



RESEARCH ARTICLE

CHONDROSARCOME COSTAL REVELE PAR UNE TUMEUR DU SEIN : A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

Achraf Jarroug, Mounia Bouzida, Hamid Asmouki, Yassine Msougar and Abderraouf Soummami

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 20 March 2023

Final Accepted: 22 April 2023

Published: May 2023

Abstract

Les chondrosarcomes sont des tumeurs mésenchymateuses cartilagineuses rares. Certaines tumeurs de la paroi thoracique peuvent poser un diagnostic différentiel avec le cancer du sein. Nous présentons le cas d'une femme de 60 ans atteinte d'un chondrosarcome de la cinquième côte droite, mimant à un cancer du sein. Une résection complète avec réparation de la paroi thoracique a été réalisée et a donné de bons résultats pronostiques. La résection chirurgicale complète et la reconstruction de la paroi thoracique sont les principaux traitements de cette forme de chondrosarcome.

Copy Right, IJAR, 2023., All rights reserved.

Introduction:-

Les chondrosarcomes sont des tumeurs mésenchymateuses cartilagineuses rares qui représentent environ 10% de toutes les tumeurs osseuses malignes (1). Il s'agit d'un groupe hétérogène de tumeurs, mais le type le plus fréquent est un chondrosarcome conventionnel qui affecte souvent le fémur et l'humérus (2,3). Certaines tumeurs situées au niveau des côtes peuvent poser un diagnostic différentiel avec le cancer du sein. Nous présentons un cas de chondrosarcome costal qui a été révélé par une masse mammaire.

Observation:-

Une patiente de 60 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, nulligeste, ménopausée, ayant présenté depuis neuf mois un nodule au niveau du sein droit, augmentant rapidement de volume sans adénopathie axillaire. L'examen clinique a trouvé une masse de 10*10 cm prenant presque la totalité du sein droit, dure, fixe par rapport au plan profond et sans signes inflammatoires (Figure 1). L'examen des aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires n'a pas trouvé d'adénopathies. Une échographie mammaire a été réalisée et a montré une formation nodulaire de 90*94 mm, hypoéchogène hétérogène, siège de calcification en son sein, non vascularisée au doppler et absence d'adénopathie axillaire. La mammographie a montré une volumineuse opacité occupant presque la totalité du sein droit. Cet aspect échomammographique est classé BI-RADS 4 de l'ACR (Figure 2).

La microbipsie du nodule mammaire a été faite et a ramené cinq carottes tissulaire blanchâtres incluses en totalité. Macroscopiquement, il s'agit d'une prolifération mésenchymateuse avec une nette différenciation cartilagineuse mal limitée, d'aspect vaguement lobulé, de densité cellulaire élevée. Ces lobules cartilagineux sont faits d'une matrice cartilagineuse siège de cellules tumorales à noyau hyperchrome. L'index mitotique est faible et estimé à 3 mitoses/ 10 champs au fort. Cette prolifération pénètre le tissu fibreux adjacent.

Corresponding Author:-Achraf Jarroug

Un scanner thoraco-abdomino-pelvien a été effectué qui a montré un processus lésionnel pariétal thoracique antérieur droit prenant l'arc antérieur de la cinquième cote droite qui est lysé mesurant 116.2*94.6*100.7 mm et infiltre le sein homolatéral sans métastase à distance.

La prise en charge a consisté une exérèse tumorale par résection des arcs antérieures de la 3,4 et 5eme cotes avec réparation pariétale (barres métalliques avec plaques biface) (Figure 4). Le diagnostic de chondrosarcome de grade I a été retenu à l'examen anatomo-pathologie de la pièce opératoire puis la patiente a été adressée au service de l'oncologie pour complément de prise en charge.



Figure 1:- Volumineuse masse du sein droit.

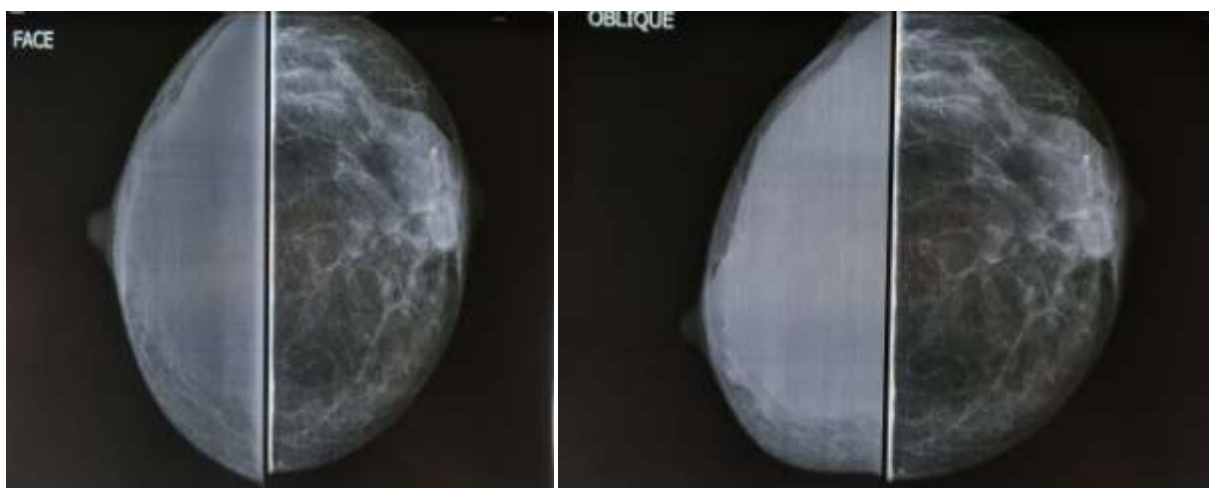


Figure 2:- Mammographie de face et oblique externe.



Figure 3:- Clichés de la TDM.

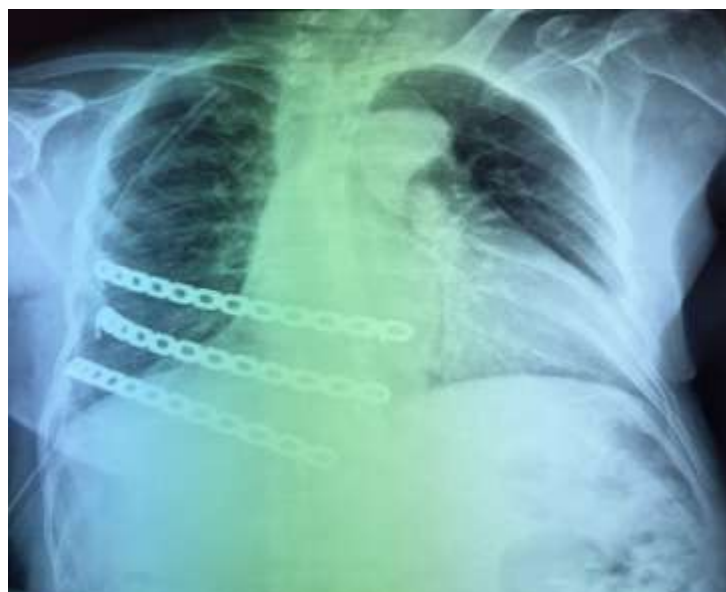


Figure 4:-Contrôle radiographique post opératoire des barres métalliques.

Discussion:-

Le chondrosarcome est une tumeur rare des os et des tissus mous (1,3) mais c'est la tumeur maligne primitive la plus fréquente de la paroi thoracique, avec une meilleure survie à long terme par rapport aux autres sarcomes (4,5). Certains auteurs ont rapporté que le chondrosarcome de la paroi thoracique a un mauvais pronostic en raison de métastases à distance.

Le chondrosarcome, comme les autres sarcomes, se propage par voie hématogène, produisant principalement des métastases pulmonaires et osseuses (1).

Les facteurs pronostiques de cette tumeur incluant l'âge au moment du diagnostic, la taille de la tumeur, le grade histopronostique de la tumeur, la survenue de métastase, le sous-type de chondrosarcome, la qualité de l'exérèse chirurgicale. Certains sous-types de chondrosarcome répondent différemment aux divers traitements adjuvants (la chimiothérapie est efficace dans le chondrosarcome mésoenchymateux), les chondrosarcomes de bas grade sont de bon pronostic par rapport au haut grade car ils donnent rarement des métastases (2). Le chondrosarcome atypique cartilagineux est la nouvelle description du chondrosarcome de grade I en tant que tumeur présentant une évolution clinique intermédiaire, selon la classification de l'Organisation mondiale de la santé de 2013 (6,7). En revanche, les chondrosarcomes de haut grade se caractérisent par un haut potentiel d'invasion locorégionale et à distance (2,8).

La localisation d'une telle tumeur dans la paroi thoracique antérieure sous le sein est une situation particulière. Cela peut poser le diagnostic différentiel avec le cancer du sein primitif même avec l'utilisation de la mammographie et de l'échographie mammaire. Chez notre patiente, une biopsie du nodule mammaire a été réalisée pour diagnostiquer une tumeur du sein, mais le recours à la tomodensitométrie a permis d'orienter le diagnostic d'une tumeur primitive de la paroi thoracique qui a nécessité une stratégie thérapeutique différente.

La chirurgie constitue le seul traitement curatif même dans le chondrosarcome de haut grade avec la reconstruction de la paroi thoracique (10). La qualité du geste chirurgical est un facteur pronostique essentiel. La résection doit être large, emportant en monobloc la côte porteuse de la lésion mais aussi les deux espaces intercostaux sus- et sous-jacents, avec une marge de sécurité d'au moins 4 cm (11). Celle-ci peut être réduite en cas de contact avec des organes vitaux mais devrait toujours être supérieure à 2 cm. Les traitements adjuvants ont une place limitée, car ces tumeurs sont chimiorésistantes et sont relativement résistantes à la radiothérapie (9). Ils sont entrepris en cas de volumineuse tumeur d'emblée irrésécable pour essayer d'obtenir une réduction du volume tumoral. Dans les suites opératoires, ces traitements n'ont pas fait preuve de leur efficacité. Le traitement des récurrences est également chirurgical (12). La surveillance postopératoire clinique et radiologique est impérative tous les trois mois durant les trois premières années et tous les six mois jusqu'à au moins dix ans, durée limite pour que le chondrosarcome de la paroi thoracique soit considérée comme guérie (12).

Conclusion:-

Les chondrosarcomes costaux sont des tumeurs rares, caractérisées par un haut potentiel d'invasion locorégionale, de récurrence après traitement et de dissémination métastatique. Le traitement repose essentiellement sur la chirurgie qui ne peut être curative que dans les formes peu extensives et de diagnostic précoce. Un suivi rigoureux et prolongé de ces tumeurs traitées afin de détecter précocement une récurrence ou une métastase.

Références:-

1. Le HV, Wadhwa R, Theodore P and Mummaneni P. Excision of thoracic chondrosarcoma: case report and review of literature. *Cureus* 2016; 8: e708.
2. Gao H, Zhou Y, Wang Z, Zhao R and Qian S. Clinical features and prognostic analysis of patients with chest wall chondrosarcoma. *Medicine (Baltimore)* 2019; 98: e17025.
3. Mosier SM, Patel T, Strenge K and Mosier AD. Chondrosarcoma in childhood: the radiologic and clinical conundrum. *J Radiol Case Rep* 2012; 6-12: 32-42.
4. Bishop MW, Somerville JM, Bahrami A, et al. Mesenchymal chondrosarcoma in children and young adults: a single institution retrospective review. *Sarcoma* 2015; 2015: 608279.
5. Nimonkar P, Bhola N, Jadhav A, et al. Myxoid chondrosarcoma of maxilla in a pediatric patient: a rare case report. *Case Rep Oncol Med* 2016; 2016: 5419737.

6. Bawa HS, Moore DD, Pelayo JC, et al. Pediatric chondrosarcoma of the sternum resected with thorascopic assistance. *Open Orthop J* 2017; 11: 479–485.
7. Kuşpelı S, Varan A, Gedikoglu G and Buşyuğkpmuk, u M. Sacral mesenchymal chondrosarcoma in childhood: a case report and review of the literature. *Pediatr Hematol Oncol* 2010; 27: 564–573.
8. Krishnamurthy A, Gowthaman S and Majhi U. Paediatric chondrosarcoma of the sinonasal region. *J Cancer Res Ther* 2013; 9: 163–164
9. P. Anract , F. Larousserie , O. Mir, A. Feydy Chondrosarcomes osseux -17/11/2020
10. Massine Mohammed El Hammoumi^{1,2} , Bhairis Mohammed¹ , low-grade chondrosarcoma mimicking breast cancer. 2020
11. Ryan MB, Mc Murtrey MJ, Roth JA. Current management of chest-wall tumors. *Surg Clin N Am* 1989 ; 69 : 1061-80.
12. B. Morin¹ , J.P. Le Rochais¹ , F. Galateau² , P. Icard¹. Chondromes et chondrosarcomes costaux. *Ann Chir* 2000 ; 125.