

**Une Localisation
Inhabituelle Du Kyste
Osseux Anevrysmal :
La Clavicule.**

**Aneurysmal bone cyst of clavicle:
an exceptional location**

Chater L, Atarraf K, Arroud M, Afifi MA.

RESUME

Le kyste osseux anévrysmal est une tumeur bénigne, localement agressive. Elle touche l'enfant et l'adulte jeune avec prédilection des os longs. L'atteinte de la clavicule est exceptionnelle, l'auteur rapporte une observation chez un jeune patient de 16ans, se plaignant d'une tuméfaction douloureuse de l'épaule droite. Le diagnostic positif est évoqué à la radiographie, confirmé par l'anatomie pathologique. Le traitement chirurgical par curetage greffe spongieuse a été suivi de

Conflit d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec la rédaction de cet article

* Service Traumatologie –Orthopédie. Hopital Mohamed V. Meknes.

guérison avec un recul de 3 ans.

MOTS-CLÉS: Anévrysme, kyste osseux, clavicule.

ABSTRACT

Aneurysmal bone cyst is a benign but locally aggressive lesion. It touches the child and the young adult with predilection of the long bones. The attack of the clavicle is exceptional. The author relates one observation who have 16 years old, he is complaining about painful tumefaction of the right shoulder. The diagnosis is refered on radiology. The histology gave then certitude. The surgery treatment with curettage and spungious graft is caused the cure, with a declin of 3 years.

Keywords: Aneurysme, bone cyst, clavicle.

INTRODUCTION

Le kyste osseux anévrysmal (KOA) est une dystrophie pseudotumorale, bénigne, ses parois sont essentiellement fibreuses et il contient du sang. L'étude chronologique remonte au XVIIIème siècle ou il avait été observé et englobé dans le chapitre des tumeurs sanguines des os par différents auteurs. Le KOA représente moins de 4% des tumeurs osseuses bénignes, atteinte

surtout de la métaphyse des os longs. La localisation claviculaire est inhabituelle. Son aspect radiologique est très évocateur et l'examen anatomopathologique permet de confirmer le diagnostic. Le traitement reste un sujet de controverses.

OBSERVATION CLINIQUE

Nous rapportons un cas de kyste anévrysmal de la clavicule. Il s'agit d'un patient âgé de 16 ans. Le motif de consultation était une tuméfaction douloureuse de l'épaule droite évoluant depuis quelques mois sans autres signes accompagnateurs. La douleur est insidieuse, progressive et non influencée par le repos. L'imagerie trouve une formation kystique multicloisonnée, bien circonscrite de l'extrémité latérale de la clavicule droite, respect de l'interligne acromio-claviculaire. Soufflant la corticale sans signes d'envahissement des tissus mous ni anomalies intrakystiques (fig.1).



Fig 1 : ostéolyse expansive de l'extrémité latérale de la clavicule droite avec amincissement de la corticale.

A la tomodynamométrie, c'était une image hypodense d'environ 2/3 centimètres avec lyse de la corticale antérieure, supérieure et inférieure. A noter un épaississement des parties molles (fig2). La ponction scanno guidée n'a pas aboutit a un diagnostic précis (fig3). Par un abord directe, on a procédé a un évidement tumoral et greffe cortico-spongieuse. L'étude histologique du produit de curetage conclut au



Figure2 : aspects scannographique montrant une lésion ostéolytique bien limitée, la corticale amincie, le contenu liquidien sans niveau liquide



Fig 3 : ponction scanno-guidée : résultat négatif

diagnostic de KOA sans signes de malignité. Au recul de trois ans, les résultats clinique et anatomique sont excellents en particulier pas de récurrence locale. La radiographie standard a mis en évidence un comblement-ossification de la géode claviculaire (fig4).



Fig4 : recul a 2 ans, comblement de la géode avec bonne incorporation de la greffe cortico-spongieuse.

DISCUSSION

La luxation patellaire post-traumatique est Décrite pour la première fois par Jaffé et Lichtenstein en 1942, qui l'ont clairement individualisé des autres lésions kystiques et des tumeurs a cellules géantes. Le KOA est une lésion agressive, souvent caractérisée par une croissance rapide, inquiétante et dont le tableau clinique est parfois impressionnant. Cette

tumeur est rare 1% de toutes les tumeurs et pseudotumeurs osseuses biopsiées(5). Tout le squelette peut être atteint et affecte par ordre de fréquence décroissant (11), les os longs 60%, les os courts 25% et les os plats 15%. Campanacci (3), dans une série de 332 cas de KOA fait état de 17 localisations claviculaires. Smith et coll. (13), à propos de 58 tumeurs claviculaires, colligées pendant 50 ans, 30 sont malignes et 28 tumeurs bénignes dont 6 des KOA. L'observation que nous rapportons constitue une exception supplémentaire.

Cette lésion, qui est aussi fréquente chez la fille que chez le garçon, touche des adolescents de moins de 20 ans (8), rarissime avant 5 ans et après 45 ans (14). Il faut signaler le caractère insidieux du tableau clinique. La douleur et la tuméfaction sont les signes fondamentaux. Une connotation articulaire avec douleurs et limitation des mouvements est retrouvée dans les formes juxta articulaires. Dans un tiers des cas, le kyste osseux anévrysmal est à l'origine d'une fracture pathologique (7).

Sur la plan radiologique : le signe caractéristique de cette lésion est une image ostéolytique, expansive avec agressivité locale, qui provoque des destructions étendues, une corticale soufflée et amincie, mais sans effraction du périoste. Les clichés radiographiques conventionnels sont complétés par une

TDM et une IRM. Ils permettent d'apprécier les dimensions du kyste, l'architecture interne et les rapports du kyste. La présence des images de niveau, qui représentent l'interface entre le milieu sédimentaire et le milieu liquidien. Ces images de niveau sont très typiques du KOA (7).

A l'étape radiologique la confusion diagnostique peut se faire avec la tumeur à cellules géantes, le kyste synovial intra osseux, d'autant plus que ces lésions peuvent être associées au KOA. Le chondrome, l'angiome osseux et le fibrome chondromyxoidé peuvent également être évoqués. Si la lésion a un aspect agressif sur les images radiologiques, on doit toujours penser à un processus malin. Seul l'examen histologique permet de trancher, c'est un temps fondamental du diagnostic positif. L'ostéosarcome téléangiectasique peut simuler un KOA, il faut chercher les anomalies cellulaires caractéristiques des sarcomes (10). L'association radiographie-IRM permet fortement de suspecter un KOA, la biopsie nous paraît indispensable avant tout traitement.

Les méthodes thérapeutiques les plus utilisées (4) comportent le curetage, la résection, l'injection intrakystique de produits sclérosants, l'embolisation artérielle sélective isolée ou en association à un curetage et la cryothérapie isolée ou associée à un curetage. La radiothérapie a

permis dans le passé d'obtenir de bons résultats cliniques (4,6), en raison de son risque de destruction du cartilage à long terme et le risque de dégénérescence sarcomateuse (9) ont fait abandonner cette technique.

Les indications dépendent de l'âge, de la localisation du kyste, de son rapport avec le cartilage de croissance, de sa taille, de son agressivité radiologique et des habitudes de l'opérateur (4,9). Nous avons fait appel au curetage comblement par greffe cortico-spongieuse : c'est une technique simple bien qu'elle comporte l'inconvénient d'un taux de récurrence (1,12). La récupération fonctionnelle de notre malade est totale, aucune gêne ni douleur résiduelle n'est notée. L'épaule est d'aspect normal. La radiographie a montré un comblement ossification de la lyse osseuse. Notre patient est toujours sous contrôle régulier avec un recul de 3 ans.

CONCLUSION

Le KOA, est une dystrophie osseuse pseudo-tumorale bénigne, habituellement solitaire qui réalise une distension cavitaire uni ou pluriloculaire à contenu hématique. Touchant l'enfant et l'adolescent, survenant le plus souvent sur la métaphyse des os longs. La localisation claviculaire que nous rapportons est exceptionnelle. Le diagnostic est évoqué à

la radiographie et confirmé après étude histologique. Le traitement a consisté en un curetage comblement.

REFERENCES

- 1- Biesecker JL., Marcore RC., Huvos AG., Mike V. Aneurysmal bone cyst: A clinicopathologic study of 66 cases. *Cancer* 1970; 26 :615-625.
- 2-Campanacci M., Bertoni F., Bacchini P. Aneurysmal bone cyst. In bone and soft tissue tumors, Vienna: Springer-Verlag.1990:725—51.
- 3-Campanacci M., Ruggieri P. lésions pseudo-tumorales. EMC Appareil locomoteur 14-030k10.
- 4- Cottalorda J., Louahem D., Prodhomme O., Cyteval C. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie,2014 ;13(3) : 073-082.
- 5-Darlin DC., Aneurysmal bone cyst in bone tumors. Thomas Charles C. Springfield,1978 pp.370-377.
- 6-De Dios AM., Bond JR., Shives TC., Mcleod RA., Krishan Unni K. Aneurysman Bone Cyst. A clinicopathologic study of 238 cases. *Cancer* 1992;69:2921-31.
- 7-Dutoit M., Kaelin A., Jundt G., Siebenrock K., Von Hochstetter A., Hefti F. *Forum Med Suisse* 2007; 7:371-374.
- 8- Dzendroi M., Cser I., Konya A., Renyi-Vamos A. Aneurysmal bone cyst. A review of 52 cases and 16 secondary cases. *Arch Ortho Trauma Surg.* 1992;11:318-22.
- 9-Maeda M., Tateishi H., Takaiwa H., Kinoshita G., Hatuno N., Nakano K. High-energy, low dose radiation therapy for aneurismal bone cyst. *Clin Orthop Relat Res.* 1989;243:200-3.
- 10-Mazabrad A. kyste anévrysmatique. In: anatomie pathologique osseuse tumorale. Paris springer Verlag, 1994 :335-352.
- 11-Rigault P. et coll. Le kyste anévrysmal des os chez l'enfant à propos de 16 cas. *Ann Ped* 1972 ; 12(3) :223-234.
- 12-Ruiter DJ, Cornelisse CJ., Van Rijssel TG. Van Der Velde EA. Aneurysmal bone cyst. A clinic pathological study of 105 cases. *Cancer* 1977;39:2231-2239.
- 13-Smith J., Yuppa F., Watson RC., Primary tumors and tumor like lesions of the clavicle. *Skeletal Radiol* 1988;17:235-46.
- 14-Vernoui J., Fischer L., Vauzelle JL. Le kyste anévrysmal des os à propos de 7 observations. *Lyon chirurgical* 1970;66(2) :100-104.

