

(ARTICLE ORIGINAL)



Kyste osseux anévrisimal de l'humérus: à propos d'un cas

Youssef Bouzid (1), Y. Amaadour (2), H. Mountassar, K. El Khaymy, O. Fadili, Y. Elqadiri, Y. Sbihi, O. Eladaoui, Y. Elandaloussi, AR. Hadoun, M. Fadili

*Traumatology-Orthopedics Department, Ibn Rochd University Hospital Center, Casablanca, Morocco.
Faculty of Medicine and Pharmacy, Hassan II University, Casablanca, Morocco*

Résumé

Le kyste osseux anévrisimal (KOA) est une lésion osseuse bénigne mais localement agressive représentant 1 à 4 % des tumeurs osseuses bénignes [1]. Il survient principalement chez les enfants et les adultes jeunes et siège préférentiellement au niveau des métaphyses des os longs. Nous rapportons le cas d'une patiente de 18 ans présentant des douleurs chroniques du bras droit avec des antécédents de fractures humérales répétées. L'imagerie radiologique et tomodensitométrique a mis en évidence une lésion ostéolytique diaphysaire multiloculaire avec amincissement cortical et présence de niveaux liquide-liquide. Le diagnostic de KOA a été confirmé par biopsie. Le traitement a consisté en un curetage complet de la lésion avec comblement par greffe corticospongieuse autologue prélevée à la crête iliaque et stabilisation par plaque LC-DCP. L'évolution postopératoire était favorable avec amélioration clinique et récupération fonctionnelle progressive.

1. Introduction :

Le kyste osseux anévrisimal (KOA) est une lésion osseuse bénigne caractérisée par des cavités hématiques séparées par des cloisons fibreuses contenant des cellules géantes et du tissu ostéoïde [1]. Il représente environ 1 à 4 % des tumeurs osseuses bénignes et touche préférentiellement les sujets jeunes, avec un pic d'incidence entre 10 et 20 ans [2]. Les localisations les plus fréquentes concernent les métaphyses des os longs, notamment le fémur distal, le tibia proximal et l'humérus proximal, bien que des localisations au niveau du rachis et du bassin soient également décrites [3]. Deux formes sont classiquement décrites : le KOA primitif et le KOA secondaire, ce dernier se développant sur une lésion osseuse préexistante dans environ 30 % des cas [4]. Nous rapportons un cas de KOA diaphysaire de l'humérus chez une patiente jeune.

2. Patients et méthodes :

Il s'agit d'une observation clinique d'une patiente prise en charge au service de traumatologie orthopédique du CHU Ibn Rochd de Casablanca. Les données ont été recueillies à partir du dossier médical, de l'examen clinique, des examens radiologiques et du suivi postopératoire.

3. Résultats :

Patiente âgée de 18 ans consultant pour douleurs du bras droit évoluant depuis un mois sans traumatisme récent. La douleur était évaluée à 5/10 sur l'échelle visuelle analogique et s'aggravait la nuit. L'histoire remonte à l'âge de 10 ans avec une fracture de l'humérus droit traitée par embrochage. Deux autres fractures du même os ont été rapportées à l'âge de 11 et 12 ans.

* Corresponding author: Youssef Bouzid

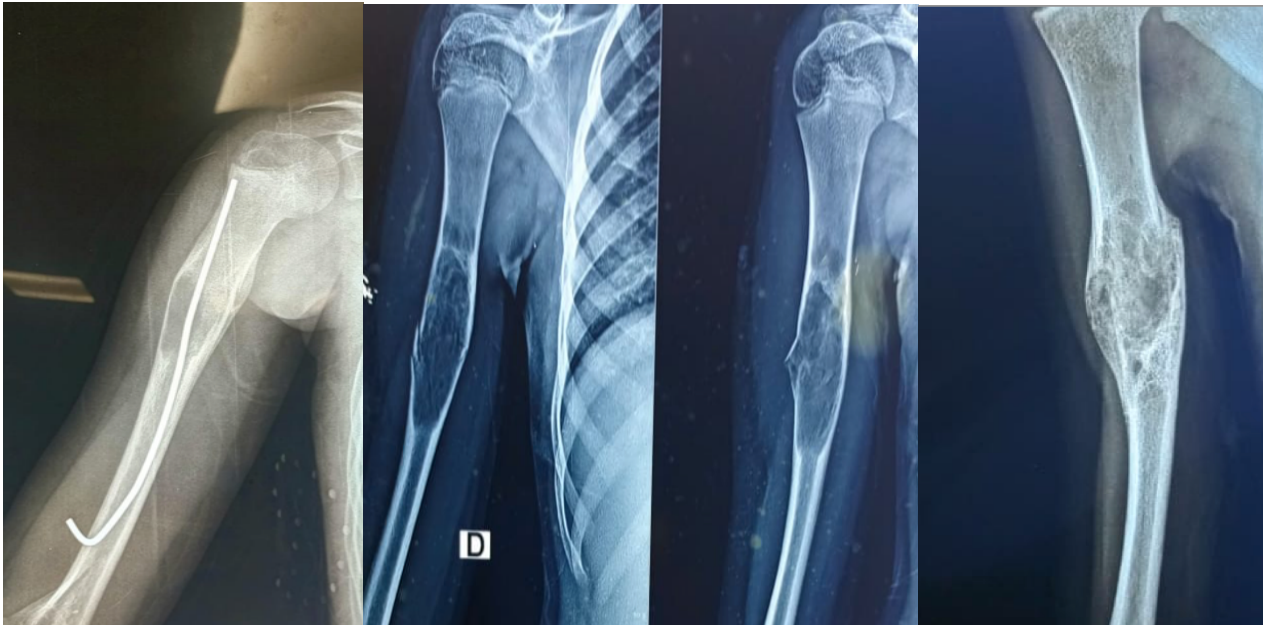


Figure 1 : Radiographies successives montrant une fracture à l'âge de 10 ans, suivie d'une nouvelle fracture à 11 ans et de la consolidation osseuse.

L'examen clinique retrouvait une douleur à la palpation du bras droit, sans tuméfaction ni signes inflammatoires, associée à une amyotrophie de la loge brachiale antérieure.

La radiographie standard montrait une lésion ostéolytique diaphysaire avec aspect trabéculé en nid d'abeille, élargissement fusiforme et amincissement des corticales.



Figure 2 : Radiographie montrant la lésion ostéolytique à l'âge de 18 ans

La tomодensitométrie révélait une lésion multiloculaire avec niveaux liquide-liquide évocateurs d'un KOA [6]. Une biopsie osseuse confirmait le diagnostic.



Figure 3 : aspect peropératoire du kyste anévrysmale, curetage comblement et fixation.

La patiente a bénéficié d'un curetage complet de la lésion avec comblement par greffe corticospongieuse autologue et stabilisation par plaque LC-DCP.

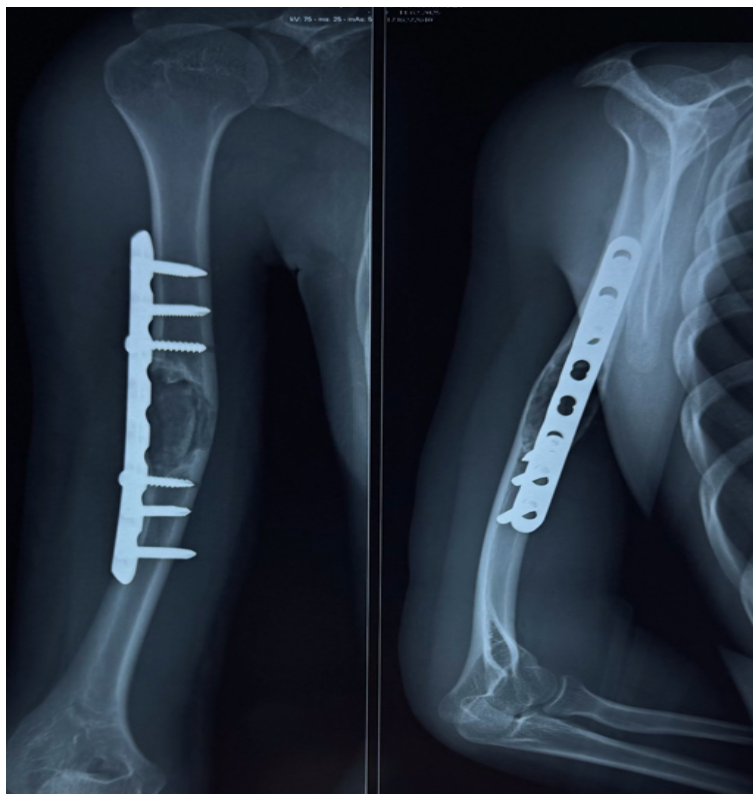


Figure 4 : radiographie de contrôle postopératoire.

L'évolution postopératoire était favorable à court moyen et long terme.



Figure 5 : radiographie de contrôle à 1 ans.

4. Discussion :

Le kyste osseux anévrysmal est une lésion bénigne mais localement agressive caractérisée par une expansion osseuse progressive pouvant entraîner une destruction corticale et des fractures pathologiques [1]. Bien que longtemps considéré comme une simple anomalie vasculaire, des travaux récents ont montré l'implication d'anomalies génétiques, notamment des réarrangements du gène USP6, suggérant un mécanisme néoplasique dans de nombreux cas [7].

Sur le plan radiologique, la présence de niveaux liquide-liquide en TDM ou en IRM constitue un signe fortement évocateur de KOA, bien que ce signe ne soit pas totalement spécifique [6]. Le diagnostic différentiel inclut notamment le kyste osseux simple, la tumeur à cellules géantes et certaines lésions malignes telles que l'ostéosarcome télangiectasique.

Le traitement du KOA reste discuté. Le curetage intralésionnel associé à une greffe osseuse constitue la technique la plus utilisée, avec des taux de guérison élevés mais un risque de récurrence variant entre 10 et 30 % selon les séries [8]. Certaines équipes recommandent l'utilisation d'adjuvants locaux (phénol, cryothérapie, ciment osseux) afin de réduire le risque de récurrence.

Plus récemment, des techniques mini-invasives telles que la sclérothérapie percutanée, l'embolisation sélective ou l'injection de substances ostéo-inductrices ont été proposées, notamment pour les localisations difficiles d'accès chirurgical. Toutefois, dans les localisations des os longs associées à une fragilisation mécanique, le traitement chirurgical avec stabilisation reste l'option la plus fiable.

Dans notre observation, l'histoire de fractures répétées suggère que la lésion était présente depuis plusieurs années avant le diagnostic définitif. Le traitement chirurgical avec curetage, greffe osseuse et ostéosynthèse a permis de restaurer la stabilité mécanique de l'humérus et d'obtenir une évolution clinique favorable.

5. Conclusion:

Le kyste osseux anévrysmal est une lésion bénigne mais potentiellement agressive touchant principalement les sujets jeunes. Le diagnostic repose sur l'imagerie et la confirmation histologique. Le traitement chirurgical par curetage associé à une greffe osseuse et une stabilisation interne permet généralement d'obtenir de bons résultats fonctionnels.

Declaration of competing interest

All authors declare that they have no conflict of interest in this work.

Ethical approval

This research paper does not contain any studies conducted on human or animal subjects by any of the authors.

Informed consent form

Written informed consent was obtained from the patient for publication of this case report and accompanying images.

References

- [1] Capanna R et al. Aneurysmal cysts of long bones. Ital J Orthop Traumatol. 1985.
- [2] Ilaslan H et al. Solid variant of aneurysmal bone cysts. AJR Am J Roentgenol. 2003.
- [3] Sanerkin NG et al. Solid variant of aneurysmal bone cyst. Cancer. 1983.
- [4] Oda Y et al. Solid variant of aneurysmal bone cyst. Cancer. 1992.
- [5] Cottalorda J, Bourelle S. Le kyste osseux anévrisimal primitif. Rev Chir Orthop. 2007.
- [6] Bonakdarpour A et al. Primary and secondary aneurysmal bone cyst. Radiology. 1978.
- [7] Oliveira AM et al. USP6 gene rearrangements in aneurysmal bone cyst. Am J Pathol.
- [8] Docquier PL, Delloye C. Treatment of aneurysmal bone cyst. J Bone Joint Surg Am. 2005.