

FAIT CLINIQUE

UNE LOCALISATION INHABITUELLE DU KYSTE OSSEUX SOLITAIRE CHEZ L'ENFANT : LE RACHIS LOMBAIRE

A. AMRANI*, M. A. DANDANE, Z. EL ALAMI, A. MIRI

SUMMARY : *An unusual localisation of solitary bone cyst in a child : the lumbar spine.*

Solitary bone cysts involving the spine in children are extremely rare. We report such a lesion in a 7-year-old girl who presented with an expansible, bubbly cystic lesion of the third lumbar vertebra. The intra-operative findings and histologic examination indicated the diagnosis of a solitary bone cyst. She was treated successfully with curettage and bone grafting.

Keywords : solitary bone cyst ; lumbar spine ; child.

Mots-clés : kyste osseux solitaire ; rachis lombaire ; enfant.

INTRODUCTION

Le kyste osseux solitaire (KOS) ou kyste essentiel de l'os est une entité anatomo-pathologique très connue des orthopédistes pédiatriques, du fait qu'il est à la fois, chez l'enfant, la lésion lytique la plus fréquente du squelette et la première cause de fracture pathologique des os longs. Par contre, la localisation rachidienne reste très rare : cinq cas ont été colligés dans la littérature mondiale.

Les auteurs rapportent le cas d'une fille présentant un KOS du rachis lombaire (L3), traité avec succès ; ils en décrivent l'aspect clinique et radiologique et le traitement.

OBSERVATION

Une fille, âgée de sept ans, sans antécédents pathologiques notables, présentait depuis trois

mois des douleurs lombaires à prédominance gauche, d'installation progressive et d'intensité modérée ; cette lombalgie était sans irradiation et elle céda partiellement au traitement anti-inflammatoire non stéroïdien. L'examen clinique montrait une attitude scoliotique lombaire gauche avec comblement de l'espace paravertébral lombaire gauche, douloureux à la palpation. Une radiographie du rachis a montré une scoliose lombaire gauche sans rotation vertébrale, avec une lyse osseuse au niveau du pédicule de la troisième vertèbre lombaire, qui correspondait bien à la concavité de la scoliose (fig. 1, 2). Une tomographie assistée par ordinateur (TDM) du rachis lombaire a montré un processus lésionnel intéressant du côté gauche le pédicule, l'isthme, l'apophyse transverse et la région postéro-latérale du corps de la troisième vertèbre lombaire. Ce processus était de densité liquidienne et soufflait l'os, sans rupture corticale (fig. 3). L'enfant a été opérée par voie postérieure ; l'exploration a montré une tumeur osseuse bien limitée à paroi fine et à contenu jaune citrin avec quelques travées intrakystiques, sans envahissement des parties molles. On a procédé à un simple curetage avec comblement de la cavité kystique par des greffons spongieux autologues prélevés à la crête iliaque. L'analyse histologique a montré qu'il s'agissait bien d'un kyste osseux essentiel.

Service d'Orthopédie et Chirurgie Réparatrice Pédiatrique (Pr MIRI), Hôpital d'Enfants -Rabat-Maroc.

Correspondance et tirés à part : A. Amrani, Secteur 20, Résidence Alwifaq, Immb. 3, Appt. 5, Hay Ryad-Rabat-Maroc.
E-mail : amabdel@hotmail.com.



Fig. 1. — Radiographie standard montrant une attitude scoliotique lombaire sans rotation vertébrale.



Fig. 2. — Radiographie standard montrant une lyse osseuse au niveau du pédicule de la troisième vertèbre lombaire du côté gauche.

Les suites opératoires ont été simples et l'enfant a été revu régulièrement depuis trois ans avec un contrôle clinique et radiologique qui ne montre aucun signe de récurrence locale (fig. 4).

DISCUSSION

Le kyste osseux solitaire ou kyste essentiel de l'os est une lésion bénigne très fréquente. Tous les os peuvent être touchés ; 95% des lésions sont situées au niveau de la métaphyse proximale du fémur ou de l'humérus (6, 8). Les autres localisations sont rares (tibia, péroné, avant bras, humérus, os iliaque, côte ...). La localisation vertébrale du

kyste essentiel chez l'enfant est exceptionnelle, seulement cinq cas ont été retrouvés dans la littérature mondiale.

L'âge de survenue est variable, toutes les tranches d'âge sont touchées. Le rachis cervical semble être plus souvent affecté que le rachis lombaire (5, 9-11, 13), et aucune localisation dorsale n'a été rapportée (tableau I). La douleur rachidienne reste le maître symptôme, qui est en rapport avec des microfractures (12), avec parfois une attitude scoliotique (4), comme c'était le cas de notre patiente ou un torticolis en cas de localisation cervicale (5, 10, 13). L'examen physique peut révéler une masse paravertébrale dans les formes à développement postérieur, comme c'était le cas de notre malade.

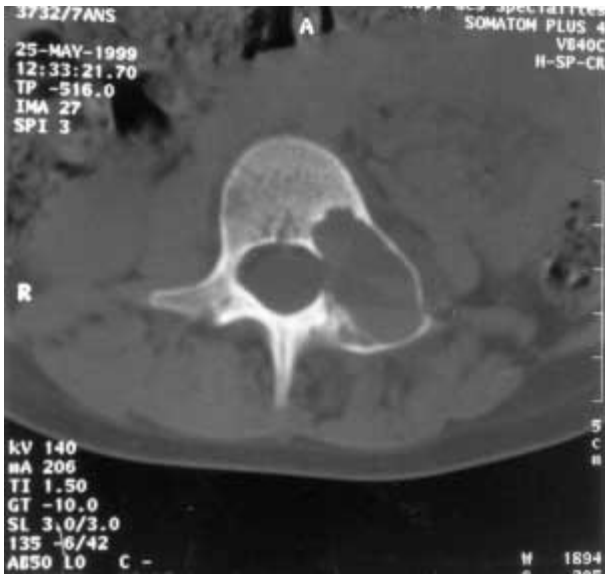


Fig. 3. — TDM : un processus lésionnel intéressant du côté gauche le pédicule, l'isthme, l'apophyse transverse et la région postéro-latérale du corps vertébral de la troisième vertèbre lombaire.



Fig. 4. — Radiographie standard six mois après l'opération, montrant une reconstruction parfaite du pédicule vertébral.

Tableau I. — Tableau regroupant les cas publiés dans la littérature

	Année	Age	Localisation	Traitement
Sawai H. <i>et al.</i> (9)	1980	16 ans	Rachis lombaire Apophyse épineuse L2	Résection de l'arc postérieur
Snell B. E. <i>et al.</i> (11)	2001	10 ans	Rachis cervical Apophyse épineuse + corps vertébral C7	Corpectomie subtotale + résection de l'arc postérieur
Shen Q. <i>et al.</i> (10)	1998	4 ans	Rachis cervical Corps vertébral + odontôide C2	Curettage-greffe
Zenmyo M. <i>et al.</i> (13)	2000	13 ans	Rachis cervical Apophyse épineuse C7	Résection de l'arc postérieur
Lee C. C. <i>et al.</i> (5)	2000	14 ans	Rachis cervical Apophyse épineuse C7	Résection de l'arc postérieur

La radiographie standard montre une lésion ostéolytique bien circonscrite, entourée d'un liseré de condensation témoignant de la bénignité de la lésion. Ces signes radiologiques sont les mêmes que pour les localisations habituelles (1-3, 6). Par ailleurs, l'étude tomодensitométrique ou mieux l'IRM permettent de mieux préciser le siège de la

lésion, son contenu, sa densité ainsi que ses rapports avec le canal médullaire et son contenu (1, 10, 11, 13).

Le diagnostic différentiel est surtout radiologique ; il se pose essentiellement avec le kyste anévrysmal, l'osteoblastome et la tumeur à cellules géantes (4, 12, 13).

Le traitement est le plus souvent chirurgical, vu l'incertitude diagnostique. Il consiste en un simple curetage suivi d'un comblement par une greffe spongieuse pour les localisations corporeales (1-3, 7, 8, 10) et une résection emportant le kyste en cas de localisation postérieure (5, 9, 11, 13). Dans les lésions accessibles à la ponction, l'aspiration de liquide citrin plaiderait en faveur d'un kyste essentiel et pourrait être suivie d'une injection de corticoïdes ou de moelle osseuse qui peut entraîner la guérison ; ce dernier traitement a fait ses preuves dans le traitement du KOS localisé au niveau des os long mais n'a jamais été appliqué à des localisations rachidiennes.

RÉFÉRENCES

1. Brodsky A. E., Khalil M., VanDeventer L. Unicameral bone cyst of a lumbar spine. A case report. *J. Bone Joint Surg.*, 1986, 68-A, 1283-1285.
2. Chang H., Park J. B., Lee E. J. Simple bone cyst of lamina of lumbar spine : A case report. *Spine*, 2001, 26, 531-534.
3. Dawson E. G., Mirra J.M., Yuhl E. T., Lasser K. Solitary bone cyst of the cervical spine. *Clin. Orthop.*, 1976, 119, 141-143.
4. Dubousset J., Queneau P., Lacheretz M. Problèmes diagnostiques posés par les scolioses raides et douloureuses chez l'enfant. *Rev. Chir. Orthop.*, 1971, 57, 215-226.
5. Lee C. C., Wei J. D., How S. W. Simple bone cyst in cervical vertebral spinous process and laminae : report of a case. *J. Formos. Med. Assoc.*, 2000, 99, 54-58.
6. Lokiec F., Ezra E., Khermish O., Wientroub S. Simple bone cysts treated by percutaneous autologous marrow grafting : A preliminary report. *J. Bone Joint Surg.*, 1996, 78-B : 934-937
7. Matsumoto K., Fujii S., Mochizuki T., Hukuda S. Solitary bone cyst of a lumbar vertebra. A case report and review of the literature. *Spine*, 1990, 15, 605-607.
8. Nakagawa T., Kawano H., Kubota T. Solitary bone cyst of the cervical spine : case report. *Neurol. Med. Chir.*, 1994, 34, 558-560.
9. Sawai H., Nemoto F., Kushi M., Hidaka S. A case report of solitary bone cyst in the spinous process of a lumbar vertebra. *Kanto J. Orthop. Traumatol.*, 1980, 11, 258-261 (in Japanese).
10. Shen Q., Jia L., Li Y. Solitary bone cyst in the odontoid process and body of the axis. A case report and review of the literature. *J. Bone Joint Surg.*, 1998, 80-A, 30-32.
11. Snell B. E., Adesina A., Wolfla C. E. Unicameral bone cyst of a cervical vertebral body and lateral mass with associated pathological fracture in a child. Case report and review of the literature. *J. Neurosurgery*, 2001, 95, 243-245.
12. Wu L. K., Guise E. R. Unicameral bone cyst of the spine. A case report. *J. Bone Joint Surg.*, 1981, 63-A, 324-326.
13. Zenmyo M., Komiya S., Hamada T., Inoue A. A solitary bone cyst in the spinous process of the cervical spine : A case report. *Spine*, 2000, 25, 641-642.

SAMENVATTING

A. AMRANI, M. A. DANDANE, Z. EL ALAMI, A. MIRI. Solitaire botkyste in een lumbale wervel bij een kind : een ongewone lokalisatie.

Solitaire beenkysten in de wervelzuil bij kinderen zijn zeldzaam. De auteurs beschrijven een expansieve, bullieuze kyste van de derde lumbale wervel bij een 7-jarige meisje. Het operatief beeld en de histologie bevestigden de diagnose van een solitaire beenkyste. Curettage en botenting waren succesrijk.

RÉSUMÉ

A. AMRANI, M. A. DANDANE, Z. EL ALAMI, A. MIRI. Une localisation inhabituelle du kyste osseux essentiel solitaire chez l'enfant : le rachis lombaire.

Le kyste osseux essentiel solitaire du rachis chez l'enfant est extrêmement rare. Nous avons traité une fille de 7 ans présentant une lésion kystique de la troisième vertèbre lombaire. Les constatations opératoires et l'étude anatomo-pathologique ont montré qu'il s'agissait d'un kyste essentiel solitaire. L'enfant fut traitée avec succès par curettage-greffe.