

L'heautontimoroumenos*

The self-tormentor

J. Chantreuil · T. Perez · L. Maurin · B. Lefort · E. Saliba

Reçu le 27 janvier 2012 ; accepté le 31 janvier 2012
© SRLF et Springer-Verlag France 2012

À l'éditeur,

L'exostose de localisation costale est inhabituelle et généralement asymptomatique. Diverses complications intrathoraciques ont été décrites. Nous rapportons l'observation d'une tamponnade par épanchement péricardique secondaire à une plaie myocardique provoquée par une exostose costale.

Une jeune fille de 16 ans avait fait une violente chute sur son bras gauche le long du thorax au cours d'une pratique sportive. Huit jours après la chute, elle faisait un malaise avec perte de conscience brève en levant les deux bras. Le cliché thoracique montrait une cardiomégalie. La tomодensitométrie (TDM) thoracique révélait un épanchement péricardique circonférentiel et pleural droit modéré. Elle était transférée dans notre centre où le drainage péricardique ramenait 900 ml d'un liquide sanglant incoagulable. Une nouvelle TDM thoracique avec reconstruction en trois dimensions de la cage thoracique révélait une exostose de la face antérieure de l'arc moyen de la cinquième côte gauche profondément enchâssée dans le myocarde (Figs. 1 et 2). Cette exostose isolée était retirée par thoracotomie. Les suites opératoires étaient simples sous traitement par anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Les tumeurs primaires de la cage thoracique représentent 7 à 8 % de toutes les tumeurs primaires du squelette. L'exostose en constitue un faible pourcentage. L'exostose peut être solitaire ou multiple dans le cadre d'une forme héréditaire de transmission autosomique dominante. Chez notre patiente, l'analyse anatomopathologique montrait qu'il s'agissait d'un ostéochondrome secondaire à la séparation d'une portion du cartilage de croissance épiphysaire. Les côtes



Fig. 1 TDM du thorax sans injection fenêtre médiastinale : exostose costale profondément enchâssée dans le myocarde droit ; épanchement péricardique



Fig. 2 TDM avec reconstruction 3D : exostose de l'arc moyen de la 5^e côte gauche

J. Chantreuil · T. Perez (✉) · L. Maurin · B. Lefort · E. Saliba
Hôpital Gatiien de Clocheville,
49, boulevard Béranger,
F-37044 Tours cedex 9, France
e-mail : t.perez@chu-tours.fr

* *Le bourreau de soi-même*, pièce de Térence vers 163 avant JC

peuvent en être atteintes soit à la jonction chondrocostale soit à l'extrémité costovertebrale [1].

L'exostose est asymptomatique dans la majorité des cas. Les manifestations cliniques varient d'une simple douleur thoracique à diverses complications, pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Dans la littérature, quelques cas d'hémithorax, d'infections à répétition [2], de hoquet persistant [3] ou de lacération diaphragmatique [4] ont été rapportés. Les cas de compression médullaire sont rarement le fait d'exostose isolée [5], mais plutôt rencontrés dans le cadre d'une maladie des exostoses multiples ou de syndrome de Ehrenfried. À notre connaissance, un seul autre cas d'hémopéricarde secondaire à une perforation cardiaque par une exostose costale isolée a été rapporté à ce jour [6].

Le diagnostic d'une exostose peut être difficile sur une simple radiographie. La TDM thoracique est la technique de choix pour mettre en évidence la lésion osseuse et les anomalies associées. En l'absence de complication, aucun traitement n'est proposé. Dans les cas symptomatiques, le traitement chirurgical s'impose par thoracotomie ou par thoracoscopie. Certains proposent une résection costale partielle devant le risque de transformation maligne estimé

de 1 à 2 %, principalement dans les formes d'expression multiple.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Cottalorda J, Stephan JL, Varlet F, et al (1998) Intra-thoracic costal site of osteogenic exostoses in the child. *Rev Chir Orthop Repar Appar Mot* 84:563–6
2. Hajjar WM, El-Medani YL, Essa MA, et al (2003) Unusual presentation of rib exostosis. *Ann Thorac Surg* 75:575–7
3. Alifano M, Morcos M, Molina T, Regnard JF (2003) An unusual cause of hiccup: costal exostosis. *Eur J Cardiothorac Surg* 23: 1056–8
4. Simanski DA, Paley M, Werczberger A, et al (1997) Exostosis of a rib causing laceration of the diaphragm: diagnosis and management. *Ann Thorac Surg* 63:856–7
5. Javadpour M, Hughes DG, West CG (1999) Solitary exostosis of the thoracic spine. *Spine* 24:2109–10
6. Fukai I, Fujii Y, Hisada M, et al (2002) Percardial hemorrhage caused by costal exostosis. *Ann Thorac Surg* 74: 2171–2