



## Localisation et aspect atypiques du fibrome chondromyxoïde chez un enfant

Echchikhi M<sup>(1)</sup>, Ziani H<sup>(2)</sup>, Essaber H<sup>(1)</sup>, El haddad S<sup>(1)</sup>, Allali N<sup>(1)</sup>, Chat L<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Service de Radiologie, Hôpital Mère-enfant, CHU Ibn Sina, Rabat

<sup>(2)</sup> Service de réanimation, Hôpital Mère-enfant, CHU Ibn Sina, Rabat

### Résumé :

La tumeur chondromyxoïde est une tumeur osseuse primitive bénigne de différenciation cartilagineuse. Nous rapportons le cas d'un enfant de 10 ans présentant une forme agressive de la tumeur mimant un processus malin, de localisation atypique au niveau de l'aile iliaque.

**Mots clés :** Fibrome chondromyxoïde, enfant, IRM

### INTRODUCTION:

La tumeur chondromyxoïde est une tumeur osseuse bénigne rare, présentant 0,5 % des tumeurs osseuses primitives. Elle intéresse généralement les métaphyses des os longs.

L'objectif de notre article est d'illustrer une forme agressive de cette tumeur, de localisation atypique chez un enfant, en soulignant le rôle prépondérant de l'IRM dans sa prise en charge.

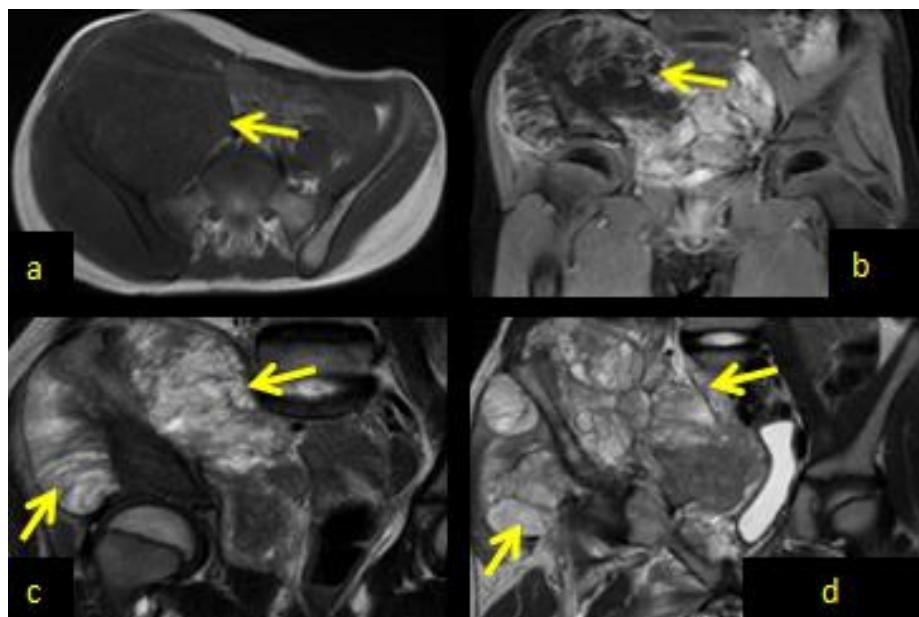
### Rapport de cas :

Enfant de 10 ans, ayant consulté aux urgences de l'hôpital d'enfant de Rabat pour une tuméfaction dure et douloureuse de la fosse iliaque droite, augmentant rapidement de volume. Le bilan biologique était normal. La radiographie a objectivé une lésion mixte lytique et condensante, hétérogène, de l'aile iliaque droite, incitant la réalisation d'une IRM.

L'IRM a objectivé un processus lésionnel centré sur l'aile iliaque droite (figure 1), multi loculé, en hyposignal T1, hypersignal hétérogène T2, renfermant multiples septa épais en hyposignal T2 rehaussés par le Gadolinium, sans restriction de la diffusion. Il s'y associe une réaction périostée compacte en regard, sans envahissement des structures adjacentes. Absence d'infiltration de la graisse ou d'adénopathies associées.

Le processus était en faveur d'une origine bénigne plus qu'un chondrosarcome. Le fibrome chondromyxoïde était parmi les diagnostics évoqués, et était confirmé histologiquement après la biopsie de la tumeur. L'excision chirurgicale a été indiquée.

Une récidive tumorale a été objectivée par une IRM de contrôle réalisée après 5 mois. On note que la récidive a été plus volumineuse que la tumeur primitive (figure 1 d).



**Figure 1 :** IRM pelvienne en séquence pondérée T1 axiale sans (a) et après (b) injection de gadolinium, et en séquence pondérée T2 en coupe sagittal avant (c) et 5 mois après une résection chirurgicale (d). Les images montrent un processus tumoral centré sur l'aile iliaque droite, multi loculé, en hyposignal T1 (a), rehaussé par le Gadolinium (b). La tumeur montre un hypersignal hétérogène T2, renfermant multiples septa épais en hyposignal T2 (c). Il s'y associe une réaction périostée compacte en regard, sans envahissement des organes adjacents.

## **DISCUSSION :**

Le fibrome chondromyoïde touche généralement les sujets jeunes et se manifeste cliniquement par une douleur et une tuméfaction. Les fractures pathologiques sont fréquentes [1].

Sur la radiographie standard, au niveau des os longs, on trouve une lacune géographique excentrée, soufflant la corticale. Sur les os plats tel que l'os iliaque, la tumeur est souvent polycyclique et mixte, associant une condensation et une lyse osseuse. Des microcalcifications intratumorales peuvent être rencontrées [2].

L'IRM est l'examen clé permettant d'évoquer le diagnostic du fibrome chondromyoïde. La composante myxoïde apparaît en hyposignal sur la séquence pondérée T1, en hypersignal T2, et rehaussée par le Gadolinium. L'IRM permet également de détecter les autres composantes intratumorales associées : fibreuse, kystique et calcique [3,4].

Le fibrome chondromyoïde est caractérisé par l'absence d'extension intra médullaire, ce qui permet de différencier sa forme agressive d'un chondrosarcome, ce dernier étant le principal diagnostic différentiel. D'où l'intérêt d'une analyse minutieuse des rapports de la tumeur en IRM. La confirmation histologique par une biopsie est toujours indiquée [3,4].

Le traitement consiste à une excision tumorale complète avec curetage et comblement osseux. A noter que la résection totale n'est pas toujours possible d'où la fréquence des récidives qui atteignent 25% des cas. La transformation tumorale maligne est exceptionnelle [1,2].

**CONCLUSION :**

L'imagerie et notamment l'IRM joue des rôles multiples et fondamentaux dans la prise en charge du fibrome chondromyoïde. L'IRM offre une orientation diagnostique notamment en cas de localisation atypique, une étude précise des rapports tumoraux guidant le traitement chirurgical, ainsi que la recherche d'une récidive post opératoire.

**CONFLIT D'INTERET :** Aucun.**REFERENCES :**

- [1] Harzallah L, Bouajina E, Rammeh N, Belhadj SK, Ghannouchi M, Kraiem C. Chondrome iliaque: a propos d'un cas [Iliac chondroma: a case report]. *Tunis Med.* 2005;83(9):578-580
- [2] Johnson GC, Christensen M. Benign Chondromyxoid Fibroma of the Iliac Crest. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2018;48(2):122
- [3] Jerbi Omezzine S, Hafsa C, Ben Ghozlan H, Sassi N, Hamza HA, Gannouni A. Une localisation rare du fibrome chondromyoïde: le calcanéum [Rare location of a chondromyxoid fibroma: the os calcis]. *J Radiol.* 2008;89(7-8 Pt 1):897-899
- [4] Yalniz E, Alicioglu B, Yalcin O, Yilmaz B. Non specific magnetic resonance features of chondromyxoid fibroma of the iliac bone. *J BUON.* 2007;12(3):407-409

