Punga Maole¹

Correspondance

Matthieu Loposso Nkumu
Service d'Urologie, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa, RD Congo
Tel. (00243) 815112623
E-mail: matthieuloposso@yahoo.fr

Summary

Chondroblastoma, a rare benign cartilage tumor, most often found in long bones, rarely in flat bones. The authors report a case of para vertebral and right iliac chondroblastoma in a 31-year-old patient with tumefaction in the right lumbar fossa associated with bilateral varicocele causing gonadal atrophy. Excision of tumor was performed. The evolution was marked by healing of the wound in first intention.

Keywords: Chondroblastoma, varicocele, vertebral.

Article information

Received: March 9, 2017

Accepted: June 26, 2017

1 Service d'Urologie, Département de Chirurgie, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa

2 Service d'Anatomie pathologique, Département de Biologie clinique, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa

Résumé

Le chondroblastome, tumeur cartilagineuse bénigne rare, qui se localise préférentiellement au niveau de l'os. Les auteurs rapportent ici, un cas de chondroblastome de localisation inhabituelle (para vertébrale et iliaque droit) associée à une varicocèle bilatérale déterminant une atrophie gonadique chez un patient de 31 ans. Une exérèse de la tumeur a été réalisée. L'évolution a été marquée par une cicatrisation de la plaie en première intention.

Mots-clés : Chondroblastome- varicocèle- para vertébrale

Historique de l'article

Reçu le 9 mars 2017

Accepté le 26 juin 2017

Introduction

Le chondroblastome, tumeur cartilagineuse bénigne rare, représente environ 1-2% des tumeurs osseuses et 9% des tumeurs osseuses sont bénignes, et à prédominance masculine (2 à 3/1). Il se localise le plus souvent au niveau des os longs, rarement aux os plats. Il peut atteindre les personnes de tout âge, majoritairement les adolescents et les adultes jeunes. Les manifestations cliniques comprennent la douleur, la tuméfaction ainsi que la raideur articulaire (1). Le diagnostic repose sur l'échographie, le scanner (TDM), l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ainsi que l'anatomopathologie. La chirurgie représente l'essentiel de la prise en charge, mais les récurrences sont fréquentes. Les auteurs rapportent un cas rare de chondroblastome de localisation inhabituelle associée à une varicocèle.

Observation clinique

Patient M de 31 ans, sans antécédents morbides particuliers, a consulté pour une masse indolore à la fosse lombaire droite, d'évolution progressive depuis 5 ans. L'examen clinique à l'admission avait mis en évidence une masse saillante à la fosse lombaire droite, ferme, dont le diamètre était estimé à 12 × 10 cm, adhérent au plan profond (figure 1).



Figure 1. Image photographique visualisant une masse lombaire droite

L'examen scrotal avait montré une dilatation variqueuse spontanément visible aux manœuvres de Valsalva au niveau du scrotum droit. Le CT Scan lombaire a décelé un processus para-

lombaire droit en bissac, calcifié, multi vésiculaire et mesurant 14 cm de hauteur × 11 cm de largeur × 15 cm de diamètre antéro-postérieur (figure 2). Cette excroissance s'étendait de L2 à L5 avec une extension à l'aileron sacré homolatéral, refoulant en antérieur le chef musculaire du psoas, les parties molles para-spinales et effleure le tissu sous cutané.

Une érosion somatique de L5 a été notée dans son versant droit avec issue du matériel calcique et un début d'extension à l'espace épidual latéral droit sans envahissement canalaire.



Figure 2A. CT Scan de la région lombaire visualisant un processus calcifié para lombaire droit en vue latérale et postérieure (figure 2B)

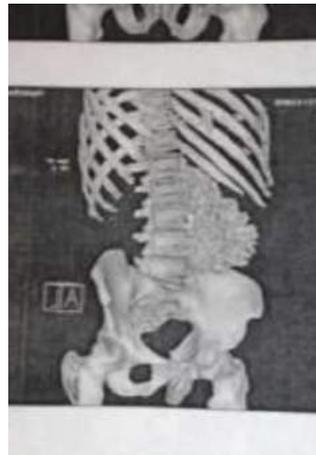


Figure 2B. CT Scan lombaire visualisant un processus para lombaire droit se reposant sur l'aile iliaque en vue postérieure



Figure 3. Radiographie de l'abdomen sans préparation de face visualisant une masse calcifiée au dépend de l'os iliaque et de la colonne lombaire

Ce faisceau d'éléments TDM est très suggestif d'une tumeur des parties molles à priori bénigne : une tumeur dermoïde ou un neurofibrome plexiforme. La radiographie simple de la colonne lombaire a visualisé une masse calcifiée du flanc droit (figure 3).

L'échographie scrotale a décelé une varicocèle déterminant une atrophie gonadique bilatérale. L'analyse anatomopathologique des fragments biopsiques a montré des sections d'un tissu cartilagineux, siège d'une prolifération des chondroblastes (jeunes cellules) à noyaux

incisés disposées en amas ; dans la partie périphériques de la matrice chondroïde faiblement minéralisée. La présence des foyers d'ossification dystrophique sont également présents avec un infiltrat lymphoplasmocytaire donnant à l'ensemble, un aspect de massif tumoral.

Aucun signe de dégénérescence maligne n'a été objectivé dans les limites des sections analysées. Ces aspects histo-pathologiques correspondent à un chondroblastome (tumeur classée comme borderline car récidive ou dégénérescence

possibles). La radiographie standard du thorax, réalisé comme bilan d'extension, n'a décelé aucune lésion pleuro-pulmonaire de nature métastatique.

La chirurgie réalisée par une incision lombaire basse, a permis l'exérèse d'une masse tumorale en bissac, polylobée, de consistance dure et d'aspect blanchâtre (figure 4).



Figure 4. Image photographique visualisant une excisée chirurgicale d'une masse tumorale polylobée

Commentaires

Notre patient a présenté un chondroblastome à localisation rachidienne et iliaque droit. Ce qui est inhabituel car le chondroblastome se localise surtout dans les épiphyses ou la jonction épiphyso-métaphysaire avant la soudure définitive du cartilage de conjugaison : 54 % dans les os longs (surtout le fémur et le tibia), rare dans les petits os des mains, dans les côtes et le rachis (1, 2). Les formes multiples et extra-squelettiques sont rares (3, 4). La clinique classique est faite des douleurs minimes à modérées (évoluant depuis quelques années), la raideur et/ou la limitation des mouvements et/ou l'épanchement articulaire, rarement une fracture pathologique. La boiterie peut être le seul signe d'appel pour une localisation sur un membre inférieur. L'examen clinique est normal, sans anomalie biologique (4, 5). Chez notre patient, le seul signe d'appel était la tuméfaction lombaire droite qui a évolué pendant 5 ans sans douleur. La radiographie de l'abdomen sans préparation a montré des lésions ostéolytiques, un liséré d'ostéosclérose périphérique, une calcification lésionnelle, etc.(3,4). Springfield a décrit une

classification radiographique des chondroblastomes en trois types (6) :

Latente : 27%

- Liséré d'ostéosclérose, bien limitée sans calcifications, pas d'effraction corticale.

Active : 60%

- Calcifications, réaction de sclérose incomplète, limite floues.

Agressive : 12, 5%

- Mal limité, expansion extra-osseuse.

Le CT Scan lombaire, réalisé chez notre patient a objectivé un processus para- lombaire droit en bissac, calcifié, multi- vésiculaire, de L2 à L5 avec une extension à l'aile sacré homolatéral, refoulant en antérieur le chef musculaire psoas s'étalant, qui a été jugé agressif, compte tenu de son extension extra-osseuse. Le traitement par curetage avec autogreffe cortico-spongieuse ou polyméthylméthacrylate permet un contrôle local dans près de 80% des cas (7). La résection segmentaire est possible dans certaines localisations telles que la cote, l'arc vertébral postérieur, le péroné ou la crête iliaque. Cette résection est surtout envisagée en cas de lésion très étendue, comme dans notre cas, ou dans la prise en charge d'un cas de récives (8). Dans ce cas, une reconstruction osseuse ou ostéo-articulaire peut être envisagée. La radiothérapie a été proposée pour les lésions d'accès difficile mais elle est déconseillée, étant donné que la radiosensibilité de cette tumeur semble incertaine.

Elle présente des risques d'altération des zones de croissance et de survenue d'un sarcome radio-induit chez l'enfant. Un traitement adjuvant peut être appliqué, notamment, l'alcoolisation, la cryothérapie, la thermo-coagulation percutanée sous TDM. Les récives sont assez fréquentes (10- 35%), dans l'os adjacent de la tumeur initiale et dans les parties molles. Les facteurs de risque de récive sont : grande taille (>3, 7 cm), aspect de kyste anévrysmale, localisation dans le fémur et proximal ou pelvienne (5, 8). L'analyse du présent cas montre une forte probabilité de récive, au vu de la grande taille de la tumeur (15 cm) et la localisation pelvienne.

Quelques cas de chondroblastome de forme agressive peuvent s'étendre aux tissus mous ou donner des métastases à distance, habituellement pulmonaire (7). Les localisations osseuses, cutanées ou ganglionnaires sont rares.

Dans près de la moitié des cas, ces métastases sont survenues après manipulation chirurgicale de la tumeur primitive, elles sont survenues classiquement après un délai de 4 à 34 ans, parfois d'emblée, certaines sont d'évolution bénigne. La transformation sarcomateuse est extrêmement rare.

L'association avec la varicocèle est liée probablement à la compression de structure vasculaire régionale (lominaire, iliaque et pelvienne) (9). Cette particularité n'a pas été décrite dans la littérature. Il doit nécessiter des investigations andrologiques afin d'évaluer le retentissement de cette masse sur la fertilité (10).

Conclusion

Le chondroblastome observé est d'une localisation extraosseuse inhabituelle et associée une varicocèle. Le traitement chirurgical consistant en une résection complète a été l'essentiel de la prise en charge.

Conflits d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Références

1. Ben Maitigue M, Osman W, Ouni F, Boughammoura H, Nawar N, Mtaoumi M, Bouattour K *et al.* [Chondroblastoma of bone]. [Article in French]. *Tunis Med.* 2012; 90(7):571–578.
2. Venkatasamy A, Chenard MP, Massard G, Steib JP BG. Chondroblastoma of the thoracic spine: a rare location. Case report with radiologic-pathologic correlation. *Skelet Radiol.* 2017; 46 (3):367-372.
3. Jaovisidha S, Siriapisith R, Chitrapazt N, De Zordo T, Woratanarat P, Subhadrabandhu T, Sirikulchayanonta V SP. Radiological findings in 31 patients with chondroblastoma in tubular and non-tubular bones. *Singapore Med J* 2013 May;54(5)275-80. 2013; May;54 (5):275-80.).
4. Schiller A. Diagnosis of borderline cartilage lesions of Bone. *Semin Diagn Pathol.* 1985; 2 (1):42-62.
5. Xu H, Nugent D, Monforte HL, Binitie OT, Ding Y, Letson GD, Cheong D NX. Chondroblastoma of bone in the extremities: a multicenter retrospective study. *J Bone Jt Surg Am.* 2015; 97 (11) :925–31.
6. Springfield DS, Capanna R, Gherlinzoni F, Picci P CM. Chondroblastoma. A review of seventy cases. *J Bone Jt Surg Am.* 67 (5):748–55.
7. Mohamed B, Madiha M, Ridha S, Abdelaziz Z, Khelil E, Mondher K MZ. [Aggressive spinal chondroblastoma]. *Tunis Med.* 2010; 88 (2) : 134-136.
8. Hapa O, Karakasli A, Demirkiran ND, Akdeniz O HH. Operative treatment of chondroblastoma: a study of 11 cases. *Acta Orthop Belg.* 2016; 82 (1):68-71.
9. Fernández-Pello S, González I, Pérez-Carral JR, Benito P, Díaz B, Baldissera J CJ. [right Varicocele as finding of right renal mass. *Arch Esp Urol.* 2015; 68 (7):641–2.
10. Punab M, Poolamets O, Paju P, Vihljajev V, Pomm K, Ladva R, Korrovits P . Causes of male infertility: a 9-year prospective monocentre study on 1737 patients with reduced total sperm counts. *Hum Reprod.* 2016; 32 (1):18–31.