J Radiol 2005;86:79-82
© Éditions Françaises de Radiologie, Paris, 2004

Hamartochondrome pulmonaire : une cause rare de nodule pulmonaire solitaire en pédiatrie

G Pouessel (1), C Thumerelle (1), C Santos (1), MC Copin (2), A Deschildre (1) et Y Robert (3)

Abstract

Pulmonary hamartochondroma: a rare cause of solitary pulmonary nodule in children

J Radiol 2005;86:79-82

Solitary pulmonary nodules are rare in children. We report an eleven year-old girl evaluated for recurrent respiratory symptoms diagnosed with an intraparenchymal pulmonary hamartochondroma. Spiral computed tomography showed a pulmonary nodule in the middle lobe, 17 mm in diameter, without any specific features. In asymptomatic adult patients, guidelines for the management of solitary pulmonary nodules have been described. The management of solitary pulmonary nodules in pediatric patients is discussed.

Key words: Mesenchymal hamartoma. Hamartochondroma. Benign tumor. Pulmonary nodule. Child.

Résumé

Les nodules pulmonaires solitaires sont exceptionnels en pédiatrie. Les auteurs rapportent une observation d'hamartochondrome pulmonaire intraparenchymateux chez un enfant de onze ans suivi pour des manifestations respiratoires chroniques non spécifiques. La tomodensitométrie thoracique spiralée montrait un nodule pulmonaire du lobe moyen isolé, de 17 mm de diamètre, sans caractère spécifique. Chez l'adulte asymptomatique, la stratégie de prise en charge des nodules pulmonaires, dominée par la crainte du cancer bronchique, a fait l'objet de recommandations. Cette observation nous conduit à discuter une stratégie de prise en charge des nodules pulmonaires en pédiatrie.

Mots-clés : Hamartome mésenchymateux. Hamartochondrome. Tumeur bénigne. Nodule pulmonaire. Enfant.

Les nodules pulmonaires solitaires sont rares en pédiatrie. Plusieurs diagnostics peuvent être évoqués devant un aspect radiologique de nodule pulmonaire solitaire : tumeur pulmonaire primitive bénigne ou maligne, tumeur pulmonaire d'origine métastatique, malformation congénitale, infection ou granulomes. L'hamartomochondrome, tumeur bénigne à faible potentiel malin, d'origine mésenchymateuse et composée principalement de cartilage, figure parmi les diagnostics. Chez l'adulte, la stratégie de prise en charge des nodules pulmonaires solitaires a fait l'objet de recommandations. Le but est de limiter le recours à la chirurgie inutile et non dénuée de morbidité en cas de tumeur bénigne et de permettre un diagnostic précoce de cancer bronchique (1, 2).

Nous rapportons l'observation d'un hamartochondrome pulmonaire intraparenchymateux diagnostiquée chez un enfant de onze ans. La conduite à tenir en cas de découverte d'un nodule pulmonaire solitaire chez l'enfant est discutée.

(1) Unité de pneumologie et allergologie, clinique de pédiatrie, Hôpital Jeanne de Flandre. (2) Service d'anatomie et cytologie pathologiques, Hôpital Calmette, 59800 Cedex Lille. (3) Service de radiologie, Hôpital Jeanne de Flandre, 2 avenue Oscar Lambret, 59800 Cedex Lille.
Correspondance : C Thumerelle

Observation

L'enfant avait eu une amygdalectomie pour des infections ORL fréquentes à l'âge de trois ans. Depuis l'âge de six ans, il présentait des manifestations bronchopulmonaires chroniques à type d'encombrement bronchique, de toux chronique, de dyspnée d'effort et d'infections respiratoires basses récidivantes. À l'âge de huit ans, des examens avaient été réalisés : radiographie de thorax normale, sensibilisation allergique vis-à-vis des acariens et des pollens de graminées. Ces manifestations respiratoires persistaient jusqu'à l'âge de onze ans. Il était adressé dans l'unité de pneumologie pédiatrique à l'âge de onze ans. Il n'y avait pas d'infection récente ni de contage tuberculeux. Il était en bon état général et l'examen clinique était normal. La radiographie de thorax montrait une opacité ronde à contours nets, sans calcification, de la base pulmonaire droite *(fig. 1)*. La tomodensitométrie thoracique spiralée avec des coupes fines millimétriques montrait un nodule polylobé mesurant 17 mm dans son grand axe, de densité tissulaire homogène, sans calcification ni zone d'atténuation graisseuse *(fig. 2a et 2b)*. Cette lésion du segment externe du lobe moyen, au contact de la grande scissure, ne se rehaussait pas à l'injection de produit de contraste. Il n'y avait ni adénopathie médiastinale, ni lésion pleurale ou costale. La fibroscopie bronchique était normale et l'examen cytologique du liquide de lavage bronchoalvéolaire ne montrait pas de cellule anormale. Les examens réalisés afin d'éliminer une tumeur carcinoïde (scintigraphie à l'Octéoscan, dosage de sérotonine plasmatique et urinaire) étaient normaux. Les dosages des catécholamines urinaires, de l'alphafoetoprotéine, des LDH et de l'HCG dans le sang étaient normaux. Devant ce nodule de diamètre supérieur à 10 mm, une lésion maligne ne pouvait être formellement exclue. Une énucléation tumorale était réalisée par thoracotomie latérale droite. L'examen anatomo-pathologique montrait une lésion nodulaire mesurant 20 x 20 x 15 mm, blanc nacré, de consistance ferme et bien limitée. En microscopie, la lésion était constituée de plusieurs tissus matures (cartilagineux, adipeux, conjonctif, vasculaire, épithélial) à prédominance cartilagineuse. Le diagnostic histologique était un hamartochondrome intraparenchymateux. Un an après le geste chirurgical, l'enfant n'avait plus de manifestation respiratoire et la radiographie de thorax était normale.

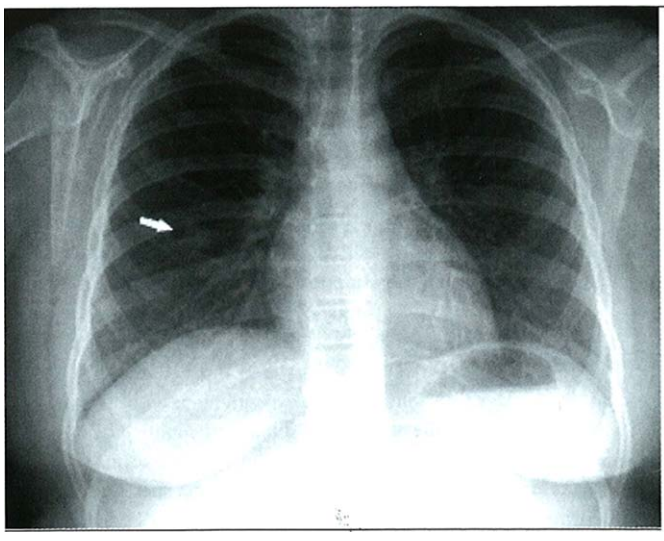


Fig. 1 : Radiographie de thorax de face : opacité ronde, à contours nets, sans calcification, dans l'hémithorax droit.

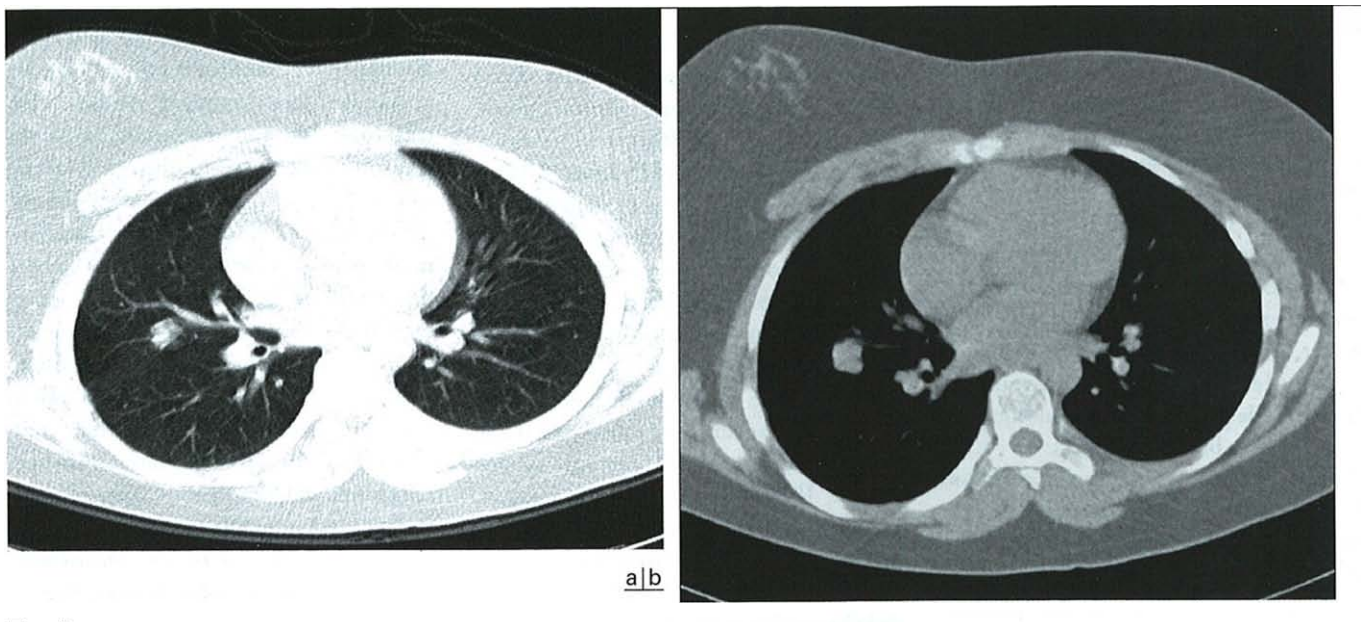
Fig. 1: *Frontal chest radiograph : well-defined round opacity of the right hemithorax with no calcification.*

Discussion

Devant un aspect de nodule pulmonaire solitaire chez l'enfant, certains diagnostics doivent être évoqués de principe *(tableau I)*. Dans notre observation, une cause infectieuse ou inflammatoire est a priori peu probable en l'absence de contexte infectieux, d'altération de l'état général et d'autres manifestations d'organe. L'absence de lésion visible sur le cliché de thorax quatre ans auparavant permet d'éliminer une malformation congénitale. Un nodule de cause tumorale est donc le plus probable. La fréquence relative de 230 tumeurs pulmonaires primitives chez l'enfant colligées par Hartman et Shochat est représentée dans le *tableau II* (3). En pédiatrie, les tumeurs pulmonaires les plus fréquentes sont les métastases mais le contexte est alors différent et la tumeur primitive est souvent parlante.

Chez l'adulte, l'hamartome mésenchymateux est la tumeur bénigne pulmonaire la plus fréquente (77 % des tumeurs bénignes pulmonaires) (4) et sa fréquence varie entre 0,02 % et 0,38 % selon les séries autopsiques (5). L'hamartochondrome est le plus souvent découvert chez des adultes de sexe masculin, au cours de la sixième décennie (5-7). Le sex-ratio M/F est de 2,5 (5) à 3 (6). Les hamartomes mésenchymateux de révélation précoce, avant l'âge de deux ans, sont habituellement des formes graves à révélation néonatale et souvent fatales (3). Chez l'adulte, la découverte de l'hamartome est le plus souvent fortuite et les circonstances de découverte sont non spécifiques, comme dans notre observation : toux sèche (11 %), douleurs thoraciques (10 %), expectorations mucopurulentes (5 %), pneumopathies aiguës ou récidivantes (5 %), dyspnée (5 %), asthénie ou amaigrissement (4 %), signes digestifs (2 %) (5, 7).

La survenue d'une hémoptysie, d'un syndrome cave supérieur ou d'un syndrome du scalène antérieur ont été décrits.



a|b

Fig. 2 :

a Tomodensitométrie thoracique spiralée : nodule polylobé, homogène, du segment externe du lobe moyen, mesurant 17 mm dans son grand axe, sans calcification ni zone de densité graisseuse (fenêtre parenchymateuse).

b Tomodensitométrie thoracique spiralée : nodule polylobé, homogène, du segment externe du lobe moyen, mesurant 17 mm dans son grand axe, sans calcification ni zone de densité graisseuse (fenêtre médiastinale).

Fig. 2:

a *Spiral chest CT : homogeneous polylobulated nodule of the middle lobe, 17 mm in diameter, without calcification or fat component (parenchymal window).*

b *Spiral chest CT : homogeneous polylobulated nodule of the middle lobe, 17 mm in diameter, without calcification or fat component (mediastinal window).*

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/9390829

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/9390829

Daneshyari.com