

Fracture pathologique secondaire à un kyste osseux solitaire

Pathological Fracture Secondary to Unicameral Bone Cyst

V. Ruche · A. Calon · A. Abou Kassem

Reçu le 24 août 2019 ; accepté le 6 janvier 2020
© SFMU et Lavoisier SAS 2020

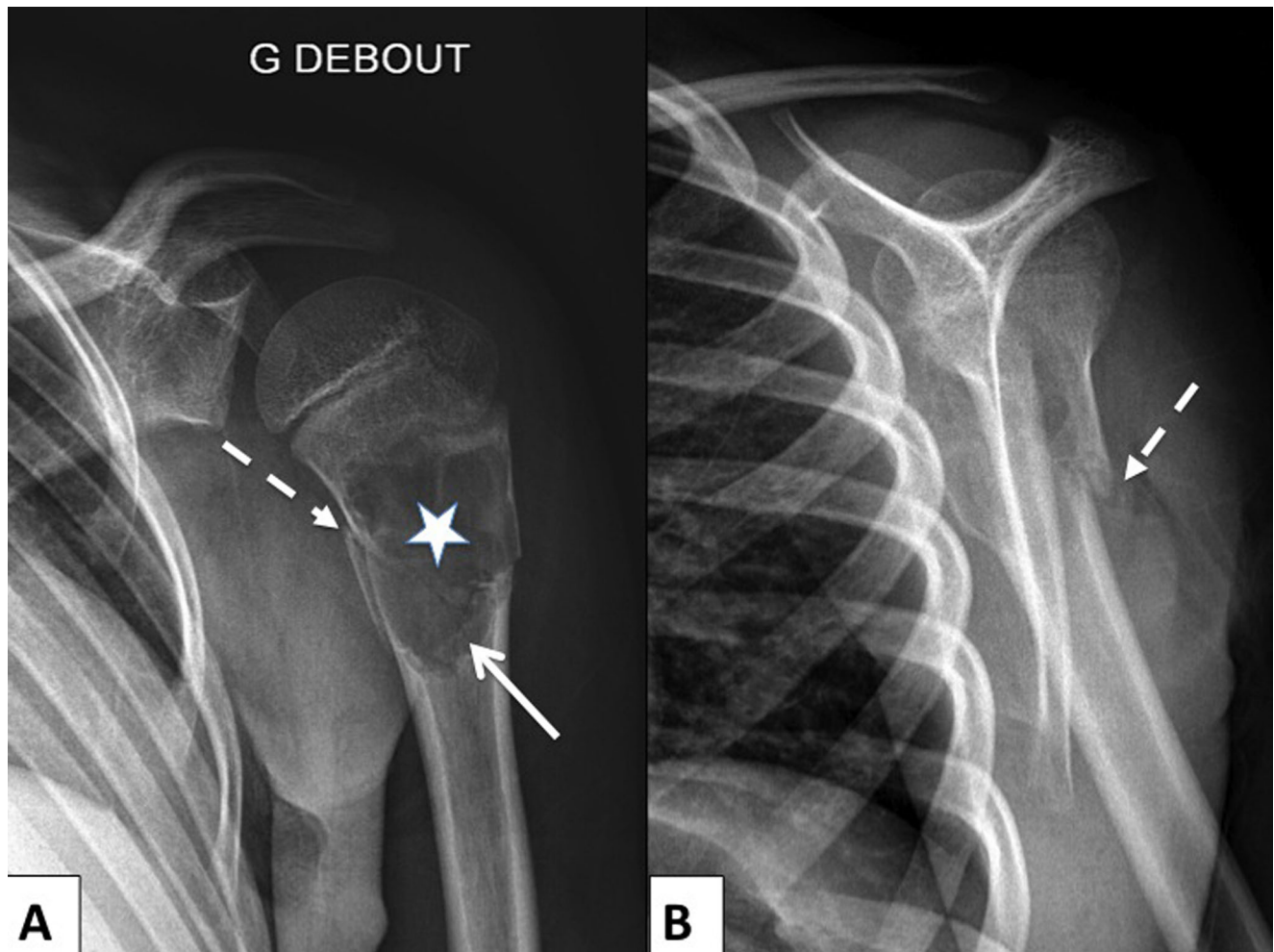


Fig. 1 Radiographies standard de face (A) et profil (B) de l'épaule gauche. Kyste osseux solitaire (étoile blanche), fragment tombé (flèche blanche pleine) et fracture pathologique (flèche blanche en pointillés)

V. Ruche (✉) · A. Abou Kassem
Service des urgences, centre hospitalier de Saint-Dizier,
rue du Docteur Schweitzer, F-52100 Saint-Dizier, France
e-mail : valerie.ruche@ch-saintdizier.fr

A. Calon
Service des urgences, centre hospitalier de
Châlons-en-Champagne, 51, rue du Commandant Derrien,
F-51000 Châlons-en-Champagne, France

Un enfant de huit ans se présente au service d'accueil des urgences pour prise en charge d'une douleur de l'épaule gauche avec impotence fonctionnelle. L'interrogatoire retrouve la notion d'un traumatisme direct (collision avec une baie vitrée de façon accidentelle) en regard de la face antérieure de l'humérus gauche. L'examen clinique met en évidence une douleur en regard du tiers proximal de l'humérus gauche, sans déformation avec un revêtement cutané normal. L'examen vasculonerveux distal est normal. Les clichés radiologiques de l'épaule gauche face et profil (Fig. 1) révèlent une fracture pathologique non déplacée de l'humérus proximal avec présence d'une lacune métaphysaire centrale avec partie distale assez typique en fond de coquetier, située sous le cartilage de croissance. Les corticales osseuses ne sont pas soufflées. Il existe le signe du fragment tombé. Ces différents signes radiologiques sont en faveur d'une fracture pathologique sur kyste osseux solitaire (KOS). Après avis auprès du chirurgien orthopédique, le patient bénéficie d'un traitement orthopédique de type Dujarrier avec une consultation de suivi en externe.

Parmi les tumeurs osseuses bénignes de l'os, le KOS est, par ordre de fréquence, en troisième position derrière le fibrome non ossifiant, encore appelé *cortical defect* et l'exostose ostéocartilagineuse. Son incidence serait de 1/10 000 enfants par an. Le KOS est en général une lésion unique avec deux localisations préférentielles : l'humérus proximal (52 % des cas) et le fémur proximal (27 % des cas) [1]. Il s'agit d'une lésion évoluant à bas bruit : le patient

est asymptomatique jusqu'à la fracture inaugurale. Pour le KOS localisé au fémur proximal, le patient peut présenter une boiterie algique avant le stade fracturaire. Les clichés radiologiques objectivent une lacune ovoïde, unique, sans cloison située en position centrale de la métaphyse. Les corticales osseuses peuvent être amincies et discrètement soufflées ; par contre, il n'y a aucune réaction périostée ou dans les parties molles. Lors d'une fracture, le signe du fragment tombé ou sédimenté (*fallen fragment sign*) présent dans 10 à 20 % des cas est pathognomonique du KOS [2]. Cette sédimentation du fragment de la paroi corticale signe la nature liquidienne et non solide de son contenu. La radiographie permet souvent à elle seule de faire le diagnostic. En cas de doute diagnostique ou d'aspect atypique, il faudra réaliser une imagerie en coupe, IRM, pour éliminer le principal diagnostic différentiel qui est le kyste osseux anévrismal, dont le traitement ne pourra pas simplement être orthopédique. Le KOS est d'excellent pronostic ; le traitement et la prise en charge sont très spécifiques en fonction de l'âge et du type de lésion. Un avis spécialisé est indispensable.

Références

1. Docquier PL, Schubert T (2015) Kyste osseux solitaire. Radiologie et imagerie médicale–musculosquelettique–neurologique–maxillo-faciale. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) 10:1–12
2. Reynolds J (1969) The “fallen fragment sign” in the diagnosis of unicameral bone cysts. Radiology 92:949–53