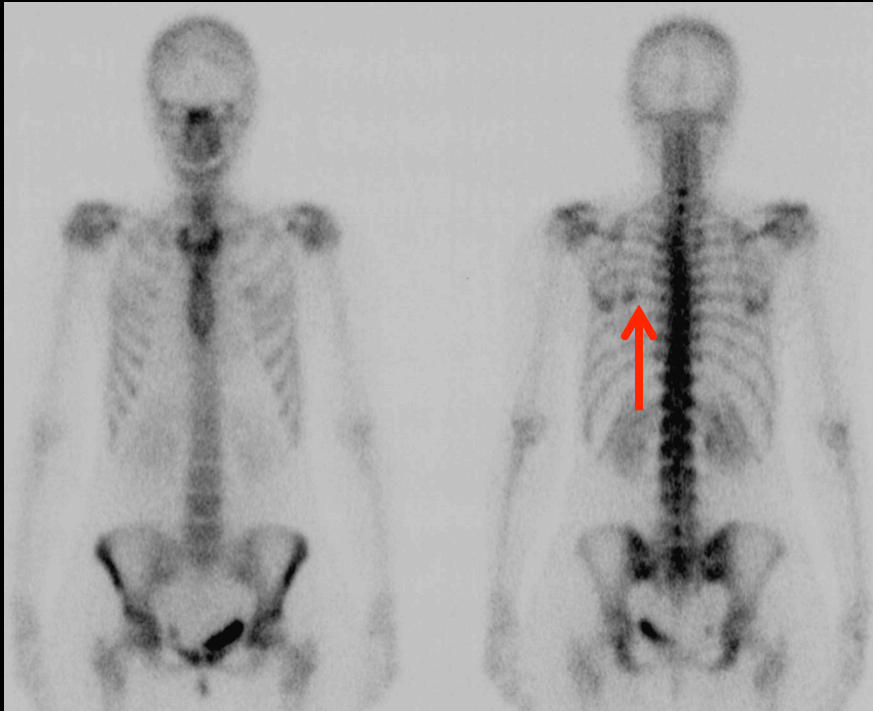


Femme de 37 ans ; carcinome thyroïdien papillaire bien différencié classé pT2b  
Scintigraphie osseuse aux diphosphonats marqués au  $^{99m}\text{Tc}$  dans le cadre du bilan  
d'extension



Foyer modérément fixant en regard de l'arc moyen de la 7ème côte gauche

Absence de douleur à ce niveau . Pas d'antécédent traumatique

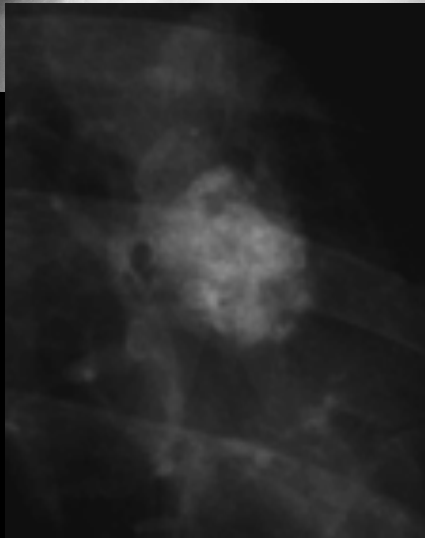
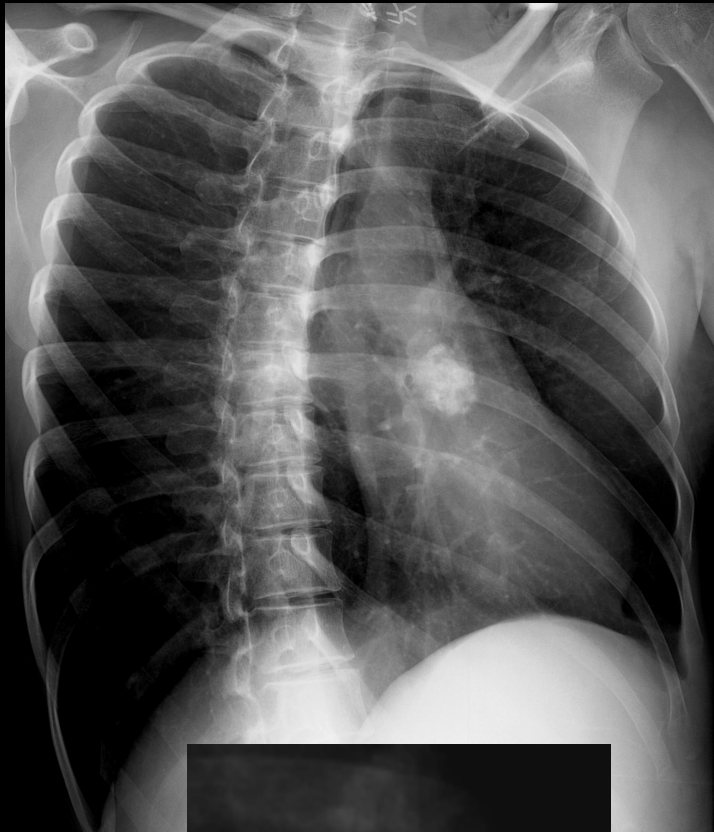
Lésion unique peu évocatrice d'une localisation osseuse secondaire

À confronter à des radiographies standard

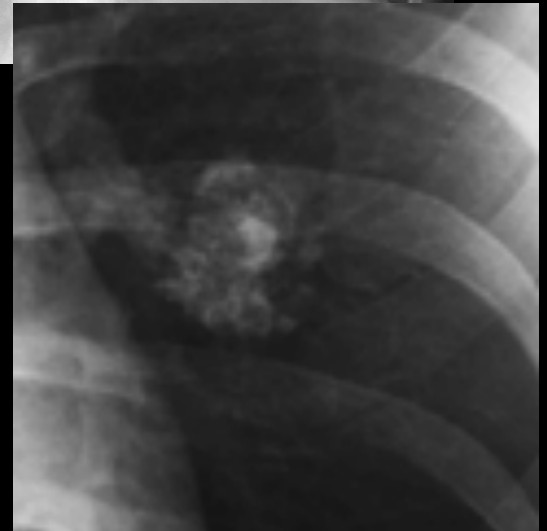
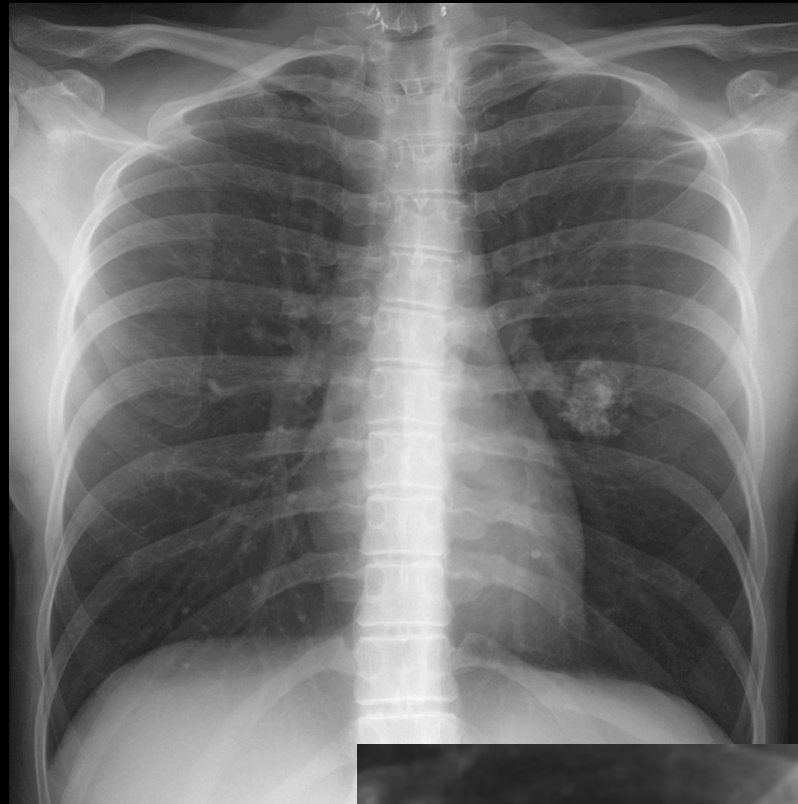
Quelles sont vos hypothèses , sachant que le foyer de fixation de l'isotope est bien intra-parenchymateux



radiographie du gril costal

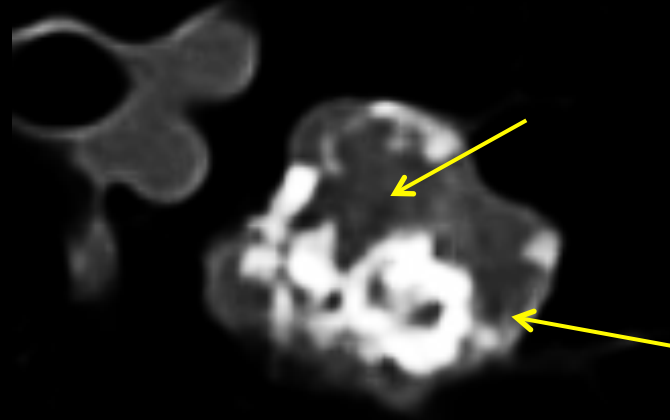
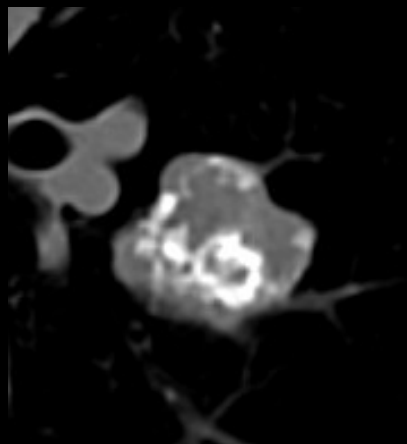
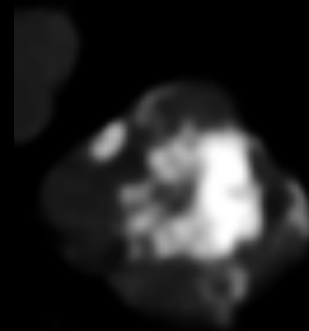
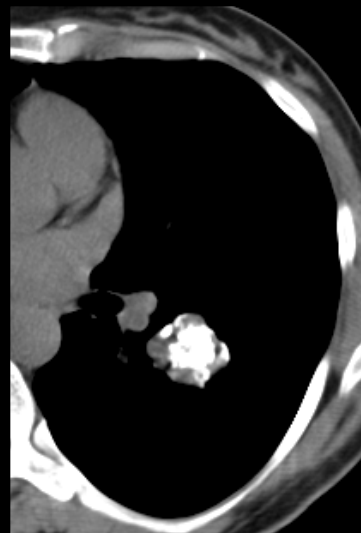
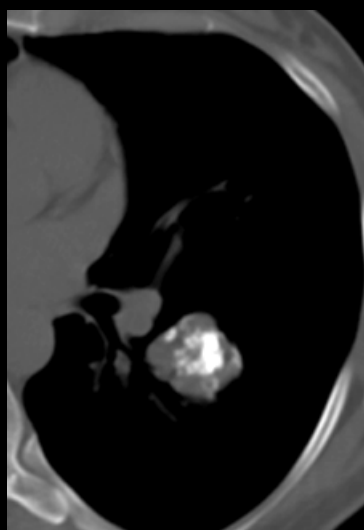
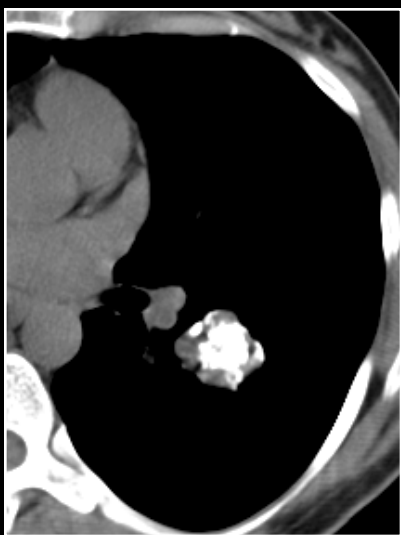


radiographie (cardio)thoracique



Votre diagnostic doit  
maintenant être affiné





**Masse de 4 cm de diamètre contenant des calcifications (ossifications) "en pop-corn " et tous les signes d'une matrice chondroïde avec ossification enchondrale : structure pluri nodulaire ; ossifications à type de ponctuations , floculations , images " en arcs et anneaux" Présence de plages graisseuses nodulaires**

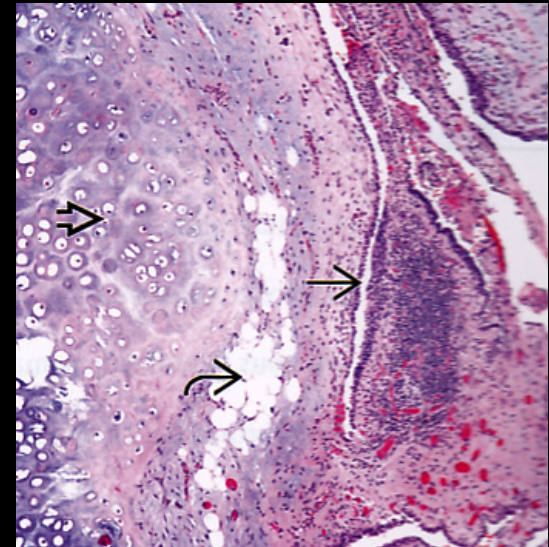
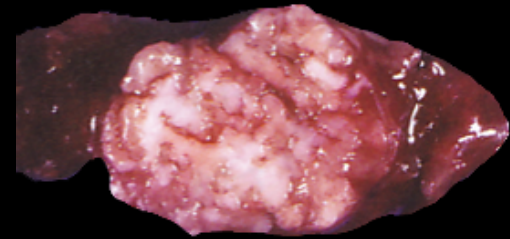
# Hamartochondrome (hamartome cartilagineux)

Syn. : mésenchymome bénin

La nature hamartomateuse ou tumorale bénigne reste discutée

Lésion peu fréquente (8% des tumeurs pulmonaires primitives) , peu évolutive ; **pic d'incidence : 7<sup>ème</sup> décade** .

Formation pseudo tumorale renfermant tous les constituants de la bronche disposés de manière anarchique: cartilage plus ou moins ossifié ( élément nettement dominant) , épithélium, fibres musculaires lisses, **tissu adipeux ( visible dans 60% des cas au scanner )** , zones mucoïdes



Taille moyenne : 1 à 4 cm mais jusqu'à 25 cm de diamètre ; **le cartilage est absent dans les petites lésions** ; les calcifications ne sont présentes que dans 10 à 15 % des cas

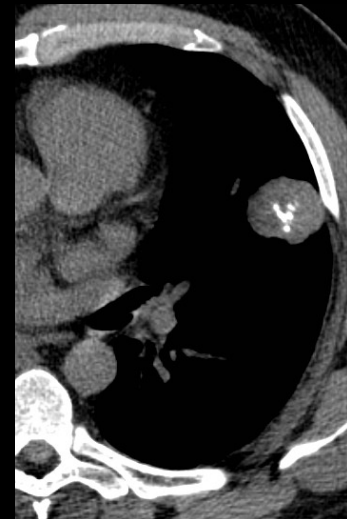
Dans 80% des cas : périphérique mais il existe des **formes proximales endoluminales** dans les bronches souches ou les bronches lobaires ; ils sont alors souvent pédiculés et peuvent être totalement graisseux (lipomes endobronchiques)

Rarement multiples , sauf **triade de Carney** (paragangliomes fonctionnels , GIST , hamartochondromes pulmonaires multiples, chez des femmes jeunes )

**Pas d'hypermétabolisme au PET CT** au 18 FDG ; le dépistage par la scintigraphie osseuse dans le cas rapporté est original....!

Principaux diagnostics différentiels **anatomo-pathologiques** :

- .chondrome et chondrosarcome bronchique
- .adénome pléomorphe
- .lipome bronchique
- .tératome bronchique



## Take home message

L'hamartome cartilagineux est la plus fréquente des tumeurs bénignes pulmonaires chez l'adulte

Le meilleur critère diagnostique est l'identification de plages graisseuses au CT HR ; retrouvées dans 60 % des cas

Les calcifications et ossifications ne sont retrouvées que dans 10 à 15 % des cas

Ce sont les petites lésions qui sont les plus difficiles à identifier par l'imagerie ; la ponction transpariétale est difficile la spécificité du diagnostic cytologique est de l'ordre de 75 % avec 25 % de faux positifs (adénocarcinome , tumeur carcinoïde , carcinome à petites cellules ) ; il faut donc préférer la biopsie guidée sous scanner ou l'exérèse atypique sous thoracoscopie (avec repérage préalable sous CT par mise en place d'un harpon intra lésionnel ).

