

Cas clinique

Lésion lytique douloureuse solitaire du tibia chez un homme de 23 ans correspondant à un fibrome non ossifiant : une pseudo-tumeur... si mal nommée !<sup>☆</sup>

*Solitary painful lytic tibial lesion in a 23-year-old man related to a non-ossifying fibroma: A pseudo-tumour... so ill-denominated!*

O. Rager<sup>a</sup>, F. Paycha<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> Service de médecine nucléaire, HUG, 24, rue Micheli-du-Crest, 1205 Genève, Suisse

<sup>b</sup> Service de médecine nucléaire, hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris, France

Reçu le 25 août 2013 ; accepté le 30 juin 2014

Disponible sur Internet le 30 juillet 2014

---

Résumé

Un patient de 23 ans consulte pour des douleurs mécaniques chroniques du tibia droit. La radiographie montre une zone lytique intra-corticale mal délimitée de la diaphyse tibiale droite. La scintigraphie osseuse planaire met en évidence une hyperfixation solitaire focalisée sur le tibia droit. Sur la TEMP-TDM, l'hyperfixation correspond à une zone de résorption intra-corticale. L'IRM montre un aspect hétérogène avec une plage lésionnelle en d'hyposignal T1 et T2. Il est décidé de réaliser une biopsie osseuse. L'image anatomo-pathologique est celle d'un fibrome non ossifiant (NOF). À partir de cette observation clinique, les aspects physio-pathologiques et anatomo-pathologiques, l'histoire naturelle, l'imagerie multimodalité et le diagnostic différentiel du NOF sont développés.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Fibrome non ossifiant ; Pseudo-tumeur osseuse ; Radiographies ; IRM ; Scintigraphie osseuse ; TEMP-TDM osseuse ; TEP ; FDG ; Anatomie pathologique

Abstract

A 23-year-old patient is referred for long-standing mechanical pain of right tibia. X-rays disclose an intra-cortical lytic area of tibial diaphysis. A bone scintigraphy including a SPECT-CT study discloses a hot spot matching with roentgenographic lytic focus. MRI exhibits heterogeneous signal abnormalities. A bone biopsy is decided. Pathological findings are consistent with a non-ossifying fibroma (NOF). From this case report, pathophysiology, pathology, natural history, multimodality imaging and differential diagnosis of NOF are sketched out.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Keywords*: Non-ossifying fibroma; Osseous pseudo-tumour; X-rays; MRI; Bone scintigraphy; Bone SPECT-CT; PET; FDG; Pathology

---

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : frederic.paycha@wanadoo.fr (F. Paycha).

## 1. Observation clinique

Un patient de 23 ans consulte pour des douleurs mécaniques du tibia droit apparues depuis 1 an et demi. À l'examen clinique, on note une petite voussure sur le versant externe du tibia droit à l'union des deux moitiés. Il n'y a pas de signes généraux.

La radiographie montre une zone lytique intra-corticale mal délimitée de la diaphyse tibiale droite (Fig. 1). La scintigraphie osseuse aux (99mTc)-bisphosphonates met en évidence une hyperfixation focalisée sur le tibia droit à la phase osseuse, sans hypercaptation en phase précoce (Fig. 2). Il n'y a pas d'autre lésion hyperfixante sur le reste de l'examen scintigraphique. Sur la TEMP/TDM, l'hyperfixation correspond à une zone de résorption intra-corticale (Fig. 3). L'IRM montre un aspect hétérogène avec une plage lésionnelle en d'hyposignal T1 et T2 (Fig. 4). Devant un syndrome douloureux osseux chronique, une ostéolyse corticale mal limitée de la diaphyse tibiale, et une hétérogénéité des images en séquence T1 et T2 à l'IRM, il est décidé de réaliser une biopsie osseuse. L'image anatomopathologique est celle d'un fibrome non ossifiant (NOF) (Fig. 5).

## 2. Discussion

### 2.1. Le NOF : un diagnostic purement radiographique ?

Le diagnostic de NOF est classiquement décrit comme purement radiologique [1–5]. Ici, le cas clinique est atypique, à

commencer par le fait que le patient soit symptomatique. Nous sommes devant une lyse corticale hyperfixante symptomatique. La localisation diaphysaire de l'image lytique est également déroutante. Compte tenu de l'âge du patient et du syndrome de douleur osseuse, il est essentiel d'écartier en premier lieu un ostéome ostéoïde [1–5]. En scintigraphie, l'intensité modérée et l'absence de phase précoce positive ne sont pas typiques d'un ostéome ostéoïde. En IRM, il est difficile sur ce cas, du fait de la petite taille et de l'hétérogénéité de la lésion, d'éliminer la présence d'un nidus, mais l'absence du rehaussement après injection de gadolinium traduisant l'absence d'œdème ne corrobore pas ce diagnostic [1–5].

Une douleur osseuse chronique chez le jeune adulte, révélant une lésion ostéolytique solitaire du tibia de localisation diaphysaire doit également faire redouter un adamantinome [6].

## 3. Généralités sur le NOF

### 3.1. Nosologie

La classification de Caffey a inclus le NOF parmi les variantes de croissance des os [7]. À ce titre, cette lésion fibreuse bénigne appartient au groupe des pseudo-tumeurs.

La topographie corticale du NOF fait ranger cette lésion dans le groupe des tumeurs et pseudo-tumeurs de surface d'un os [8]. Les lésions pseudo-tumorales naissant à la surface d'un os respectent l'endoste, tout au moins au début. Les



Fig. 1. La radiographie montre une zone lytique intra-corticale mal délimitée du tibia droit.

*Spot view X-ray shows an eccentrically located cortically based lytic area with ill-defined border of right tibia.*

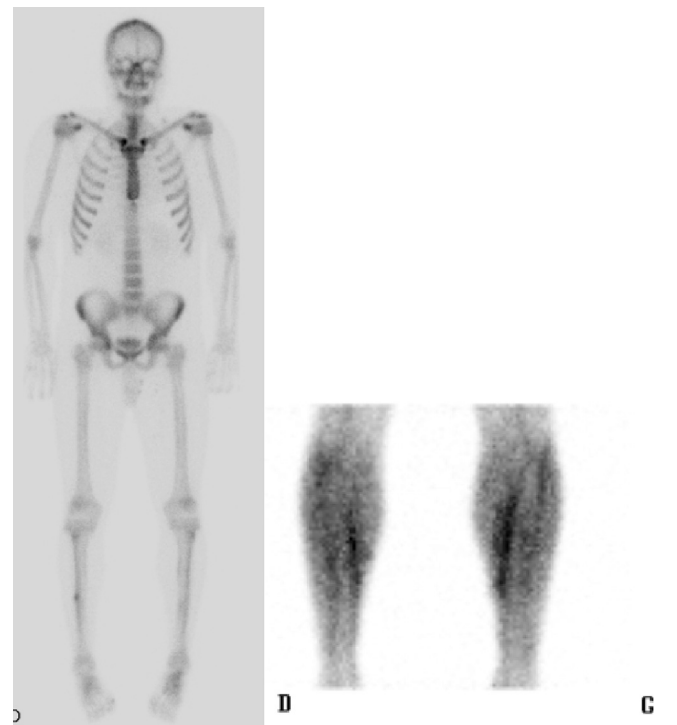


Fig. 2. La scintigraphie osseuse planaire met en évidence une hyperfixation de la lésion du tibia droit à la phase osseuse, sans hypercaptation en phase précoce. Il n'y a pas d'autre lésion hyperfixante sur le reste de l'examen.

*Planar bone scintigraphy evidences a hot spot of right tibial lesion on delayed image, without abnormality on blood pool image. There is no other hot spot on the remainder of the skeletal image.*

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4243784>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4243784>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)