

Le kyste osseux anévrismal primitif: quoi de neuf en 2006 ?

J. Cottalorda, S Bouelle

RCO 2007; 93, 5-16

Introduction

1% des tumeurs bénignes

Apparition avant 20 ans

Localisations principales: fémur (22%)

tibia (17%)

rachis (15%)

humérus (10%)

pelvis (9%)

fibula (9%)

Pathogénie

PSEUDO-TUMORAL

TUMORAL

Pathogénie

PSEUDO-TUMORAL

1- Lésion osseuse réactive:

déséquilibre hémodynamique → dilatation capillaire → ↑ P veineuse (Lichtenstein)

2- Lésion secondaire:

lésion primitive → fistule AV → Hyperpression veineuse (Biesecker)

3- Post-traumatique

altération flux vasculaire → hyperhémie (consolidation) (Dabezies, Ginsburg,...)

4- Après hémorragie locale (éti??) réparation tissulaire (Campanacci)

Pathogénie

PSEUDO-TUMORAL

Essadki

KOA diaphysaires: opposition flux sanguin système médullaire et périosté

KOA sous-périostés: hématome sous-périosté

Pathogénie

TUMORAL

cas familiaux
atteintes congénitales
associé à maladie héréditaires

Anomalies chromosomiques: Chromosomes 16 ou 17



Anomalie clonale des gènes UPS6 et CDH11
(seulement sur C fusiformes <> acquis)

(Leithner, Althof, Oliveira)

Imagerie

Radiographie

Unifocale
métaphysaire
excentrée
lytique, ovale ou arrondie, limites nettes
grande taille

Soulève puis soufle le périoste, érode la corticale

Fines trabéculations



Imagerie

Classification de Campanna

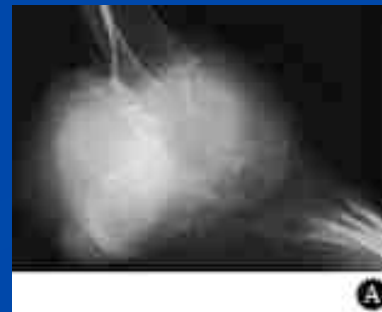
Grade 1: KOA inactifs: bien délimités
profondeur: sclérose
superficie: ossification sous périostée continue



Grade 2: KOA actifs: pas de sclérose, pas d'ossification sous périostée



Grade 3: KOA agressifs:
ostéolyse uniforme sans limite visible



Récidive

Imagerie

IRM +++

hypoT1 HyperT2

Lésion expansive bien limitée
Liseré périphérique de bas signal
Logettes limitées par septas
Niveaux liquides (ns)



Traitement

Méthodes abandonnés

Méthodes classiques

Méthodes modernes

Traitement

Méthodes abandonnés

- radiothérapie
- injection intrakystique de corticoïdes
- injection intrakystique de calcitonine (blocage des clastes)

Traitement

Méthodes classiques

-Embolisation artérielle sélective surtout rachis et bassin

-Curetage ou saucérisation: +/- greffe osseuse
+/- synthèse

-Résection: large sous périostée ou hémirésection



Traitement

Méthodes modernes

-Injection percutanée d'Ethibloc^R:

sclérose → oblitération artérioles pariétales

Plusieurs injections séparées de 1 ou 2 mois

Vérifier pas de passage veineux

Remplir en totalité

Pression manuelle 10 mn

ATB post op

Traitement

Méthodes modernes

-Injection percutanée d'Ethibloc^R:

Garg: 30% de guérison

Guibaud: 50% de guérison

Complications: réaction inflammatoires locales et générales = effet indésirable

des complications graves (EP, fistules cutanées, fuite dans le système vasculaire provoquant infarctus cérébral par diffusion)

Traitement

Méthodes modernes

-Injection intrakystique d'alcool absolu

En cours d'évaluation (Glorion)

-Implantation de particules BMP-like (effet ostéogénique)

phase de résorption  phase de reconstruction

(Delloye)

Indications

Biopsie indispensable +++

KOA inactifs: surveillance après biopsie (guérison?)

(Campanacci, Cottalorda, Bourelle)

KOA actifs ou agressifs: en fonction de la localisation

stt: résection

embolisation artérielle ou Ethibloc^R

Conclusion

Tumeur > Pseudo tumeur

multifactorielle

Tumeur bénigne

MAIS

agressivité locale: complications neurologiques
lésions cartilage de croissance
lésions iatrogènes