

L'ostéome ostéoïde des membres a propos de 24 cas

Osteoid osteoma of the limbs about 24 cases

D.Jeddi , M Beqqali, M Boufetal, R Bassir, H Ait benali, M Kharmaz, M O Lamrani, M Mahfoud , A EL Bardouni, M.S Berrada

RESUME

L'ostéome ostéoïde est une tumeur bénigne ostéoblastique, qui touche toutes les tranches d'âge, avec une prédilection pour la deuxième décennie, elle représente 11% des tumeurs bénignes de l'os. La symptomatologie clinique est variable, mais la douleur reste l'élément le plus constant. Le soulagement par l'acide acétylé salicylique est peu fréquent, bien que classique. La recherche du nidus, est primordiale car seule son exérèse permet de guérir le patient. Lorsque la lésion n'est pas visible sur les clichés standards, il faut réaliser une scintigraphie osseuse qui, en plus de sa sensibilité considérable, permet d'orienter les autres moyens d'imagerie morphologique, en l'occurrence la TDM. Le traitement de référence est la chirurgie à ciel ouvert, mais la difficulté de localiser le nidus en per-opératoire conduit parfois à pratiquer une exérèse élargie, source de fragilisation de l'os.

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

Service de traumatologie et d'orthopédie CHU IBN SINA rabat salé.

Nous rapportons une série de 24 cas d'ostéome ostéoïde des membres colligés au service de traumatologie orthopédie du CHU Ibn Sina de Rabat s'étalant entre 2013 et 2018.

MOTS CLES : Ostéome ostéoïde, nidus

ABSTRACT

Osteoid osteoma is a benign osteoblastic tumor, which affects all age groups, with a predilection for the second decade; it represents 11% of benign tumors of the bone. The clinical symptomatology is variable, but the pain remains the most constant element. Relief with acetyl salicylic acid is uncommon, although conventional. The search for the nidus is essential because only its removal can heal the patient. When the lesion is not visible on standard radiographs, a bone scan must be performed which, in addition to its considerable sensitivity, makes it possible to orient the other morphological imaging means, in this case CT. The treatment of reference is open surgery, but the difficulty of locating the nidus intraoperatively sometimes leads to an extensive excision, a source of bone fragility. We report a series of 24 cases of osteoid osteoma members collated at the orthopedic traumatology unit of UHC Ibn Sina Rabat spreading between 2013 and 2018

Keywords: Osteoidosteoma, nidus

INTRODUCTION

L'ostéome ostéoïde (O.O) est une tumeur bénigne caractérisée par la présence du NIDUS avec Ostéocondensation périphérique réactionnelle. Fréquent chez le sujet jeune, masculin.

Le but du travail est d'apporter l'expérience du service TR-OR CHU IBN

SINA dans la prise en charge de cette affection.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective de 24 cas d'ostéome ostéoïde (O.O) colligés au service de traumatologie orthopédie du CHU IBN SINA sur une période de 4ans de janvier 2012 au décembre 2017.

Le Recul moyen était 26 mois.

RÉSULTATS

L'âge moyen de nos patients était de 30 ans (17 et 43ans); 70% de nos patients sont âgés de moins de 30 ans. Avec une nette prédominance masculine; 17 hommes (71%) et 07 femmes (29%)

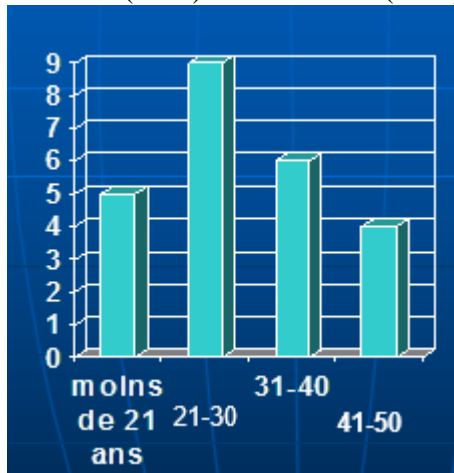


Fig 1 : Répartition de nos patients en fonction de l'âge.

La localisation au niveau des os longs représente 70%, alors que la localisation au niveau des extrémités ne représente que 30% des cas, dont 05 cas au niveau des pieds et 02 cas au niveau de la main.

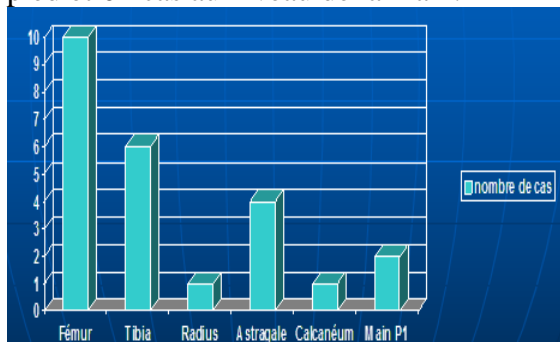


Fig 2 : la topographie d'ostéome ostéoïde

Au niveau des os longs: 60% des cas localisés au niveau diaphysaire.

Le délai moyen de consultation était 6 mois. La douleur localisée au niveau du foyer tumoral a été objectivée chez 19 patients.

11 patients avaient une boiterie et marchant avec des béquilles (09 cas au niveau du fémur et 02 cas au niveau du tibia), et 10 patients avaient une limitation des mouvements des articulations adjacentes (hanche, genou et cheville).

Le bilan Biologique était Normale dans tous les cas (NFS, VS et CRP).

Tous nos patients ont bénéficié d'une radiographie standard de face et de profil, 20 patients ont bénéficié d'une TDM et cinq d'une scintigraphie osseuse.

La Radiographie standard : montre une lacune ronde, homogène, à bords nets, de taille inférieure à 1 cm, associée à une réaction osseuse péri focale dense plus ou moins étendue dans dix cas. (Fig. 3, 4,5)



Fig.3 : Radiographie standard de la hanche droite de face montrant une image lytique arrondie de 1 cm du col fémoral.



Fig.4 : radiographie standard de la hanche gauche de face montrant Le nidus entouré de l'ostéosclérose périphérique du col du fémur.



Fig.5 : radiographie standard du fémur de face et profil montrant un Épaississement cortical postérieur entourant une zone lacunaire.

Scanner : Coupes jointives fines (01 à 02 mm). L'image du nidus réalise classiquement une petite hypodensité à

contours nets, cette hypodensité présente souvent une calcification centrale à contours réguliers habituellement homogène. (fig. 6,7)

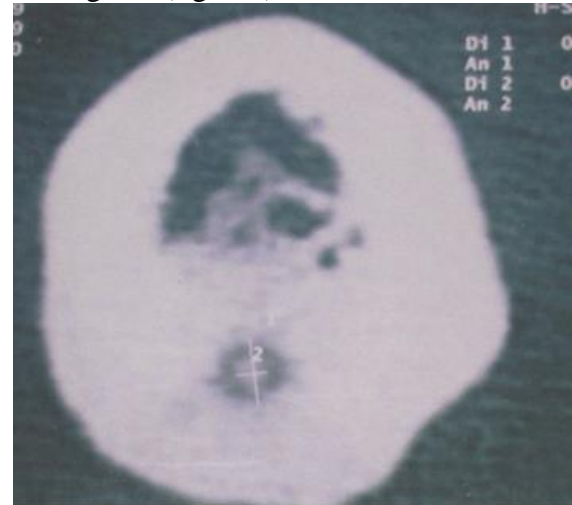


Fig.6 : TDM en coupe transversale montrant l'image du nidus au sein d'une lacune osseuse entourée d'une ostéocondensation périphérique corticale postérieure.

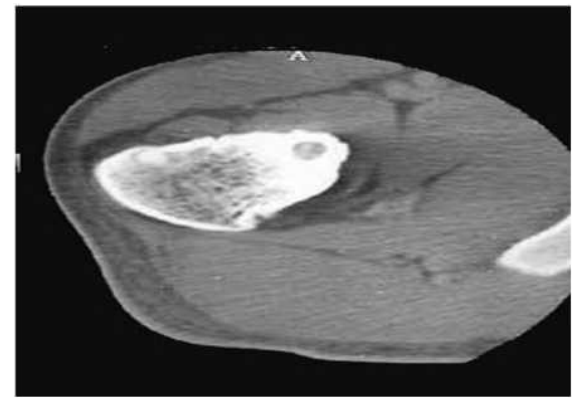


Fig.7 : TDM en coupe transversale de la hanche qui montre une petite image lacunaire corticale sur la face inféro-interne du col fémoral gauche : le nidus

La scintigraphie : fondée sur l'intensité du débit vasculaire de la lésion, mais aussi sur l'ostéogénèse active dont elle est le siège, des raisons qui facilitent la captation par l'ostéome ostéoïde d'une quantité importante de radioactivité, elle est en faveur d'un l'ostéome ostéoïde dans les cinq cas. (Fig.8, 9)

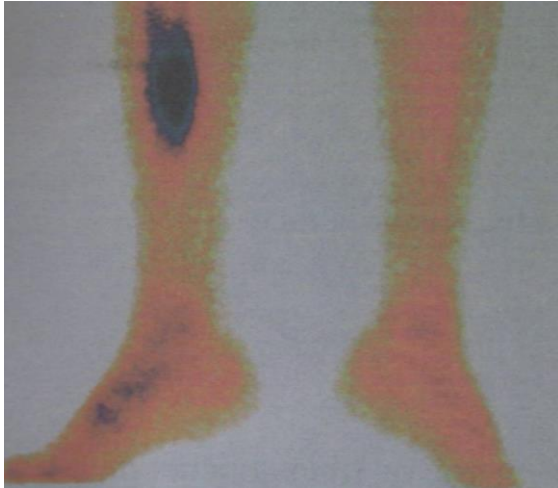


Fig.8 : Scintigraphie d'un ostéome ostéoïde de la jambe : Foyer d'hyperfixation au tiers supérieur de la jambe.



Fig.9 : Scintigraphie d'un ostéome ostéoïde du fémur droit : Foyer d'hyperfixation au tiers supérieur du fémur.

Tous les patients de notre série ont bénéficié d'un traitement chirurgical : exérèse chirurgicale à ciel ouvert chez 20 patients (quatre patients ont bénéficié d'une ablation chirurgicale à ciel ouvert sous repérage isotopique préopératoire), et curetage chez quatre patients (ostéome ostéoïde du calcanéum, de l'astragale, de l'extrémité inférieure du radius).

Les résultats anatomo-pathologiques ont été en faveur d'ostéome ostéoïde chez 21 patients. Dans trois cas 02 cas le matériel de curetage n'a pas permis de faire l'étude.

Dans notre étude, la durée d'hospitalisation variait entre 5 et 7 jours avec une moyenne de 6,2j.

Les suites opératoires ont été simples.

La disparition de la douleur a été immédiate en postopératoire.

Nos résultats :

- 20 cas de guérison.
- 03 cas de récurrence (traités par curetage).
- 01 patient a été perdu de vue.

DISCUSSION

•Fréquence : 10-20% des tumeurs bénignes osseuses (3^{ème} place après le fibrome non ossifiant et l'exostose), 2 à 3% des tumeurs osseuses primitives (1,2,3,4).

• Âge : prédilection chez l'enfant et l'adulte jeune (10 à 30 ans) (5). La prédominance masculine est notée dans toutes les séries.

•La répartition au sein du squelette est dominée par les formes diaphysaires sur les os longs (2,6) avec une prédilection pour les membres inférieurs (7), notamment le tibia et le fémur suivies des extrémités des membres, puis le rachis (8). Au niveau du pied, la localisation à l'astragale est la plus fréquente (1). Au niveau de la main, l'atteinte phalangienne est dominante.

•Dans la littérature, le délai diagnostique des OO s'étend de 4 mois à 5 mois (9,10, 11, 12). Dans notre étude le délai moyen de diagnostic était de 5 mois ce qui concorde avec la littérature.

•La douleur caractéristique est le maître symptôme : douleurs nocturnes,

insomniantes, calmées par la prise de salicylés (13,14).

• La boiterie peut se voir si localisation au niveau des membres inférieures (15).

• La radiographie standard : Permet d'évoquer le diagnostic = Nidus + Réaction périostée péri tumorale (16). 25% cas dans notre étude radiographie standard non concluante.

• La TDM : (80% cas) élément incontournable au diagnostic surtout si Radiographies Standards non concluantes (10,11).

• La scintigraphie : ++ Si Rx et TDM non concluantes, la scintigraphie osseuse, qui garde une place parmi les différents moyens diagnostiques avec une sensibilité atteignant les 100% (17) révèle une fixation localisée « en spot » précoce et intense (10) Le foyer d'hyperfixation permet de mieux cibler les coupes scannographiques.

• L'IRM semble être – performante que la TDM (18).

• La résection chirurgicale complète du nidus = guérison. Mais sa simple destruction mécanique ou physicochimique est aussi possible (3,19).

Traitement chirurgical : Nécessite un repérage pré ou peropératoire de la lésion par plusieurs procédures :

* Repérage radiographique sous ampli / broche.

* Repérage scintigraphique à l'aide d'une Gamma caméra.

* Repérage scanographique.

• Chirurgie à ciel ouvert: L'exérèse en bloc:

* Traitement radical

* moins de risque de résection incomplète,

* Permet d'avoir le prélèvement pour confirmation histologique.

→ problème de voie d'abord dans certaines localisations, et de repérage dans certains cas.

• Le traitement percutané : Après repérage scanographique :

- La résection percutanée par une mèche guidée par une broche (20).

- Le forage résection osseuse percutanée (21,22,23,24).

→ Avantages :

* Résection à minima → moins de morbidité.

* coût moins.

* Durée d'hospitalisation plus courte.

→ Inconvénients :

* Risque de récurrence si exérèse incomplète.

* Le forage peut être destructeur → pas de matériel pour l'histologie.

• Les autres techniques (3,19):

- Destruction par électrocoagulation.

- Destruction par photo coagulation au Laser.

• Dans notre série :

* l'exérèse en bloc après repérage sous ampli a été pratiquée dans 83% des cas

* le curetage dans 16% des cas (récidive locale).

• Dans notre série= 79% cas ont été confirmés après étude de la pièce opératoire.

Cette étude est aisée quand la pièce est complète, plus difficile s'il y a une fragmentation du prélèvement.

Parfois problème de diagnostic différentiel (25) avec :

- Ostéoblastome.
- Ostéomyélite sclérosante d'un abcès de brodie.
- Ostéosarcome intra cortical.

CONCLUSION

Nous insistons sur:

Le bilan radiologique pour le diagnostic de ces tumeurs.

L'intérêt du repérage du nidus pour l'exérèse complète.

La difficulté du traitement dans certains cas en rapport avec la taille et la localisation parfois profonde de ces tumeurs.

REFERENCES

- (1) P.BONNEVIALLE; J.J.RAILHAC. Ostéome ostéoïde et ostéoblastome. EMC, Appareil locomoteur 14-712, 2001, 7P.
- (2) . Girard J, Bequet E, Limousin M, Chantelot C, Fontaine C:Osteomaosteid of trapezoidbone: a case-report and review of the literature. Chir Main.2005 Feb;24
- (3)Gangi A, Dietermann JL, Clavert JM, Dodelin A, Mortazavi R, Durckel et al.Traitement des

ostéomes ostéoïdes par photocoagulation au laser. À propos de 28 cas. Rev Chir Ortho 1998; 84 : 676-684

(4)Kneisl JS, SimonMA. : Medical management comparedwithoperativetreatment for osteoidosteoma. J Bone Joint Surg Am 1992; 74: 179-185

(5) Bouyala.J.M. L'ostéome ostéoïde chez l'enfant. Cahiers d'enseignement de la SOFCOT. Expansion scientifique française, Paris,1988; N31: 75-92.

(6)Haddam et al. / Médecine Nucléaire 33 scintigraphicdetection tocompleteeradicate 96

(7)Steinberg GG, Coumas JM, Brenn T. Preoperativelocalization of osteoidosteoma:a new technique that uses CT. AJR Am J Roentgenol1990; 155:835-85.

(8) Dahlin DC. Bone tumors.General aspects and data on 6221 cases. Springfield, C.C.thomas, 1981.

(9) Allen SD, Saifuddin A. Imaging of intra-articularosteoidosteoma. ClinRadiol. 2003; 58

(10)Bonneviale P, Ralhlac JJ. Ostéome ostéoïde, ostéoblastome. EncyclopédieMédico-chirurgicale, Appareil locomoteur, Paris. Elsevier, 2001 94

(11)Efstathopoulos N, Sapkas G, N Xypnitos F, Lazarettos I et al. Recurrentintra-articularosteoidosteoma of the hip afterradiofrequencyablation: a casereport and review of the literature. Cases Journal. 2009; 2:6439.

(12)Eggel Y, Theumann N, Lüthi F. Intra-articularosteoidosteoma of theknee:

clinical and therapeuticalparticularities. Joint Bone Spine. 2007 Jul; 74

(13) Faure C Tumeurs osseuses Maladies osseuses de l'enfant Elammarien,medecine-science, Paris 1982, p (403-466)

(14) Choler R, Rubini J, Postec F, Canterino L, Archimand F : *Traitement de l'ostéome ostéoïde par forage résection percutanée sous contrôle tomодensitométrique, à propos de 27 cas. Revue chirurgie orthopédique 1995, p (317-325)*

(15) Manet M.P; Bossard.P; Larédo.J.D. Les ostéomes ostéoïdes en l'an 2000. Actualité rhumatologiques l'an 2000. P:127-141.

(16) Kalb K, Schlör U, Meier M, Schmitt R, Lanz U.:Osteoidosteoma of hand and wrist. Handchir Mikrochir Plast Chir. 2004;36

(17) Haddam A, Bsiss A, Ech charraq I, BenRaïs N et al. Optimisation du traitement de l'ostéome ostéoïde par le repérage isotopique peropératoire: à propos d'un cas. Médecine Nucléaire. 2009; 33: 375–379

(18) Assoun J, Richardi J, Railhac JJ. Osteoidosteoma: MR imaging versus CT. Radiology 1994; 191:217-223.

(19) Ward WG, Eckard JJ, Shayestehfar S, Mirra J, Grogan T, Oppenheim W. Osteoidosteoma. Diagnosis and management with low morbidity. Clin Orthop 1993; 291: 229-235

(20) Kholer R, Mazoyer.J.F, Besse.J.L, Bascouergue Y: Treatment of osteoidosteoma with percutaneous resection under computerized tomography control. A report of 05 cases. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot 1990; 76:284-7

(21) R.Kohler, J.Rubini, F Postec, F.Achimbod: Traitement de l'ostéome ostéoïde par forage résection percutané sous contrôle tomодensitométrique. A Propos de 27 cas. Rev de Chir Orthop 1995; 81,317-325.

(22) Bonneville P, Assoun J, Chicoisne MP, Clement JL, Cahuzac JP, Railhac JJ et al. Intérêts de la technique de résection percutanée sous scanner des ostéomes ostéoïdes selon R Kohler. Maîtrise Orthop 1993; 23: 1-12

(23) Donahue C, Ahmad A, Mnaymneh W, Pevsner NH. Osteoidosteoma: computed tomography guided percutaneous excision. Clin Orthop 1999; 386 : 197-205

(24) Assoun J, Railhac JJ, Bonneville P, Poey C, Sales De Gauzy J, Baunin C et al. Osteoidosteoma: percutaneous resection with CT guidance. Radiology 1993; 188 : 541-547

(25) Forest M. Osteoidosteoma and osteoblastoma : Orthopaedic surgical pathology. London: Churchill Livingstone, 1988: 79-102

