
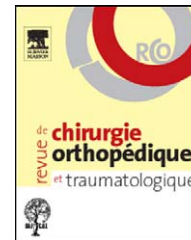




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



FAIT CLINIQUE

Fibromatose desmoïde de la paroi thoracique : à propos de six cas[☆]

Desmoid-type chest wall fibromatosis. A six cases series

A. Zehani-Kassar^{a,*}, A. Ayadi-Kaddour^a, A. Marghli^b, I. Ridene^c,
H. Daghfous^d, T. Kilani^b, F. El Mezni^a

^a Service d'anatomie et de cytologie pathologiques, hôpital Abderrahman Mam, Ariana, Tunisie

^b Service de chirurgie thoracique, hôpital Abderrahman Mami, Ariana, Tunisie

^c Service de radiologie, hôpital Abderrahman Mami, Ariana, Tunisie

^d Service de pneumologie, pavillon C, hôpital Abderrahman Mami, Ariana, Tunisie

Acceptation définitive le : 11 octobre 2010

MOTS CLÉS

Fibromatose ;
Tumeur desmoïde ;
Paroi thoracique ;
Chirurgie

Résumé Les fibromatoses de type desmoïde sont des tumeurs fibroblastiques des tissus mous profonds, caractérisées par une capacité infiltrante invasive, un taux de récurrence locale très élevé mais sans potentiel métastatique. Les fibromatoses de la paroi thoracique sont rares ne représentant que 10 à 20 % de l'ensemble des fibromatoses profondes. Nous rapportons une série de six cas de fibromatose de la paroi thoracique opérés et colligés dans notre institution entre 1996 et 2009. Il s'agissait de cinq hommes et une femme avec un âge moyen de 42,2 ans. Une tuméfaction pariétale était le principal motif de consultation. L'imagerie montrait une masse tissulaire homogène expansive, de siège costal (quatre cas) ou présternal (deux cas). Une exérèse chirurgicale était réalisée dans tous les cas. L'évolution était favorable (cinq cas) ou marquée par des récurrences locales (un cas). Bien qu'elles soient considérées comme des lésions bénignes, les fibromatoses peuvent être très agressives localement avec un haut risque de récurrence locale qui reste lié à la qualité de l'exérèse chirurgicale.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Les fibromatoses profondes de type desmoïde sont des tumeurs rares des tissus mous, caractérisées par une prolifération de cellules fusiformes fibroblastiques et myofibroblastiques infiltrant le tissu musculo-aponévrotique. Elles représentent 3,5 % des tumeurs fibreuses et 0,03 % de l'ensemble des néoplasmes [1]. Bien qu'elles soient consi-

DOI de l'article original : [10.1016/j.otsr.2010.09.017](https://doi.org/10.1016/j.otsr.2010.09.017).

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant. Résidence Ichbilja n° 1, rue Mohamed Rached Béji, 2038 Ennasr 2, Tunis, Tunisie.

Adresse e-mail : alia.zehanikassar@yahoo.fr (A. Zehani-Kassar).

1877-0517/\$ - see front matter © 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

doi:[10.1016/j.rcot.2010.12.003](https://doi.org/10.1016/j.rcot.2010.12.003)

dérées comme des lésions bénignes, elles peuvent être très agressives localement avec un haut risque de récurrence locale après exérèse chirurgicale, mais sans potentiel métastatique [2]. Leur étiologie est inconnue, mais certains facteurs sont incriminés dans leur développement et leur croissance. Le traitement n'est pas encore codifié. Néanmoins, une exérèse chirurgicale la plus complète possible est primordiale. La radiothérapie apporte un bénéfice certain en cas de maladie résiduelle ou dans des sites inopérables. Ces tumeurs siègent habituellement au niveau de l'abdomen [3]. Les fibromatoses de la paroi thoracique sont rares ne représentant que 10 à 20 % de l'ensemble des fibromatoses [1,4].

À propos d'une série de six cas de fibromatose de la paroi thoracique résectionnés chirurgicalement, nous nous proposons d'étudier les particularités anatomocliniques de cette tumeur et de discuter les principaux diagnostics différentiels.

Observations

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur six cas de fibromatose de la paroi thoracique opérés, colligés dans notre institution entre le 1^{er} janvier 1996 et le 31 décembre 2009 (Tableau 1). Tous les patients ont eu un examen clinique complet, une radiographie du thorax et un examen tomodensitométrie (TDM) thoracique. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) a été pratiquée chez un seul malade. Notre matériel comportait des pièces de résection chirurgicale dans tous les cas. L'âge et le sexe des patients, la localisation, les circonstances de découverte, la présentation radiologique, l'histologie définitive, le traitement et l'évolution ont été étudiés. Les résultats sont résumés dans le tableau récapitulatif. Tous nos prélèvements ont été fixés au formol puis inclus en paraffine. Ils ont été coupés à quatre microns, colorés à l'hématoxyline-éosine et examinés au microscope optique conventionnel. Une étude immunohistochimique a été pratiquée dans tous les cas. Un panel d'anticorps a été utilisé associant : actine muscle lisse (AML), desmine, PS100, CD34, EMA, cytokératine et vimentine. La technique immunohistochimique utilisée était celle de la streptavidine-biotine complexe.

Âge/sexe

L'âge moyen des patients était de 42,2 ans avec des extrêmes allant de 15 à 67 ans. Les sujets de moins de 40 ans représentaient la moitié de la population étudiée (trois cas). Les six fibromatoses de notre série ont intéressé cinq hommes et une femme (sex-ratio égal à cinq).

Antécédents

Une patiente avait des antécédents de traumatisme thoracique survenant un an auparavant. Des antécédents chirurgicaux étaient retrouvés chez deux patients : le premier a été opéré pour un pontage aortocoronarien sept ans auparavant, le second pour un kyste hydatique pulmonaire précédant de 18 mois le diagnostic de la fibromatose.

Clinique

Une tuméfaction pariétale, augmentant progressivement de volume, était le motif de consultation chez tous les patients. Elle était isolée seulement chez trois d'entre eux. Des signes de compression neurovasculaire à type de douleurs et paresthésies étaient retrouvés dans un cas. Une symptomatologie respiratoire associant douleurs basithoraciques, toux et dyspnée était notée chez un seul patient. Deux patients présentaient une altération de l'état général. À l'examen clinique, cette tuméfaction pariétale était le plus souvent ferme, mal limitée, non inflammatoire, fixe par rapport aux plans profonds et parfois douloureuse. Elle était de siège basithoracique antérieur (deux cas), parasternal (deux cas), pectoral (un cas) et dorsal (un cas).

Examens complémentaires

Le bilan biologique était normal chez tous les patients. La radiographie du thorax montrait une opacité érodant le tissu osseux adjacent (cinq cas). Elle était normale dans le sixième cas. La TDM thoracique montrait dans tous les cas une masse tissulaire, homogène, non rehaussée par le produit de contraste, expansive, infiltrant les parties molles mais respectant le parenchyme pulmonaire. Cette masse envahissait les côtes dans cinq cas (Fig. 1 et 2), dont un cas présentait une atteinte du sternum (Fig. 3). Une infiltration isolée du sternum a été notée dans un cas. L'IRM thoracique, pratiquée chez un patient, était indiquée pour mieux apprécier l'extension de la tumeur aux structures de voisinage notamment vasculaires. Elle montrait une masse très vascularisée sans envahissement vasculaire. Devant de tels aspects radiologiques d'agressivité, une tumeur maligne de type sarcome était fortement suspectée. Une biopsie transpariétale a précédé l'exérèse chirurgicale dans 3 cas permettant une orientation diagnostique dans deux cas.

Traitement

Le traitement était chirurgical dans tous les cas. Il consistait en une résection large emportant la tumeur en passant en tissu sain (> 2 cm). Elle était complète dans tous les cas. La résection était élargie au sternum dans deux cas et aux côtes dans cinq cas. Le nombre de côtes résectionnées variait entre un et quatre. Les suites opératoires étaient simples dans tous les cas.

Étude anatomopathologique

À l'examen macroscopique, la tumeur était de coloration blanc jaunâtre ou rosée, à limites souvent mal définies, de consistance ferme et d'aspect fasciculé à la coupe. La taille de la tumeur variait de 7 à 11,5 cm avec une taille moyenne de 8,75 cm. À l'examen histologique, la tumeur correspondait à une prolifération de cellules fusiformes fibroblastiques et myofibroblastiques agencées en faisceaux parallèles, de cellularité variable avec présence de zones œdémateuses et myxoïdes coexistant avec des foyers plus densément cellulaires (Fig. 4). Ces faisceaux tumoraux étaient entrecoupés par des bandes collagènes

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4091884>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4091884>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)