

(CASE REPORT)



Prise en charge chirurgicale d'un enchondrome du pouce avec fracture pathologique : à propos d'un cas

A. Zitoune^{1*}, A. Mellali Gouri¹, MC. Berouag¹, D. Laurent², Y. El Qadiri¹, Y. Sbihi¹, O. El Adaoui¹, Y. Elandaloussi¹, AR. Haddoun¹, D. Bennouna¹, M. Fadili¹

¹ Département de chirurgie orthopédique et Traumatologie, CHU Ibn-rochd, Casablanca, Maroc

² PAH, Département de Traumatologie et orthopédie CHI layné, Mont de marsan.

Historique de publication : Reçu le 01/01/2025 ; Révision le 03/01/2025 ; Publié le 03/01/2025

DOI : <http://doi.org/10.70602/rimc.25.2.1.1.5>

Résumé

L'enchondrome est une tumeur bénigne osseuse, fréquemment localisée dans les os tubulaires des mains. Bien que souvent asymptomatique, il peut être découvert à la suite d'un traumatisme, comme dans le cas de notre patiente de 19 ans. Celle-ci s'est présentée aux urgences après un traumatisme mineur de la main droite, ayant entraîné une douleur et une déformation du pouce. La radiographie a révélé une lacune métaphysodiaphysaire associée à une fracture non déplacée de la première phalange du pouce. Le traitement a consisté en un curetage chirurgical de la lésion, suivi d'un comblement osseux et d'une ostéosynthèse par mini-plaque. Les suites opératoires ont été simples, avec immobilisation et suivi radiologique. L'analyse anatomopathologique a confirmé la nature bénigne de la lésion, compatible avec un enchondrome. La patiente a été revue à plusieurs reprises pour des contrôles cliniques et radiologiques, avec une bonne évolution fonctionnelle. Ce cas souligne l'importance d'une prise en charge précoce des enchondromes, notamment en présence de fracture pathologique. La chirurgie, combinée à une ostéosynthèse et une rééducation précoce, permet de limiter les risques de récurrence et de complications. La transformation maligne de l'enchondrome reste rare, mais nécessite une surveillance attentive, en particulier dans les cas d'enchondromatose multiple.

Mots-clés : : enchondrome, fracture pathologique, pouce, curetage, ostéosynthèse.

1. Introduction :

L'enchondrome est une tumeur bénigne courante des os tubulaires de la main. Le chondrome peut être solitaire ou multiple, entrant dans le cadre d'une enchondromatose ; sa forme unilatérale est la maladie d'Ollier, l'association avec des angiomes cutanés réalise le syndrome de Maffuci-Cast. On désigne la tumeur sous le terme d'enchondrome, ou chondrome central lorsque son développement est intra-osseux, Elle touche le plus souvent la phalange proximale comme elle peut se localiser au niveau de la phalange moyenne et des métacarpiens. [1.2]. Cependant l'enchondrome est rarement impliqué dans la phalange distale de la main.

La tumeur naît dans la cavité médullaire et se développe dans le cortex, formant une masse endogène proéminente dans l'os.[3] Un enchondrome est toujours difficile à diagnostiquer du fait qu'il est peu exprimé cliniquement. [6] Cette tumeur n'est souvent découverte que lors de la réalisation des radiographies souvent après un traumatisme. Le traitement de ce type de tumeur est généralement chirurgical [7] La récurrence et la dégénérescence maligne représentent <1 % des cas.[6].

* Auteur correspondant: ZITOUNE ANASS

2. Patient et observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 19 ans qui s'est présentée aux urgences pour un traumatisme fermé de la main droite suite à un mécanisme de faible énergie occasionnant chez elle des douleurs du pouce droit avec impotence fonctionnelle et déformation.

Une radiographie standard a été demandée qui montrait une lacune métaphysodiaphysaire proximal de la première phalange du pouce associée à une fracture transversale non déplacée transversant cette image lacunaire au niveau du 1/3 proximal. (Figure 1).



Figure 1 : radiographie de face et de profil du pouce droit

Devant le diagnostic d'une fracture pathologique la décision thérapeutique consistait à un curetage avec comblement par substitut osseux et ostéosynthèse par une mini-plaque. Après l'installation de la patiente en décubitus dorsal, sous anesthésie générale, la réparation cutanée et des champs selon les règles d'asepsie en vigueur, avec un garrot pneumatique gonflé à la racine du membre supérieur droit.

Incision dorso-ulnaire en regard de la première phalange du pouce puis dissection sous-cutanée, hémostase à la demande, par la suite, on a exposé l'adducteur du pouce et de l'appareil extenseur qui étaient réclinés radialement tout le long de l'intervention, ensuite on a découvert le foyer fracturaire à travers lequel on a réalisé un curetage évident de la lésion tumorale molle qu'on a envoyé en analyse anatomopathologique (figure 2), ensuite on a procédé à un lavage au sérum physiologique puis un comblement par substitut osseux d'allogreffe Biobank et la mise en place d'une plaque d'ostéosynthèse avec trois vis proximales verrouillées, diamètre 1,3mm et une vis non verrouillée dans le fragment distal, d'excellente tenue, bi-corticale et verrouillage par deux autres vis distales verrouillées dans la plaque, toutes de diamètre 1,3 mm (Figure 3). Le montage était stable, scopie satisfaisante avec testing qui ne montrait pas de conflit avec l'appareil extenseur ni l'adducteur, enfin on a réalisé un lavage au sérum physiologique puis fermeture cutanée en deux plans avec un pansement sec et immobilisation par une attelle provisoire.

Les suites post opératoires étaient simples avec une immobilisation par une attelle thermoformée de pouce droit maintenant la 1ère commissure ouverte, en extension de la métacarpo-phalangienne et de l'inter-phalangienne du

pouce ainsi une radiographie de contrôle post opératoire (figure 4) suivis par des consultations de contrôle dans trois semaines puis dans 1 mois.

L'examen anatomo-pathologique a conclu à une tumeur cartilagineuse bien différencie sans critère histologique patent de malignité, compatible avec un enchondrome.



Figure 2 : résection de la tumeur en totalité



Figure 3 : comblement osseux et mise en place d'une mini-plaque



Figure 4 : radiographie de contrôle post opératoire de la main droite .

3. Discussion :

Les chondromes sont des tumeurs osseuses bénignes développées aux dépens du tissu squelettogène chondroformateur.

Le chondrome est la 2ème tumeur osseuse bénigne par ordre de fréquence (1,2), il représente 11,2 % selon Dahlin (2) 27 % selon Schajowicz (3). Cette tumeur se localise essentiellement à la main [4,5] ou elle représente les 2/3 des tumeurs osseuses primitives.

Cette tumeur peut s'observer à tout âge mais 60 % des cas sont découverts dans la troisième et quatrième décennie (3), sans prévalence notable pour les 2 sexes (2), L'enchondrome est fréquemment asymptomatique, souvent passe inaperçu et il est découvert de façon fortuite lors d'un bilan radiologique suite à un traumatisme minime le plus souvent comme le cas de notre patiente dans le cadre d'une fracture pathologique.

En raison de sa localisation, il se traduit parfois sur le plan clinique par une tuméfaction dure, indolore froide qui reste parfois un mode de révélation (6). La radiographie évoque le plus souvent le diagnostic en mettant en évidence une lacune géographique polycyclique, centro-osseuse, diaphysaire repoussant la corticale sans la détruire, sans réaction périostée ni sclérose péri lésionnelle (3) mais la confirmation histologique seule qui le confirme. L'évolution spontanée est en général lente, et se fait par poussées imprévisibles. La fracture constitue l'aboutissement habituel de cette évolution spontanée.

La transformation chondrosarcomateuse est exceptionnelle cependant dans le cadre de l'enchondromatose, l'incidence est beaucoup plus élevée (1,6)

Le traitement est chirurgical fait d'une exérèse chirurgicale qui constitue le moyen de choix (3,7) suivie d'un comblement osseux par une greffe et une ostéosynthèse interne.

La rééducation doit débuter le plus précocement possible pour éviter la raideur.

4. Conclusion :

Le chondrome de la main est une tumeur cartilagineuse bénigne souvent unique, On désigne la tumeur sous le terme d'enchondrome, ou chondrome central lorsque son développement est intra-osseux, il s'observe souvent à l'âge adulte, Il se manifeste essentiellement par la tuméfaction qui est souvent sous estimées, avec une révélation dans le contexte de fracture pathologique qui rajoute le caractère douloureux à cette tuméfaction.

L'aspect radiologique évoque le diagnostic mais l'histologie le confirme. L'évolution est souvent lente mais menacée par le risque de dégénérescence ce qui rend l'exérèse chirurgicale indiquée

Conformité aux normes éthiques

Déclaration de conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en relation avec cette publication.

Déclaration d'approbation éthique

Le présent travail de recherche a impliqué des sujets humains, mais n'a comporté aucune procédure invasive ou intervention pouvant nécessiter une approbation éthique formelle.

Déclaration de consentement éclairé

Un consentement éclairé a été obtenu de tous les participants avant leur inclusion dans l'étude

Références (Toutes les références doivent suivre le style de référencement de Vancouver.)

- [1] CARLIOZ H. - Tumeurs osseuses de l'enfant, approche de leur diagnostic et de leur traitement. Ann. Pédiatrie (Paris). 1990,37, n°9,603-605
- [2] DAHLIN D. UNNIK. - Bone tumors general aspect and data 8542 cases 4 th Ed. Charles C, Thomas published, springfield, USA: 1-986,522 p.
- [3] SCHADOWICZ F. - Tumors and tumor like lesions of bone and joints spinger-veriaginc. New York 1981,581 p.
- [4] BOYES H.J. -- Bunnell's surgery of the hand, pp. 666-710. Philadelphie, Lippincott (5 ~ 6d), 1970..
- [5] BUTLER E.D., HAMILL J.P., SEIPEL R.S., DE LORIMIER A.A. -- Tumors of the hand. A ten year survey and report of 437 cases. Am J Surg, 1960, 100, 293-300..
- [6] BUTLER E.D., HAMILL J.P., SEIPEL R.S., DE LORIMIER A.A. -- Tumors of the hand. A ten year survey and report of 437 cases. Am J Surg, 1960, 100, 293-300.
- [7] MIRRA J.R. BONE TUMORS - diagnosis and traitement J.B. lipparichoh ED. Philadelphia, 1980, 629 p