

## MedPeer Publisher

Abbreviated Key Title: MedPeer

ISSN : 3066-2737

homepage: <https://www.medpeerpublishers.com>

---

# Kyste osseux anévrismal chez l'adulte du tibia proximal

**DOI:** 10.70780/medpeer.000QGS2

## AUTEUR ET AFFILIATION

Kaly TOUNKARA, Hicham Bousbaa, Youssef Jalal, Louis Arnauld Rim, Hassane Zejjari, Taoufik. Cherrad

Corresponding author: Kaly TOUNKARA .

## RÉSUMÉ

Les kystes osseux anévrismaux sont des lésions bénignes mais localement agressives, habituellement diagnostiquées chez les patients de moins de 20 ans. La survenue chez l'adulte, en particulier au niveau des os longs, est rare. Nous rapportons le cas d'une femme de 63 ans présentant une douleur progressive du genou droit. L'imagerie a révélé une lésion ostéolytique multiloculaire du tibia proximal avec des niveaux liquidiens. La patiente a été traitée par excision intralésionnelle, curetage et comblement par ciment. L'examen histopathologique a confirmé un kyste osseux anévrismal primaire. Ce cas souligne la rareté de cette lésion chez les adultes et l'importance de considérer le KOA dans le diagnostic différentiel des lésions osseuses ostéolytiques.

## MOTS-CLÉS

Kyste osseux anévrismal, Tibia proximal; Comblement cimentaire, Imagerie ,tumeur bénigne

## **ARTICLE PRINCIPAL**

### **INTRODUCTION**

Le kyste osseux anévrisimal (KOA) a été décrit par Jaffe et Lichtenstein en 1942 [1]. Il s'agit d'une lésion pseudotumorale bénigne caractérisée par une cavité uni- ou multiloculaire remplie de sang. Son origine reste mal élucidée : il s'agit d'une lésion réactive hyperplasique constituée de cavités sanguines bordées de tissu mésenchymateux. Le KOA touche préférentiellement les femmes (2:1) avant l'âge de 20 ans, et siège le plus souvent au niveau des os longs [2].

Bien que bénigne, cette lésion peut être agressive localement, responsable de récurrences fréquentes et d'une expansion importante, pouvant entraîner des séquelles fonctionnelles si une résection large est nécessaire [1]. Les options thérapeutiques vont du simple curetage à la résection étendue avec reconstruction osseuse [3,4].

Nous rapportons un cas rare de KOA survenant chez un adulte de 65 ans, traité par curetage associé à un apport de ciment.

### **RAPPORT DE CAS**

Nous présentons le cas d'une femme de 63 ans consultant pour une gonalgie droite évoluant depuis 6 mois, aggravée par la marche et les activités quotidiennes. Elle n'avait aucun antécédent médical particulier, ni notion de traumatisme.

L'examen clinique retrouvait un gonflement ferme, chaud, immobile et non fluctuant, situé en regard de la face antéro-latérale de l'extrémité supérieure de la jambe droite, associé à une douleur localisée. Les mobilités du genou étaient conservées.

La radiographie du genou de face et de profil mettait en évidence une image ostéolytique bien limitée, sans réaction périostée, sans atteinte corticale ni envahissement articulaire (Figure 1).

Le bilan biologique était normal.

L'IRM a confirmé la localisation de la lésion avec une effraction corticale supérieure et une structure multiclotionnée contenant des niveaux liquidiens caractéristiques (« fluid–fluid levels »), évoquant fortement un KOA [6]. Une infiltration des parties molles adjacentes, une contusion du LCA, et une arthrose tricompartmentale avec méniscopathie dégénérative étaient également notées (Figures 2 et 3).



**FIGURE1:Radiographie du genou de face**

montrant au niveau du plateau tibial latéral une image lacunaire, ostéolytique, à contours nets sans réaction périosté, sans l'atteinte de la surface articulaire et ni atteinte corticale



**FIGURE3: La coupe frontale de IRM du genou en T1** montre une volumineuse lésion osseuse expansive hétérogène métaphysaire du plateau tibial latéral périosté, le cortex amincie sans atteinte articulaire.



**FIGURE 1: En IRM, Coupe sagittale du genou T2** confirme le siège de la lésion avec effraction osseuse en haut; multi cloisonnée à l'intérieur des quels se trouve des niveaux liquidiens (fluid-fluid levels). Par ailleurs y'a une infiltration des parties molles; Contusion LCA, arthrose tri compartimentale avec méniscopathie dégénérative

La patiente a bénéficié d'un curetage intralésionnel complet suivi d'un comblement par ciment. L'exploration peropératoire révélait des cavités hémorragiques et un amincissement cortical. L'épiphyse était intacte.

### **DISCUSSION :**

Le KOA est une lésion rare représentant environ 1 % des tumeurs osseuses [5]. Il est classiquement observé chez le sujet jeune, avec un pic avant 20 ans et une prédominance féminine. Les KOA de l'adulte âgé sont exceptionnels et nécessitent d'éliminer en premier lieu un KOA secondaire à une autre tumeur (notamment une tumeur à cellules géantes ou un chondroblastome) [2].

Histologiquement, les cloisons solides sont formées de tissu fibreux riche en cellules géantes disposées autour de zones hémorragiques [6]. La lésion est généralement métaphysaire dans les os longs, plus rarement diaphysaire, tandis que la localisation épiphysaire est inhabituelle et souvent secondaire à une tumeur à cellules géantes [7,8].

Le diagnostic différentiel inclut :

- **La tumeur à cellules géantes**, habituellement épiphysaire, survenant chez l'adulte jeune et pouvant s'étendre à la métaphyse.
- **L'ostéosarcome télangiectasique**, survenant dans la même tranche d'âge que le KOA, présentant un aspect radiologique proche avec niveaux liquidiens, mais sans cloisonnement caractéristique. Le diagnostic est parfois extrêmement difficile en imagerie et peut reposer uniquement sur l'histologie [2].

Le traitement repose sur le curetage avec ou sans comblement osseux. Le ciment acrylique présente l'avantage d'une prise immédiate et facilite la détection des récidives [3,4].

Dans notre cas, l'évolution postopératoire était favorable sans récurrence précoce.

## DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec cette publication. Aucun intérêt financier, personnel ou professionnel n'a influencé, de manière directe ou indirecte, la conduite, l'analyse ou la présentation des résultats de ce travail.

## REFERENCES

1. Jaffe HL, Lichtenstein L. Solitary unicameral bone cysts: with emphasis on the roentgen picture, the pathologic appearance and the pathogenesis. Arch Surg. 1942;44:1004-25.  
<https://doi.org/10.1001/archsurg.1942.01210240043003>
2. Capanna R, Campanacci DA, Manfrini M. Unicameral and aneurysmal bone cysts. Orthop Clin North Am. 1996;27(3):605-14.  
[https://doi.org/10.1016/S0030-5898\(20\)32105-2](https://doi.org/10.1016/S0030-5898(20)32105-2)
3. Bertoni F, Bacchini P, Capanna R, Ruggieri P, Biagini R, Ferruzzi A, et al. Solid variant of aneurysmal bone cyst. Cancer. 1993;71:729-34.  
[https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19930201\)71:3<729::AID-CNCR2820710313>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19930201)71:3<729::AID-CNCR2820710313>3.0.CO;2-0)
4. Bollini G, Panuel M, Jouve JL, Scheiner C, Toth C, Lemaire P, et al. Kyste anévrysmal. In: Lascombes P, Lefort G, editors. Les tumeurs osseuses bénignes de l'enfant. Montpellier: Sauramps Médical; 1996. p. 157-71.

5. Capanna R. Appareil locomoteur. *Encycl Med Chir.* 2001;14788.
  
6. Mahnken AH, Nolte-Ernsting CC, Wildberger JE, Heussen N, Adam G, Wirtz DC, et al. Aneurysmal bone cyst: value of MR imaging and conventional radiography. *Eur Radiol.* 2003;13:1118-24.  
<https://doi.org/10.1007/s00330-002-1668-8>
  
7. Capanna R, Bettelli G, Biagini R, Ruggieri P, Bertoni F, Campanacci M. Aneurysmal cysts of long bones. *Ital J Orthop Traumatol.* 1985;11:410-7.
  
8. Cottalorda J, Kohler R, Lorge F. Évolution inhabituelle d'un kyste osseux anévrysmal de l'humérus. *Rev Chir Orthop.* 2004;90:577-80.  
[https://doi.org/10.1016/S0035-1040\(04\)70434-1](https://doi.org/10.1016/S0035-1040(04)70434-1)