

Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

MAURITANIE MÉDICALE

Cas Cliniques

Kyste anévrysmal primitif de la clavicule. A propos de 2 cas.

Primary aneurysmal bone cyst of clavicle. Two cases report.

Auteurs :
Erebih C. El Moustapha[1], Nedim A. Aytekin[2], Vouad Bicici[2], Izat Bingol[2], Mohamed A. Aksekili[2].

Auteur correspondant : Dr Cheikh El Moustapha Mohamed Lemine EREBIH
Service d'Orthopédie et Traumatologie
Centre Hospitalier National. Nouakchott - Mauritanie.
E-mail : cerebih@yahoo.fr

Services :
[1] Service d'Orthopédie et Traumatologie - Centre Hospitalier National. Nouakchott - Mauritanie.
[2] Department of Orthopaedics and Traumatology - Ankara Ataturk Training and Research Hospital, Yildirim Beyazit University. Ankara - Turkey.

Article Info

Soumis : le 26/07/2017
Accepté : le 12/01/2018

Résumé

Le kyste anévrysmal est une lésion kystique bénigne de l'os, mais localement agressive. Pathologie rare, elle touche essentiellement l'enfant et la localisation claviculaire ne représente que 2,5 à 3% des cas. Son étiopathogénie reste hypothétique.

Le diagnostic clinique est peu évident en raison de l'absence d'un tableau clinique typique. Et si l'imagerie permet de fortes présomptions de diagnostic, l'étude histologique demeure nécessaire pour le confirmer et surtout pour éliminer les principaux diagnostics différentiels. Le traitement de cette lésion reste très controversé. La localisation, le degré d'agressivité, la taille de la tumeur, l'âge du patient et les rapports de la tumeur, dictent le choix thérapeutique.

Nous rapportons deux cas de kyste anévrysmal primitif de localisation claviculaire, traités par curetage, cautérisation, fraisage, et comblement par allogreffe. Une revue de la littérature est faite.

Mots clés : kyste anévrysmal primitif • clavicule • chirurgie

Abstract

The aneurysmal bone cyst is a benign cystic lesion of bone, but locally aggressive. It is a rare disease and affects mainly children ; clavicular location is only 2.5 to 3% of cases. Its etiology remains hypothetical.

The clinical diagnosis is not obvious due to the absence of typical clinical picture. And if imaging allows strong presumptions of diagnosis, histological study is still needed to confirm the right diagnosis and especially to eliminate the main differential diagnoses. The treatment remains controversial but it depends mainly on location, degree of aggressiveness, tumor size, patient age and tumor rapports.

We report two cases of clavicular primary aneurysmal bone cyst treated by curettage, cauterization and allograft.

Keywords : aneurysmal bone cyst • primary • clavicle • surgery

Introduction :

Le kyste anévrysmal est une lésion kystique bénigne de l'os, constituée de cavités remplies de sang et séparées les unes des autres par des septa de tissu conjonctif contenant des fibroblastes, des cellules géantes ostéoclastiques et un os trabéculaire réactif [1].

Il représente 2,5 à 6% de l'ensemble des tumeurs osseuses [1, 2] et 1% des tumeurs bénignes [3, 4]. Il s'agit essentiellement d'une affection de l'enfant [2, 5-7]. La localisation élective est la métaphyse des os longs [4, 5]. La localisation claviculaire est rare [6].

Le traitement reste très controversé, allant d'une simple surveillance à la cleidectomie totale ou partielle [2-4].

Nous rapportons ici deux cas de kyste anévrysmaux primitifs de la clavicule traités chirurgicalement.

Observations :

Observation 1 :

D.I., Fille de 11 ans reçue en consultation externe pour une tuméfaction (Figure 1) douloureuse de la face antérieure de l'épaule droite, apparue suite à un traumatisme survenu au cours d'un entrainement de taekwondo.

Le bilan radiographique standard avait montré une tumeur ostéolytique de l'extrémité acromiale de la clavicule droite mesurant 33/17mm, soufflant les corticales avec effraction de la corticale supérieure (Figure 2). L'IRM avait retrouvé une masse kystique de signal hétérogène avec un hyposignal en T1 et T2 périphérique, cloisonnée, et prenant le contraste, sans envahissement des parties molles (Figure 3).

Une biopsie à l'aide d'un trocart a été faite et l'étude anatomopathologique a confirmé le diagnostic d'un kyste anévrysmal.

Le traitement a consisté à un curetage à ciel ouvert, suivi d'une cautérisation et un fraisage de la cavité. Un comblement osseux par allogreffe a été ensuite réalisé (Figures 4-6).

L'étude anatomopathologique du produit de curetage a confirmé le diagnostic de kyste anévrysmal primitif sans lésions associées.



Figure 1 : Tuméfaction de la face antérieure de l'épaule droite.



Figure 2 : Tumeur ostéologique de l'extrémité acromiale de la clavicule.

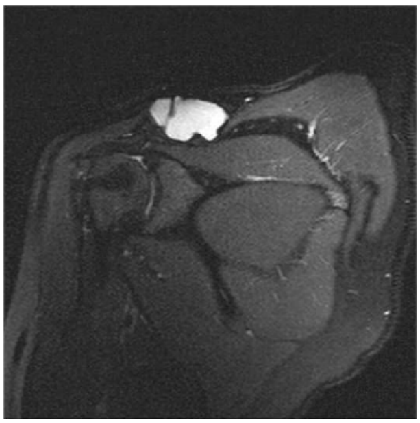


Figure 3 : Masse kystique de signale hétérogène cloisonnée.



Figure 4 : Aspect macroscopique du kyste.

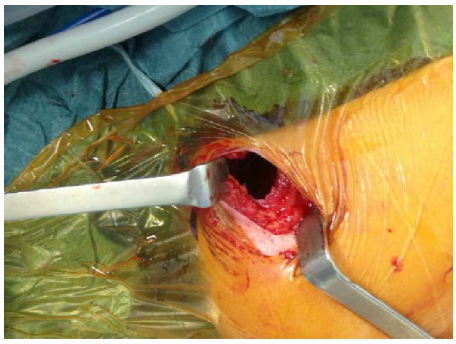


Figure 5 : La cavité après évidement et fraisage.



Figure 6 : Comblement de la cavité par allogreffe.

Observation 2 :

G.B., Femme de 35 ans qui a consulté pour une tuméfaction de la face antérieure de l'épaule gauche (Figure 7), indolore évoluant depuis 6 mois sans notion de traumatisme.

La radiographie standard a montré une tuméfaction ostéolytique multilobée de l'extrémité acromiale de la clavicule gauche soufflant les corticales sans effraction et mesurant 68/21mm (Figure 8). L'IRM a montré une lésion kystique de signal hétérogène avec hyposignal en T1 et T2 périphérique, cloisonnée et prenant le contraste, sans envahissement des parties molles (Figure 9).

Une biopsie à l'aide d'un trocart a été faite et l'étude histologique a conclut au diagnostic d'un kyste anévrysmal.

Le traitement a consisté à un curetage à ciel ouvert, une cautérisation et un fraisage de la cavité. Le comblement osseux a été réalisé par des allogreffes (Figures 10-13).

L'étude anatomopathologique du produit de curetage avait confirmé le diagnostic et la nature primitive du kyste anévrysmal.



Figure 7 : Tuméfaction de la face antérieure de l'épaule gauche.



Figure 8 : Tumeur ostéologique de l'extrémité acromiale de la clavicule.

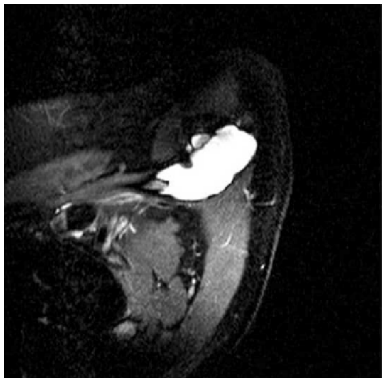


Figure 9 : Masse kystique de signale hétérogène cloisonnée.

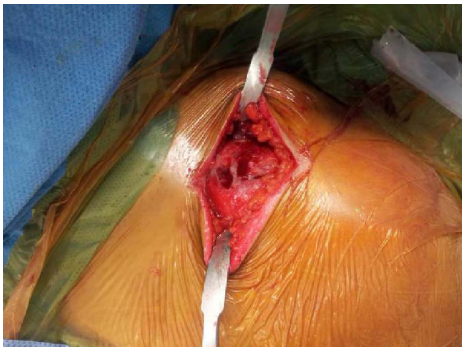


Figure 10 : Aspect macroscopique du kyste.



Figure 11 : La cavité après évidement et fraisage.

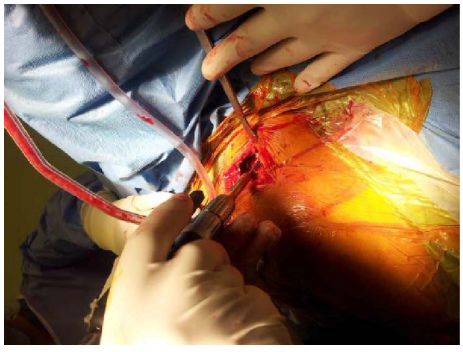


Figure 12 : Fraisage de la cavité.

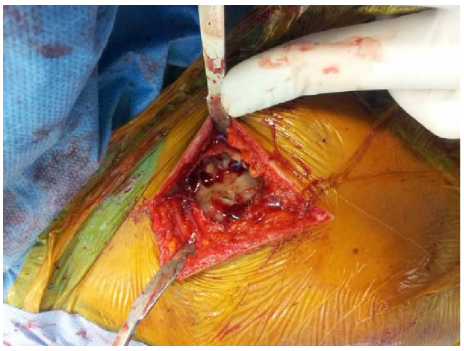


Figure 13 : Comblement de la cavité par allogreffe.

Discussion

Le kyste anévrysmal est une lésion rare (1% des tumeurs bénignes des os) [4]. Il s'agit d'une pseudo-tumeur bénigne mais localement agressive.

Son étiopathogénie reste inconnue [5]. Cependant certains auteurs incriminent des perturbations hémodynamiques vasculaires locales [3, 5], d'autres incriminent des translocations génétiques impliquant en particulier les chromosomes 16 et 17 [3, 6, 7]. D'autres évoquent également une lésion dite « précurseur », traumatique ou tumorale, qui provoquerait une fistule artério-veineuse intra-osseuse ou sous-périostée qui induirait par des forces hémodynamiques une lésion secondaire expansive [3, 6, 7].

Touchant électivement la métaphyse des os longs, le kyste anévrysmal peut être primitif ou secondaire, associé à une autre tumeur bénigne ou maligne dans 30% des cas [1, 5]. La localisation claviculaire représente moins de 3% des cas [4]. C'est une pathologie de l'enfant mais l'adulte jeune surtout est aussi touché dans 15% des cas [1, 2, 5-7]. La localisation était excentrique chez nos deux patientes, ce qui est conforme avec la littérature [1, 3, 5, 7].

Nos deux observations concernaient des personnes de sexe féminin, ce qui est en faveur de la prédominance féminine notée par certains auteurs mais sans précision du sex-ratio [1, 6, 7].

Le diagnostic clinique est peu évident en raison de l'absence d'un tableau clinique typique. En effet, les circonstances de découverte et la symptomatologie sont très divergentes ; la notion de traumatisme a été signalée chez l'une de nos deux patientes. La douleur est retrouvée dans un cas sur deux [1, 2, 4]. La

tuméfaction est constante. Ceci est dû à la localisation sous cutané de la clavicule.

L'imagerie (radiographie standard, TDM et IRM) permet de fortes présomptions de diagnostic et permet de poser le diagnostic primaire [1, 4], mais ne permet pas de préciser la nature primitive ou secondaire, ni d'éliminer les principaux diagnostics différentiels qui sont les tumeurs à cellules géantes, les fibromes chondromyxoides et en particulier l'ostéosarcome télangiectasique [2, 6]. Donc une étude histologique de la biopsie et de la pièce opératoire s'avère nécessaire pour le diagnostic de certitude [1, 4]. Si la cyto-ponction à l'aide d'un trocart, faisable même en salle de consultation ne répond pas aux dogmes de la biopsie, elle est cependant suffisante pour poser le diagnostic en attendant l'étude de la pièce opératoire.

Dans les localisations claviculaires, la lésion est superficielle et à la portée de la chirurgie [2, 7]. La résection segmentaire permet de réduire le risque de récidive [2], voir éviter celle-ci [7]. Ce risque de récidive va de 5 à 70% après un curetage comblement [1, 2, 4, 7, 8]. MANKIN et al. [7], ont traité 150 kystes anévrysmaux par cette technique et ont eu 20 récidives soit un taux de 13% dont la moitié sur un kyste secondaire. Afin de prévenir les éventuels retentissements fonctionnels d'une cleidectomie totale ou partielle [1, 2], nous avons opté pour un traitement chirurgical conservateur. La cleidectomie partielle ou totale peut être indiquée dans les formes très étendues et agressives [2, 4]. Nous avons choisi le comblement par allogreffe afin de raccourcir le temps opératoire et éviter des cicatrices supplémentaires à des jeunes patientes, secondaires à la prise du greffon.

Les autres traitements non invasifs, notamment l'injection percutanée des agents sclérosants, malgré leurs résultats encourageants [4, 5, 9-11], restent peu pratiqués dans cette localisation. Ceci est dû à leurs exigences techniques et leurs éventuelles multiples reprises peu acceptés par les patients [3, 11], et surtout le risque de passage intraveineux du produit [3]. Elles trouvent plus leur meilleure place dans les localisations profondes non accessibles à la chirurgie ou les formes étendues [5, 9], ou en cas de récidive post-chirurgicale [10]. L'embolisation artérielle sélective recommandée par certains auteurs comme complément de la chirurgie n'a pas fait sa preuve.

L'abstention thérapeutique est indiquée pour les formes non agressives avec une surveillance clinique et radiologique [1].

La radiothérapie et l'injection intra-kystique des corticoïdes sont abandonnées [3].

Conclusion

Le kyste anévrysmal de la clavicule est une pseudotumeur bénigne rare, à prédominance féminine localement agressive. L'étiopathogénie de cette pathologie est encore mal connue. Son diagnostic est histologique. Son traitement reste controversé en général, mais la chirurgie semble plus adaptée à la localisation claviculaire.

Références

[1] Dutoit M., Kaelin A., Jundt G., Siebenrock K., von Hochstetter A., Hefti F. Kyste osseux anévrysmal. Forum Med Suisse 2007; 7:371-4.

[2] Chadha M., Singh A.P. Aneurysmal bone cyst of the clavicle. Can J Surg 2008; 51: E32-3.

[3] Cottalorda J, Bourelle S. Le kyste osseux anévrismal primitive: quoi de neuf en 2006. Rev Chir Orthop 2007; 93:5-16.

[4] Vedantam R., Crawford A.H., Kuwajima S.S. Aneurysmal bone cyst of the clavicle in a child. Br J Clin Pract 1996; 50:474-6.

[5] Adamsbaum C., Kalifa G., Dubousset J. Kystes anévrysmaux osseux primitifs chez l'enfant. Intérêt de l'injection percutanée. Médecine thérapeutique / Pédiatrie 1998 ; 1(6): 537-42.

[6] Foerster D., Black G.B., Magnus K.G. Musculoskeletal images. Clavicular soft-tissue mass. Can J Surg 2001; 44:88-9.

[7]Mankin H.J., Hornicek F.J., Ortiz-Cruz E., Villafuerte J., Gebhardt M.C. Aneurysmal bone cyst: a review of 150 patients. J Clin Oncol 2005; 23:6756-62.

[8] Anoumou M.N., Gogoua R., Kouamé M, Arame F, Koné B, Varango G. Kyste anévrysmal de la clavicule à propos d'un cas. Chir Main 2006; 25:169-72.

[9] Cottalorda J., Bourelle S. Current treatments of primary aneurysmal bone cysts. J Pediatric Orthop B 2006; 15:155-67.

[10] Morel B., Chotel F., Viremouneix L., Berard J., Pracros J.P., Guibau L. A propos du traitement percutané de kystes anévrysmaux osseux primitifs chez 25 patients. J Radiol 2009; 90:1601-2.

[11] Shiels W.E.2nd, Mayerson J.L. Percutaneous doxycycline treatment of aneurysmal bone cysts with low recurrence rate: a preliminary report. Clin Orthop Relat Res 2013; 471:2675-83.