

DYSPLASIE FIBROCARILAGINEUSE FOCALE ET TIBIA VARA UNILATÉRAL DU JEUNE ENFANT : PRÉSENTATION DE 3 NOUVEAUX CAS À RÉOLUTION SPONTANÉE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE.

D. CERONI ¹, M. MOSCONI ², A. DIMEGLIO ³.

SUMMARY : *Focal fibrocartilagenous dysplasia and tibia vara in toddlers : description of three new cases and review of the literature.*

Focal fibrocartilagenous dysplasia is a rare and benign condition associated with unilateral tibia vara in toddlers. Three additional cases are reported in children aged 17, 18 and 26 months with spontaneous resolution. The authors discuss, based on a meta-analysis, the natural history of the disorder and review the diagnostic and pathophysiological problems. Since spontaneous remodeling of varus angulation and healing of the bony defect can be expected, biopsy and surgical intervention should be avoided.

Key words : fibrocartilagenous dysplasia ; tibia vara ; natural history.

Mots clés : dysplasie fibrocartilagineuse ; tibia vara ; histoire naturelle.

INTRODUCTION

Parmi les causes de tibia vara unilatéral du jeune enfant, la dysplasie fibro-cartilagineuse focale constitue une étiologie rare, puisqu'à notre connaissance, 32 observations seulement ont été répertoriées dans la littérature (1, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16) depuis la description initiale de cette entité par Bell *et al.* en 1985 (3). Nous rapportons ici 3 nouvelles observations qui se caractérisent par une résolution spontanée de la déformation. Le diagnostic repose essentiellement sur la constatation clinique d'une déformation unilatérale en varus du tibia proximal et sur l'aspect radiographi-

que sans équivoque de cette lésion. Une certaine controverse persistant autour de l'évolution naturelle de cette affection et de son traitement, nous avons réalisé une méta-analyse des 35 cas rapportés dans la littérature pour essayer d'apporter une réponse à ces sujets.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Observation n°1

L'enfant Martin N. âgé de 26 mois a été adressé à notre consultation en raison d'un varus tibial unilatéral droit dépisté au moment de l'acquisition de la marche (12 mois). Aucun antécédent familial ou personnel, notamment traumatique ou infectieux, n'était relevé dans son anamnèse. Les radiographies réalisées lors de la première consultation montraient un varus tibial proximal de 22° centré sur une zone lacunaire diaphyso-métaphysaire interne cernée d'un halo de condensation corticale. On notait par ailleurs un raccourcissement du tibia droit de 8 mm, un angle métaphyso-métaphysaire de Foreman de 22° et un angle métaphyso-diaphysaire de Levine-Drennan de 20°. L'enfant a alors

¹ Unité d'Orthopédie et de Traumatologie Infantile, Hôpital des Enfants, Genève, Suisse

² Service d'Orthopédie, Hôpital de Pavia, Italie

³ Service d'Orthopédie et de Traumatologie Pédiatrique, Hôpital Lapeyronie, Montpellier, France

Correspondance et tirés à part : Ceroni D., Unité d'Orthopédie et de Traumatologie Infantile, Hôpital des Enfants de Genève, Rue Willy Donzé 6, 1205 Genève, Suisse.

été astreint au port d'une attelle cruro-jambière durant une période de 12 mois. Une correction progressive de la déformation est survenue dans un délai de 14 mois avec un varus tibial proximal de 1° et un raccourcissement résiduel de 4 mm à l'âge de 40 mois. Lors du dernier contrôle radiographique réalisé à l'âge de 10 ans, la déformation angulaire dans le plan frontal était complètement corrigée. Il ne persistait qu'une inégalité de longueur des tibias et des péronés de 7 mm. aux dépens du côté droit.

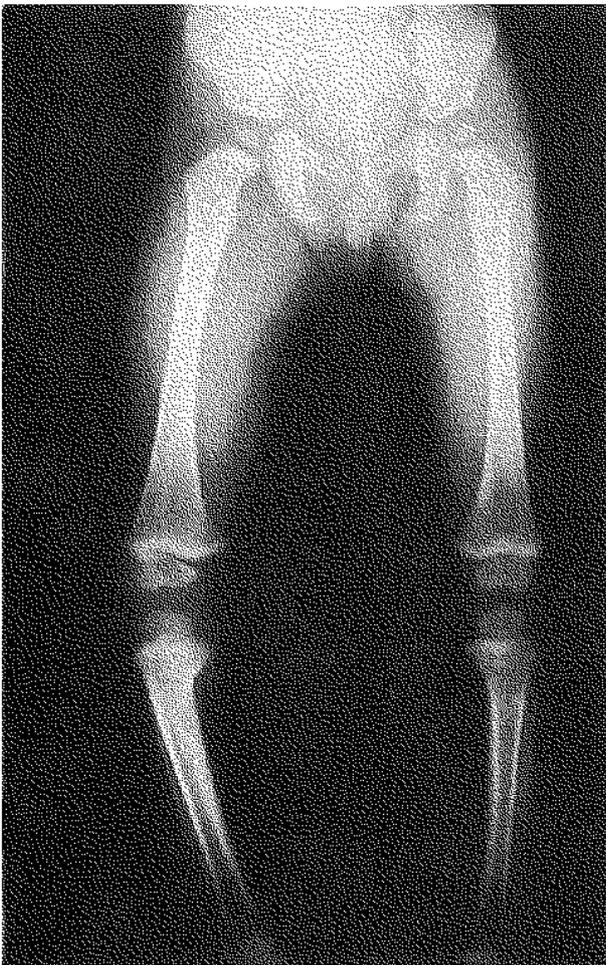


Fig. 1a. — Fillette de 18 mois adressée à notre consultation en raison d'une importante déformation en varus de son tibia droit constatée au début de la marche à 18 mois. Une lacune corticale métaphyso-diaphysaire interne, entourée d'une couronne d'os hyperdense, était notée sur les premières radiographies. La déformation en varus était de 16° avec un tibia plus court de 2 mm par rapport à l'os controlatéral.



Fig. 1b. — Un an après la première consultation, une correction partielle de la déformation était spontanément survenue avec un varus tibial résiduel de 6° .

Observation n°2

Esther N, 17 mois, a présenté un varus tibial proximal droit mis en évidence au moment de l'acquisition de la marche à l'âge de 12 mois. Il n'existait aucun antécédent familial ou personnel, en particulier traumatique et infectieux. La marche était indolore. Radiographiquement, on notait une lacune métaphyso-diaphysaire interne circonscrite d'une zone de sclérose corticale; cette zone dysplasique constituait par ailleurs le centre de la déformation en varus chiffrée à 26° . Un raccourcissement du tibia droit de 4 mm était également enregistré. Une résolution partielle de la déformation est intervenue spontanément et cela nonobstant une

abstention thérapeutique. A l'âge de 33 mois, il persistait un discret varus tibial proximal de 2°, un angle de Levine-Drennan de 5° et un angle de Foreman de 6°. Le tibia était plus court de 5 mm.



Fig. 1c. — A 5 ans, le tibia était bien axé mais il persistait un raccourcissement de 5 mm avec une cicatrice osseuse en regard de l'ancienne lésion.

Observation n°3

Alicia L, fillette de 18 mois, a consulté en raison d'une importante déformation en varus de son tibia droit constatée au début de la marche à 18 mois. Son anamnèse ne mettait pas en évidence d'éléments pouvant expliquer cette malformation. Une lacune corticale métaphyso-diaphysaire interne, entourée d'une couronne d'os hyperdense, était notée sur les premières radiographies. La déforma-

tion en varus était de 16° avec un tibia plus court de 2 mm par rapport à l'os controlatéral. Les angles diaphyso-métaphysaire et métaphyso-métaphysaire se chiffraient respectivement à 19° et 23°. Une simple surveillance clinique et radiologique semestrielle nous a permis de constater la résolution spontanée de la lésion. A 5 ans, le tibia était bien axé mais il persistait un raccourcissement de 5mm avec une cicatrice osseuse en regard de l'ancienne lésion (fig. 1a, 1b, 1c)

META-ANALYSE

Matériel & méthode

A ce jour, 35 cas de dysplasie fibrocartilagineuse tibiale proximale ont été, à notre connaissance, décrits dans la littérature (1, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16). Nous avons dégagé de ces observations plusieurs paramètres qui ont été soumis à une analyse. A l'occasion de cette étude, le sexe de l'enfant, le côté atteint et l'âge au moment de l'acquisition de la marche ont été enregistrés. D'autres critères ont été étudiés pour essayer de définir l'histoire naturelle de cette affection (âge lors de la découverte de la lésion, lors de la première consultation, au moment de l'aggravation initiale de la déformation, au début de sa correction spontanée et à sa résolution complète). Lorsqu'une opération a été effectuée, l'âge au moment de sa réalisation et l'intervalle entre la première consultation et l'intervention chirurgicale ont été notés. Radiographiquement, la déformation angulaire en varus du tibia proximal et le raccourcissement du tibia atteint ont été répertoriés. Cliniquement, les anomalies en torsion du squelette jambier, décrites dans plusieurs séries, ont été recherchées. Les différents traitements appliqués avec leurs résultats finaux et leurs complications respectives ont également été pris en considération.

Résultats

Dix-neuf garçons et 16 filles ont présenté un varus tibial proximal impliquant à 22 reprises le côté droit et à 13 reprises le côté gauche. La déformation a été découverte en règle générale au moment de l'acquisition de la marche (11,6 mois contre 11,5 mois lors des premiers pas). La première consultation est intervenue en moyenne à

Tableau I. — Caractéristiques des cas soumis à méta-analyse

Période	Novembre 1985-avril 2000
Collectif patients	35 patients provenant de 13 séries parues dans la littérature durant cette période
Répartition selon sexe	16 enfants de sexe féminin, 19 enfants de sexe masculin
Répartition selon le côté	22 tibias droits 13 tibias gauches
Age moyen lors de la découverte lésion	11,6 mois
Age moyen lors de la 1 ^{ère} consultation	15,9 mois
Age moyen lors opération (15 cas)	27,8 mois
Délai moyen entre 1 ^{ère} consultation et opération	14,4 mois

15,9 mois, soit 4,4 mois en moyenne après la découverte de la lésion. A 14 reprises (40% des cas), une aggravation initiale de la déformation a pu être documentée. Par la suite, une correction spontanée de la lésion a pu être constatée dans de nombreux cas, débutant en moyenne à l'âge de 21,25 mois. Les enfants chez lesquels on ne notait pas d'augmentation de la déformation se caractérisaient par un âge élevé au moment de la première consultation (20,75 mois), donc à un âge où un début de correction spontanée était prévisible (tabl. I).

Quinze interventions chirurgicales ont été réalisées : elles consistaient en une ostéotomie de valgisation isolée dans 13 cas et en une ostéotomie de valgisation-dérotation dans les 2 cas restants. Dix biopsies ont été réalisées lors de la correction chirurgicale. Le groupe des patients non-opérés (20 cas) comportait 14 cas de résolution spontanée de la déformation sans traitement et 6 cas de traitement orthopédique (port d'orthèses). Quatre biopsies ont néanmoins été effectuées dans ce groupe de patients afin d'exclure une autre pathologie osseuse.

Groupe des enfants non opérés (20 cas)

Dans ce groupe, la déformation a été mise en évidence à l'âge de 12,6 mois et la première consultation est intervenue en moyenne 5,2 mois après sa découverte. Une aggravation initiale de la déformation a été constatée à 5 reprises. Dans 4 cas, on ne notait pas d'aggravation initiale de la déformation et dans 11 cas, cette notion n'était pas stipulée. La résolution de la déformation a débuté à l'âge de 21,25 mois en moyenne. A 40,4 mois, la résolution

était «presque complète» alors qu'à l'âge moyen de 65 mois, la correction était totale. Radiographiquement, le varus tibial maximal enregistré au cours de l'évolution de la lésion était de 27° (8° à 45°). Le raccourcissement tibial initial était de 9,75mm en moyenne avec une torsion tibiale interne de 15°. A la fin du suivi, le varus tibial n'était plus que de 1,3° en moyenne et une torsion tibiale interne n'était retrouvée que dans un cas. Il persistait enfin un raccourcissement moyen du tibia atteignant en moyenne 3,6 mm.

Groupe des enfants opérés (15 cas)

L'âge moyen lors de la découverte de la lésion était de 10,4 mois et au moment de la première consultation, de 12,6 mois. Une aggravation initiale de la déformation a pu être documentée dans 9 cas, débutant en moyenne à l'âge de 11,4 mois. Les enfants ont été opérés en moyenne à l'âge de 27 mois avec un intervalle de 14,4 mois entre la première consultation et l'intervention chirurgicale. Dans 3 cas, l'option chirurgicale a été choisie malgré l'absence d'aggravation de la déformation. Radiographiquement, le varus tibial au moment de l'opération se chiffrait à 24,8° en moyenne (range 16°-37°), le raccourcissement tibial était de 11 mm et la torsion tibiale de 23,75°. A la fin du traitement, le tibia proximal apparaissait normal à l'exception d'un cas qui présentait une déformation en valgus. Il persistait une inégalité de longueur sur les tibias mesurée à 3,75 mm en moyenne. Aucune déformation torsionnelle du squelette jambier n'a été relevée. Deux cas de paralysie du nerf sciatique poplité externe étaient les seules complications enregistrées.

Tableau II. — Comparaison patients opérés-patients non opérés

	Groupe des enfants non opérés	Groupe des enfants opérés
Nombre de cas	20 (57,1%)	15 (42,9%)
Age découverte lésion	13,3 mois	10,4 mois
Age 1 ^o consultation	17,8 mois	12,6 mois
Age début aggravation déformation	11,8	11,4 mois
Age début résolution déformation	21,25 mois	—
Age résolution «presque complète»	40,4 mois	—
Age résolution complète	65 mois	—
Varus tibial maximal	27° extrêmes 8°-45°	24,8° range 16°-37°
Varus tibial final	1,3°	Normal hormis 1 déviation en valgus
Raccourcissement tibial initial	9,75mm	11mm
Raccourcissement tibial final	3,58mm	3,75mm

Etude comparative des 2 groupes

L'étude comparative de ces 2 collectifs de patients révèle une similitude prévisible sur la plupart des paramètres répertoriés (tabl. II). La survenue de la lésion et sa progression initiale s'effectuent à des âges très voisins. Seul l'âge au moment de la première consultation diffère entre les 2 groupes, les enfants opérés étant vus en consultation 5,2 mois plus tôt que les enfants confiés au traitement conservateur. Radiologiquement, la déformation maximale enregistrée apparaît globalement identique entre les 2 populations pour ce qui est de l'angulation en varus et du raccourcissement tibial. Ces mêmes critères radiologiques en fin de traitement demeurent relativement superposables entre les 2 groupes et cela quel que soit le traitement adopté. En fait, seule la présence de complications dans le groupe des enfants opérés distingue ces populations.

Données anatomo-pathologiques

Quatorze examens histologiques ont été effectués, soit à partir de matériel obtenu au moment d'une ostéotomie, soit à partir d'une biopsie réalisée dans un but diagnostique. Macroscopiquement, toutes les descriptions parlent d'une masse de tissu blanchâtre et fibro-cartilagineux siégeant précisément au point d'insertion de la patte d'oie sur la métaphyse tibiale. Pour Bell et al.(3), il existe un plan de clivage bien défini entre la lésion et l'os normal sous-jacent. Olney et al. (15), par contre, la décrivent comme étant mal délimitée.

Herman et al. (8) constatent, pour leur part, que cette masse fibreuse apparaît inséparable de la musculature et des tendons sus-jacents. La plupart des auteurs s'accordent à noter l'absence de tissu osseux au sein de la masse fibreuse. Seuls Meyer et al. (14) décrivent la présence d'ossification dans le tissu pathologique.

L'examen histologique révèle que la lésion est constituée d'un tissu fibreux dense relativement peu cellulaire comportant de rares fibrocytes inactifs. Le centre de la lésion comporte des cellules similaires à des chondrocytes avec une disposition tissulaire évocatrice d'une différenciation cartilagineuse. Autour de ce fibrocartilage, on note la présence d'un tissu fibreux dense qui ressemble histologiquement à une structure tendineuse. Cette organisation tissulaire peut être apparentée au tissu que l'on retrouve à l'état normal au site d'insertion des tendons sur l'os cortical (6,7).

Données de l'imagerie

Les signes à la radiographie conventionnelle sont généralement suffisamment explicites pour rendre inutile toute autre investigation complémentaire. Classiquement, on observe une lacune corticale interne à direction oblique de la région méta-physo-diaphysaire supérieure du tibia qui n'apparaît pas circonscrite sur son versant supéro-médial (fig. 2). Cette lésion est cernée sur son versant latéral par une sclérose réactionnelle qui se propage sur les deux tiers proximaux de la diaphyse. L'angulation en varus survient habituellement à l'endroit de la lacune osseuse. A la scintigraphie,

les quelques rapports présents dans la littérature sont contradictoires. Zayer (16) constate une hypercaptation locale, Albinana *et al.* (1) une lésion faiblement réactive alors que Jouve *et al.* (10) ne signalent aucune anomalie de fixation. Le CT-scan mais surtout la résonance magnétique nucléaire apportent des informations très précises sur la nature tissulaire du contenu de la lacune métaphyso-diaphysaire (14). Ces 2 examens démontrent clairement que le tissu emplissant le defect n'est pas un cartilage de type hyalin mais un fibro-cartilage qui s'apparente très étroitement à du tissu tendineux. Ce tissu apparaît par ailleurs indistinguable de l'insertion de la patte d'oie. L'aire de sclérose distale est quant à elle constituée d'os réactionnel et de cal osseux.



Fig. 2. —Aspect radiographique classique de la dysplasie fibro-cartilagineuse du tibia avec la présence d'une lacune corticale interne à direction oblique de la région métaphyso-diaphysaire supérieure du tibia. Cette lésion est cernée par une sclérose réactionnelle sur son versant latéral, se propageant sur les deux tiers proximaux de la diaphyse.

DISCUSSION

Histoire naturelle de la maladie

L'étude des 32 cas retrouvés dans la littérature auxquels viennent s'ajouter nos 3 observations personnelles fait état d'âges d'apparition de la déformation allant de 0 à 24 mois avec une moyenne de 11,6 mois. Dans 40% des cas, une aggravation progressive de la déformation a pu être documentée et se poursuit généralement durant une période de 8 à 9 mois. L'évolution naturelle de l'affection a été étudiée sur les données provenant des 20 cas qui n'ont pas fait l'objet d'une chirurgie correctrice. La déformation commence à se corriger spontanément à partir de 21,25 mois pour aboutir à une résolution complète de la lésion avec la restauration d'axes normaux à 65 mois. A la fin du suivi, il persiste un discret raccourcissement du tibia (3,6 mm en moyenne) mais qui demeure dans la norme physiologique. Une seule observation faisait état d'une torsion tibiale interne persistant après la correction complète de la déformation dans le plan frontal. Radiologiquement enfin, la lacune et la sclérose migrent distalement dans un premier temps pour disparaître ensuite complètement.

L'étude des cas ayant été corrigés chirurgicalement montre qu'au moins 3 enfants ont été opérés avant que l'on ait pu démontrer une aggravation initiale de la lésion. La plupart des enfants ont par ailleurs été opérés à un âge où on pouvait légitimement s'attendre à une résolution spontanée de la déformation. Au décompte final, une intervention chirurgicale ne semblait justifiée que dans le cas d'un enfant présentant une angulation en varus du tibia à 45° à plus de 5 ans et où les possibilités correctrices du cartilage de croissance tibial supérieur semblaient dépassées.

Physiopathologie

La constatation de cette déformation à des âges très précoces et cela en l'absence de contexte traumatique ou infectieux plaide indéniablement pour une origine congénitale. Plusieurs hypothèses ont été élaborées pour expliquer cette affection à résolution spontanée. Dans leur publication princeps, Bell *et al.* (3) évoquaient un trouble transitoire de

la différenciation du tissu mésenchymateux au niveau de l'insertion des tendons de la patte d'oie entraînant un excès de fibrocartilage localement. Cooper et Nisol (6) ont démontré qu'un tel tissu existe en dehors de toute pathologie à la jonction tendon-os cortical. Pour Bell et al. (3), cet excès de tissu fibro-cartilagineux doit certainement engendrer un trouble de croissance au niveau de la plaque de croissance interne et produire un varus tibial. Actuellement, il est toutefois reconnu que la croissance au niveau du cartilage conjugal est normale et que l'on ne peut pas attribuer la genèse de la déformation à un phénomène de ce type. Une autre hypothèse consisterait en un trouble de croissance de la partie interne du cartilage de croissance durant la vie intra-utérine. La localisation de la lésion au moment de sa découverte sous-entendrait que la lésion se produirait au moment où le cartilage se met à fonctionner (13). Langenskiöld (12) est, quant à lui, frappé par la similitude existant entre la lésion rencontrée dans la dysplasie fibro-cartilagineuse et celle créée expérimentalement sur des lapins par une irradiation du cartilage de croissance. Cet auteur suggère que la nécrose du versant médial du cartilage de croissance, attribuée à un traumatisme lors de l'accouchement, pourrait être le *primum movens* de cette affection. L'hypothèse qui est actuellement reconnue comme étant la plus plausible évoque une pathologie d'insertion de la patte d'oie. Les muscles constituant le *pes anserinus* ont des tendons d'insertion métaphysaire. Les tendons insérés sur la métaphyse sont soumis à une migration importante de leur insertion induite, au cours de la croissance osseuse, par un étirement du périoste (6,7). Il est de ce fait probable qu'une anomalie de la migration de l'insertion tendineuse de la patte d'oie pourrait être à l'origine de la déformation. Cette hypothèse est corroborée radiographiquement par l'absence d'éloignement de la lésion par rapport à l'épiphyse durant la phase d'aggravation du varus, alors que durant la phase de correction de l'axe, cette distance augmente de façon constante. L'impossibilité de migration distale de ces tendons constituerait un véritable verrou sur la croissance métaphysaire interne. Le varus tibial représenterait donc une forme d'échappement à l'action de la patte d'oie qui se comporte

comme une corde d'arc. Cette pseudo-épiphysiodèse persisterait jusqu'à la rupture du pont fibro-cartilagineux sous l'effet de la poussée du cartilage de croissance. Cette hypothèse est confortée par les observations de Beatty et Barrett (2) décrivant des cas de valgus et varus métaphysaires fémoraux liés à des brides fibreuses allant d'un tunnel diaphysaire cortical à l'épiphyse. De telles brides n'ont jamais été retrouvées dans les dysplasies fibrocartilagineuses focales, mais un processus analogue, lié à la présence d'un excès de tissu fibro-cartilagineux localement, peut être évoqué. L'aggravation du varus à la mise en charge de l'enfant peut être expliquée par les contraintes mécaniques en varus qui peuvent ralentir la croissance tibiale. Finalement, la correction spontanée de la déformation est attribuée à une croissance asymétrique du cartilage de croissance tibial proximal.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel doit prendre en considération 2 éléments déterminants; la découverte précoce d'un varus tibial unilatéral et l'aspect radiologique de la lésion. Le varus de la dysplasie fibro-cartilagineuse focale du tibia diffère du genu varum physiologique du petit enfant et du genu varum du rachitisme carenciel, qui apparaissent habituellement bilatéraux, symétriques et répartis entre le fémur et le tibia. Les séquelles d'infections métaphysaires ont un aspect bien différent radiologiquement de même que les formes précoces de la maladie de Blount. L'aspect radiologique de la lésion peut aussi évoquer une lacune corticale, un fibrome non-ossifiant, un lipome cortico-médullaire, un chondrome cortical ou une neuro-fibromatose dans sa forme lacunaire, mais ces affections ne sont pas connues pour entraîner des déformations en varus du tibia. Les dyschondrostéoses, la maladie d'Ollier, la dysplasie fibreuse et le fibrome ossifiant de Campanacci entraînent pour leur part des déformations diaphysaires d'aspect radiologique tout à fait différent.

CONCLUSION

La dysplasie fibro-cartilagineuse focale du tibia est une affection rare et bénigne caractérisée par une

évolution spontanément résolutive. Elle est responsable d'un varus tibial proximal qui s'aggrave classiquement jusqu'à l'âge de 20 mois. La correction complète de la lésion survient en moyenne aux alentours du 65^e mois. L'aspect radiologique de la lésion (radiographies standard et IRM) est suffisamment explicite pour ne pas justifier de biopsie. L'abstention thérapeutique est de mise dans la plupart des cas ; seule une aggravation de la déformation après 3 ans peut exceptionnellement motiver une correction chirurgicale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Albinana J., Cuervo M., Certucha J.A., Gonzalez-Mediero I., Abril J.C. Five additional cases of local fibrocartilaginous dysplasia. *J. Pediatr. Orthop.*, 1997, 6, 52-55.
2. Beaty J.H., Barrett J.R. Unilateral angular deformity of the distal end of the femur secondary to a focal fibrous tether. A report of four cases. *J. Bone Joint. Surg.*, 1989, 71-A, 440-445.
3. Bell N.S., Cambell P.E., Cole W.G., Menelaus M.B. Tibia vara caused by focal fibrocartilaginous dysplasia. 3 cases report. *J. Bone Joint. Surg.*, 1985, 67-B, 780-784.
4. Bradish C.F., Davies S.J.M., Malone M. Tibia vara due to focal fibrocartilaginous dysplasia. The natural history. *J. Bone Joint. Surg.*, 1988, 70-B, 106-108.
5. Cockshott W.P., Martin R., Friedman L., Yuen M. Focal fibrocartilaginous dysplasia and tibia vara: a case report. *Skeletal Radiol.*, 1994, 23, 333-335.
6. Cooper R.R., Nisol S. Tendon and ligament insertion. *J. Bone Joint. Surg.*, 1970, 52-A, 1-20.
7. Dörfel J. Migration of tendinous insertions; cause and mechanism. *J. Anat.*, 1980, 131, 179-195.
8. Herman T.E., Siegel M.J., Mc Allister W.H. Focal fibrocartilaginous dysplasia associated with tibia vara. *Radiology*, 1990, 177, 767-768.
9. Husien A.M.A., Kale V.R. Tibia vara caused by focal cartilaginous dysplasia. *Clin. Radiol.*, 1989, 40, 104-105.
10. Jouve J.L., Debelenet H., Petit P., Guillaume J.M., Gaudeuille A., Bollini G. Dysplasie fibrocartilagineuse focale et tibia vara. A propos de 2 cas. *Revue de la littérature. Rev. Chir. Orthop.*, 1997, 83, 473-476.
11. Kariya Y., Taniguchi K., Yagisawa H., Ooi Y. Focal cartilaginous dysplasia: consideration of healing process. *J. Pediatr. Orthop.*, 1991, 11, 545-547.
12. Langenskiöld A. Tibia vara: a critical review. *Clinical Orthop.*, 1989, 246, 195-207.
13. Landreau-Jolivet I., Pilliard D., Taussig G. Tibia vara unilatéral du petit enfant par dysplasie fibrocartilagineuse focale: 4 nouveaux cas. *Rev. Chir. Orthop.*, 1992, 78, 411-414.
14. Meyer J.S., Davidson R.S., Hubbard A.M., Conard K.A. MRI of focal fibrocartilaginous dysplasia. *J. Pediatr. Orthop.*, 1995, 115, 304-306.
15. Olney B.W., Cole W.G., Menelaus M.B.: Three additional cases of focal fibrocartilaginous dysplasia causing tibia vara. *J. Pediatr. Orthop.*, 1990, 10, 405-407.
16. Zayer M. Tibia vara in focal fibrocartilaginous dysplasia. A report of 2 cases. *Acta Orthop. Scand.*, 1992, 63, 353-355.

SAMENVATTING

D. CERONI, M. MOSCONI, A. DIMEGLIO. Focale fibrocartilagineuze dysplasie met unilaterale tibia vara bij het kleine kind : 3 gevallen met spontane genezing. Literatuuroverzicht.

Focale fibrocartilagineuze dysplasie is een zeldzame, goedaardige aandoening gepaard met unilaterale tibia vara bij peuters. De auteurs beschrijven 3 nieuwe gevallen, met spontane genezing, respectievelijk op de leeftijd van 17, 18 en 26 maanden. Verder bespreken ze de spontane evolutie alsook de diagnostische en physiopathologische aspecten van deze aandoening, waarbij ze zich steunen op meta-analyse van de literatuur. Aangezien spontane genezing van de botletstels en van de varusvorming de regel is, zal men best niet overgaan tot biopsie en heelkundige interventie.

RÉSUMÉ

D. CERONI, M. MOSCONI, A. DIMEGLIO. Dysplasie fibrocartilagineuse focale et tibia vara unilatéral du jeune enfant : présentation de 3 nouveaux cas à résolution spontanée et revue de la littérature.

La dysplasie fibrocartilagineuse focale est une affection rare et bénigne responsable d'un varus tibial unilatéral chez le petit enfant. Les auteurs rapportent 3 nouveaux cas âgés respectivement de 17, 18 et 26 mois caractérisés par une résolution spontanée de la déformation. L'histoire naturelle de l'affection ainsi que les problèmes diagnostiques et physiopathologiques sont évoqués à la lumière des données présentes actuellement dans la littérature. La correction spontanée de l'angulation en varus et la guérison complète de la lésion osseuse étant de mise, les biopsies et les corrections chirurgicales devraient être évitées.