

CAS CHOISI

OSTEOME OSTEOÏDE

Marta Manero

Chirurgie orthopédique et traumatologie

CAS CHOISI

Homme 18 ans. BES.

Pas d'AMC ni AP.

Etudiant gymnase.

Adressé par son MT. Douleurs séquellaires fracture fatigue crête tibiale à D mars 2016 (16 ans).

Traitement conservateur. Contrôles périodiques avec RX jusqu'en décembre 2016. Bonne évolution.

Douleurs en regard ant du 1/3 médian du tibia D lors des activités sportives, absentes au repos.

Apparition de la douleur à partir de 10min d'activité. Pas de douleur la nuit.

EXAMEN PHYSIQUE

Normopoids 176 cm / 67 kg.

Normoaxe sauf légère varus par légère rotation interne tibiale.

Bosse en 1/3 médian tibia D, modérément douloureux à la palpation.

Pas de crépitation, pas de mobilité du foyer lors de la manipulation.

Reste examen sp

RX (CD du patient):

Fracture uni-corticale de la corticale ant 1/3 médian tibia D (visible RX 03.2016)

Callus osseux visible sur RX 12.2016

CAS CHOISI

Périostite

Séquelle fracture fatigue tibia D

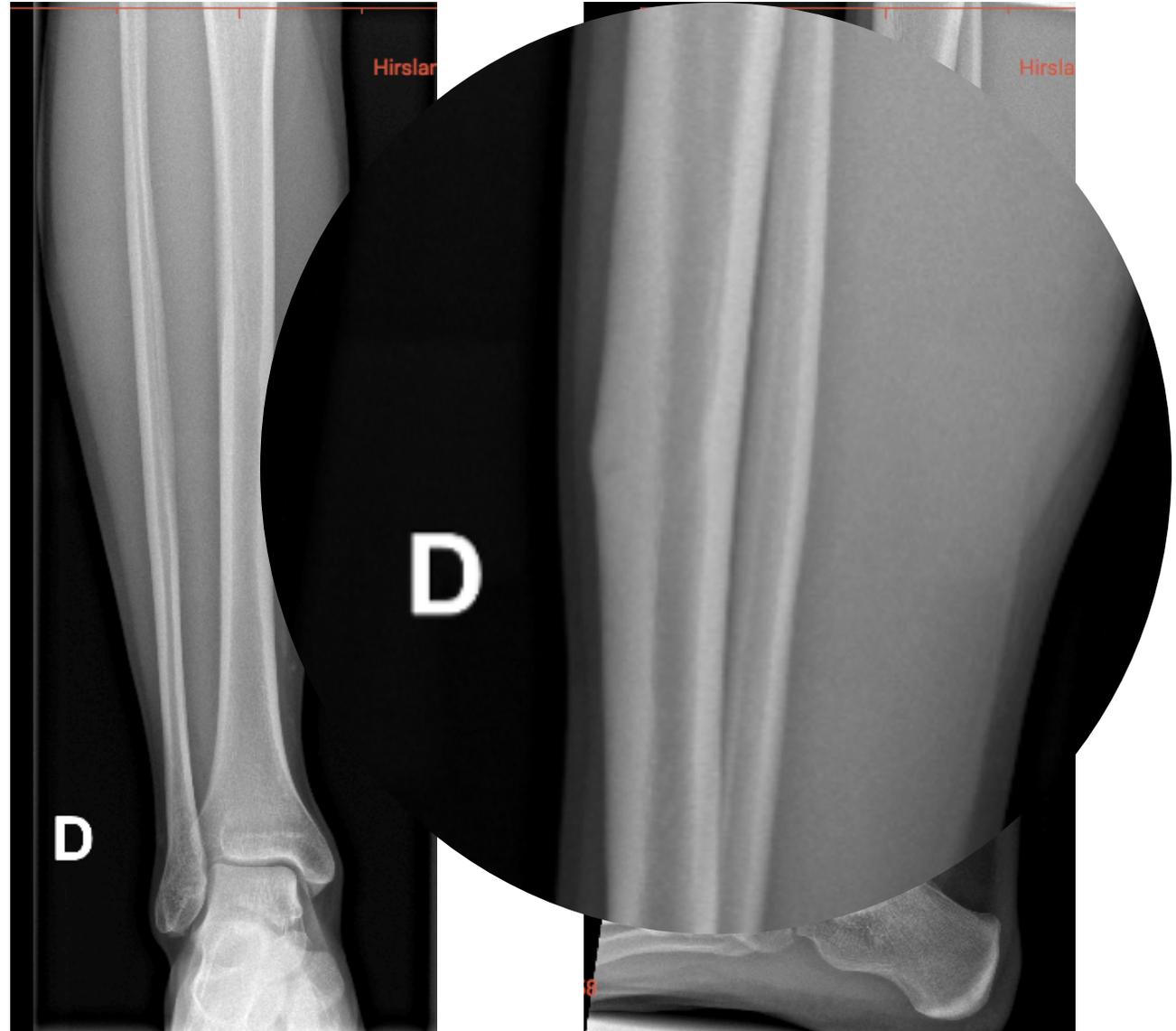
Pseudoarthrose

RX

Scintigraphie et SPECT-CT

RX: Discrète **hyperclarté** linéaire transverse et remodelage de la corticale antérieure en rapport avec la **séquelle** de fracture connue **ou une nouvelle** fracture de fatigue.

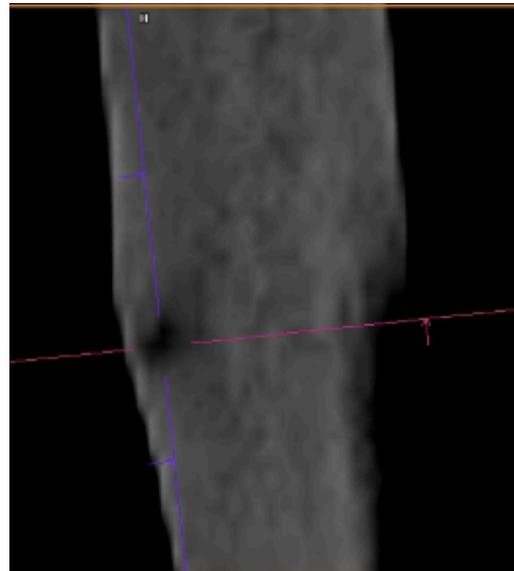
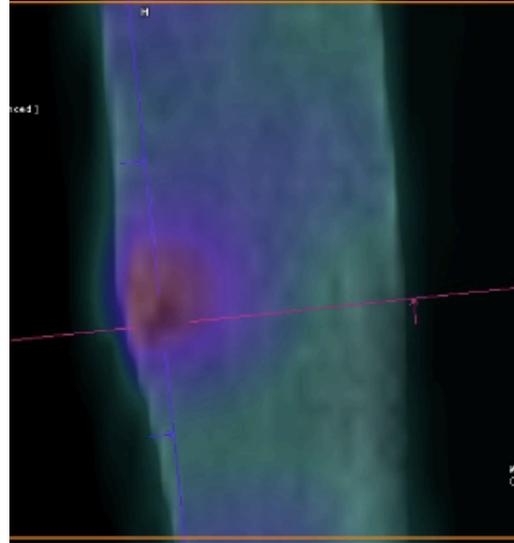
A confronter à la scintigraphie du jour.



SCINTIGRAPHIE OSSEUSE ET SPECT-CT

Foyer d'**hypercaptation** de la corticale de la face antérieure du tiers moyen du tibia droit, autour d'une **lacune** intracorticale, évoquant une **pseudarthrose** dans un contexte de fracture de fatigue du tibia droit connue en 2016.

Diagnostic différentiel d'un **ostéome ostéoïde** doit être évoqué devant ce foyer d'hypercaptation et d'une lacune intracorticale, toutefois **pas de** mise en évidence d'un **nidus** intralésionnel et la **clinique plaidant** contre.



CAS CHOISI

Diagnostic clinique

« test ASPIRINE »

« test ALCOOL »

« douleur NOCTURNE »

Pas fiable (?)



IRM PHASE VASCULAIRE

Lésion intracorticale du tiers moyen du tibia D associée à réaction périostée et selon analyse scano-scintigraphique et IRM de ce jour, pourrait être compatible avec un ostéome ostéoïde, intracortical de 4mm de diamètre plutôt que des séquelles d'une fracture de stress



OSTEOME OSTEOÏDE

Tumeur bénigne ostéogène fréquente (le 2^{ème} plus fréquente après l'osteocondrome)

5-25 ans

3:1 (h:f)

Proximal du fémur, le tibia, rachis (arc neural de la vertèbre), les os longs, les mains et les pieds.

Douleur type inflammatoire.

Aggravation la nuit et avec la consommation d'alcool

Calmée par Aspirine et AINS

NIDUS + ZONE REACTIVE

SCANNER:

Lacune arrondie à bords nets

Foyer de tissu ostéoïde = calcification centrale (**nidus**) + liséré hypodense

Zone sclérose osseuse (cinétique artérielle)

Intra-corticale (entourée osteocondensation), sous-périostée ou intraspongieuse

IRM phase vasculaire:

Œdème de l'os spongieux, tissus mous, synovite

Prise du **contraste** du nidus (caractéristique) temps **artériel**

TRAITEMENT

CONSERVATEUR = AINS

Importante amélioration des symptômes. Environ 50% bonne réponse à ttt uniquement AINS
(lésions phalange ne répondent pas à AINS)

PERCUTANÉE = Ablation par radiofréquence CT-guidée

90% succès

Contre-indiquée pour des lésions en proximité moelle épinière, racines nerveuses ou de la peau

CHIRURGICALE = Exérèse + curetage

si RFA non possible

Résection complète du nidus

94% succès

DIAGNOSTIQUE DIFFÉRENTIEL



OSTÉOBLASTOME

« Big Brother » >2cm. vertèbres> humérus proximal > bassin. AINS.
Histologie bénigne mais toujours ttt chirurgicale

STRESS FRACTURE

ABCÈS BRODIE

GRANULOME ÉOSINOPHILE « Le grand imitateur ». Crâne, côtes, clavicule, scapula, maxillaire.
Lésions lytiques intra-medullaires avec ou sans réaction périoste.



SARCOMME D' EWING

2^{ème} de tumeurs osseux malignes enfance. <25 ans. Os longs. Lésion destructive avec ou sans ostéoformation réactive («Sunburst»)

CHONDROBLASTOME

Lésion lytique avec bord d'os sclérotique

MERCI