



REVUE ICONOGRAPHIQUE / *Ostéoarticulaire*

Les tumeurs costales[☆]

H. Zarqane^a, P. Viala^b, B. Dallaudière^c, H. Vernhet^a,
C. Cyteval^b, A. Larbi^{b,*}

^a Service d'imagerie thoracique et vasculaire, CHU Arnaud-de-Villeneuve, 371, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34295 Montpellier cedex 5, France

^b Service d'imagerie musculo-squelettique, CHU Lapeyronie, 371, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34295 Montpellier cedex 5, France

^c Service de radiologie, CHU Bichat–Claude-Bernard (AP–HP), 46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris, France

MOTS CLÉS

Tumeurs osseuses ;
Côtes ;
Matrice
ostéogénique ;
Cartilagineuse et
fibreuse

Résumé Les auteurs proposent une revue iconographique visant à illustrer l'aspect en imagerie des principales lésions tumorales costales ainsi que leurs spécificités et d'évoquer les principaux diagnostics différentiels. Cette revue iconographique est basée sur les données de la littérature et illustrée à partir de notre propre expérience.

© 2013 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

La prévalence des tumeurs osseuses des côtes varie de 3 à 8% selon les séries [1,2]. Les métastases et le myélome sont les tumeurs costales malignes les plus fréquentes. Dans les lésions bénignes, la dysplasie fibreuse est de loin la plus rencontrée [3,4]. Ces lésions sont souvent de découverte fortuite.

Afin de poser un diagnostic précis, il est important de prendre en compte différents paramètres : les données épidémiologiques (âge, sexe), le contexte (bilan d'extension d'une éventuelle néoplasie) et la clinique (douleur, altération de l'état général).

Hormis les caractéristiques lésionnelles classiques (taille, type de matrice, critères d'agressivité), la localisation de la lésion au sein de la côte peut aider au diagnostic. En effet, les lésions cartilagineuses sont plutôt situées au niveau de la jonction chondrocostale. Le myélome, les métastases et la dysplasie fibreuse étant retrouvés plutôt sur le corps de la côte.

Nous allons passer en revue les principales lésions costales bénignes et malignes.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.diii.2013.05.006>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Diagnostic and Interventional Imaging*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : benjamin.dallaudiere@gmail.com (B. Dallaudière), larbi.ahmed@gmail.com (A. Larbi).

Les tumeurs costales bénignes

Les tumeurs bénignes des côtes les plus fréquemment rencontrées sont la dysplasie fibreuse, l'enchondrome et l'ostéochondrome [5].

La présence d'une matrice cartilagineuse (fines calcifications) orientera vers un enchondrome. Une lésion à expansion fusiforme, bien limitée, atteignant une ou plusieurs pièces osseuses, orientera vers une dysplasie fibreuse.

La dysplasie fibreuse

La dysplasie fibreuse est la lésion costale bénigne la plus fréquente [3]. C'est une affection congénitale mais non héréditaire. Elle résulte d'une anomalie de maturation et de différenciation des ostéoblastes conduisant à un remplacement de la moelle osseuse et de l'os spongieux par du tissu fibreux et de l'os immature. L'atteinte costale est retrouvée dans 6 à 20% des cas dans les formes monostotiques. Plus de

la moitié des patients (55%) qui ont une forme polyostotique, ont une atteinte costale [4,6].

Elle est la plupart du temps asymptomatique et survient entre les troisième et quatrième décades. En cas de douleur, il faudra suspecter une fracture ou une compression des tissus environnants par la tumeur (Fig. 1a).

L'atteinte prédomine au niveau des arcs costaux postérieurs et moyens ; dans la forme monostotique, la deuxième côte est souvent atteinte [4,7].

En radiographie, on retrouve une lésion médullaire centrée, ostéolytique soufflante, allongée, expansive dans l'axe de la côte, amincissant la corticale adjacente avec un liseré d'ostéocondensation (Fig. 1b).

Il n'y a pas d'atteinte des parties molles sauf en cas de fracture pathologique.

La tomодensitométrie (TDM) montre une lésion médullaire purement lytique ou la présence de trabéculations périphériques. On peut retrouver des zones en «verre dépoli» très évocatrices du diagnostic voire parfois des

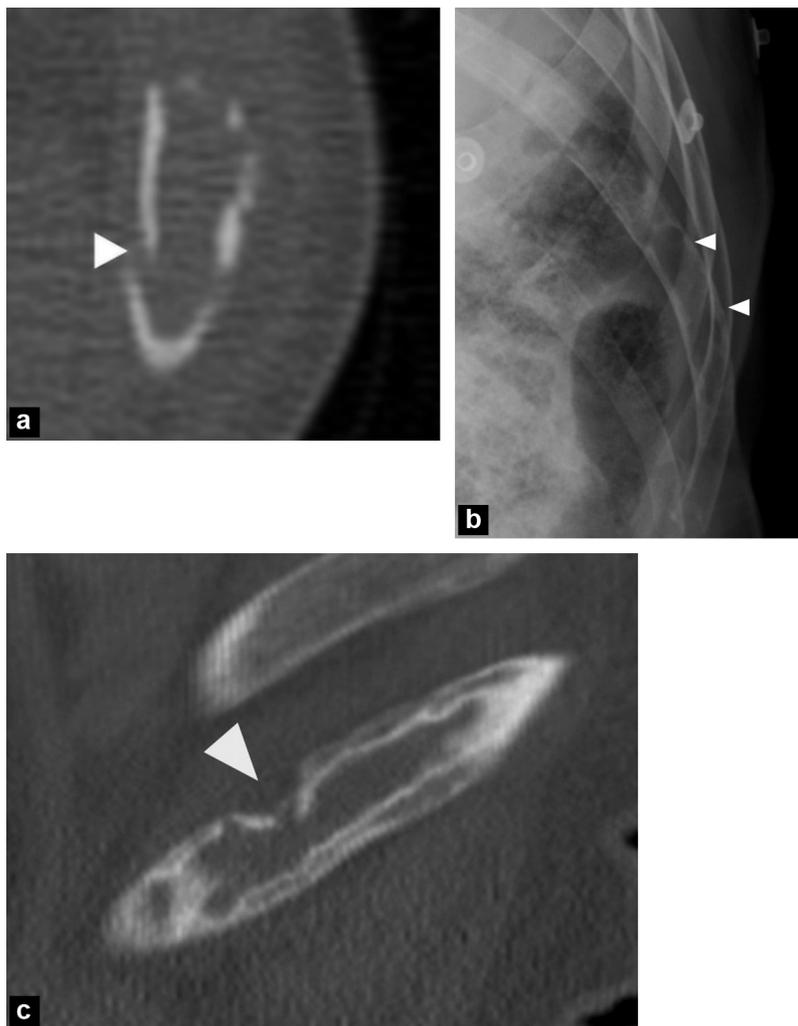


Figure 1. Dysplasie fibreuse. a : patient de 37 ans, tomодensitométrie en coupe axiale. Fracture sur dysplasie fibreuse (tête de flèche) ; b : aspect radiographique d'une dysplasie fibreuse chez un homme de 45 ans. Lésion lytique médullaire, soufflante de l'arc postérieur de la dixième côte gauche, expansive dans l'axe de la côte, amincissant la corticale avec liseré d'ostéocondensation (têtes de flèche) ; c : tomодensitométrie en reconstruction sagittale oblique chez un patient de 45 ans. Découverte fortuite d'une dysplasie fibreuse sous la forme d'une lésion médullaire lytique, expansive dans l'axe de la côte. Notez l'amincissement cortical sans tuméfaction des parties molles associées (tête de flèche).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5663494>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5663494>

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