



ELSEVIER

Reçu le :
24 janvier 2016
Accepté le :
22 juin 2016

Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Ostéome ostéoïde du corps de l'os zygomatique : à propos d'un cas et revue de la littérature

Osteoid osteoma of zygomatic bone: Case report and literature review

A. Depeyre^{a,c,*}, A. Brygo^a, X. Leroy^b, R. Gryselein^a, J. Ferri^a

^a Service de chirurgie maxillofaciale et stomatologie, hôpital Salengro, CHRU de Lille, avenue Émile-Laine, 59037 Lille cedex, France

^b Service d'anatomie pathologique, hôpital Salengro, CHRU de Lille, avenue Émile-Laine, 59037 Lille cedex, France

^c Service de chirurgie maxillofaciale et stomatologie, hôpital Estaing, CHU de Clermont-Ferrand, 1, place Lucie-Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand cedex 1, France

Summary

Introduction. Osteoid osteoma is a benign osseous tumor affecting mainly young men. Although it develops essentially in long bones, some cases occurring in face, mainly in mandible, were related. To our knowledge, only one single case was described in zygomatic bone.

Observation. A 71-year-old man consulted for a right periorbital pain evolving since months with night recrudescence. The pain was not relieved by standard analgesics. Clinical examination was strictly normal. CT scan showed a low-density bone lesion surrounded by a peripheral osseous condensation line within the body of the right zygoma with intense uptake at bone scintigraphy. The patient benefited from surgical excision of the lesion. Pain stopped immediately. Histological examination assessed an osteoid osteoma.

Discussion. Zygomatic localization and late occurrence are rare concerning osteoid osteomas. Many ways of management have been reported but surgical excision remains the gold standard.

© 2016 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Osteoid osteoma, Bone tissue neoplasm, Zygomatic arch

Résumé

Introduction. L'ostéome ostéoïde est une tumeur osseuse bénigne touchant majoritairement les hommes jeunes. Bien qu'il se développe essentiellement au niveau des os longs, quelques cas ont été recensés au niveau du massif facial, essentiellement à la mandibule. Un seul cas a été décrit au niveau de l'os zygomatique à notre connaissance.

Observation. Un homme de 71 ans a consulté pour des douleurs périorbitaires droites évoluant depuis des mois avec une recrudescence nocturne. Celles-ci n'étaient calmées par aucun antalgique classique. L'examen clinique était strictement normal. L'examen tomographique mettait en évidence une lésion osseuse hypodense entourée par un liseré d'ostéocondensation au sein du corps du zygoma droit, hyperfixant à la scintigraphie osseuse. Le patient a bénéficié d'une exérèse chirurgicale de la lésion. Les douleurs ont cessé dès la fin de l'intervention. L'examen anatomopathologique a diagnostiqué un ostéome ostéoïde.

Discussion. La localisation zygomatique et l'âge de survenue tardif sont exceptionnels pour un ostéome ostéoïde. De nombreux traitements ont été proposés mais l'exérèse chirurgicale demeure le traitement de référence.

© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Ostéome ostéoïde, Néoplasme du tissu osseux, Os zygomatique

* Auteur correspondant.

e-mail : depeyrenaud@gmail.com (A. Depeyre).

Introduction

L'ostéome ostéoïde est une tumeur ostéoformatrice bénigne, décrite pour la première fois par Jaffe en 1935 [1]. Il représente 12 % des tumeurs osseuses bénignes et atteint préférentiellement les sujets jeunes de sexe masculin, entre 10 et 20 ans [2]. Il peut se développer au sein de tous les os du squelette, néanmoins, il se situe majoritairement dans les os longs des extrémités [3]. Si une vingtaine de cas d'ostéome ostéoïde a été décrite au niveau de la mâchoire [4], à notre connaissance, seulement un cas a été rapporté au niveau du complexe zygomatiko-orbitaire [5]. Nous rapportons ici le cas d'un ostéome ostéoïde du corps de l'os zygomatique d'un sujet masculin de 71 ans, traité par exérèse chirurgicale.

Présentation du cas

Un patient de 71 ans a été adressé dans notre service de chirurgie maxillofaciale pour avis concernant une douleur sous orbitaire droite particulièrement invalidante et évoluant depuis plusieurs mois. Il présentait de nombreux antécédents médicaux et chirurgicaux parmi lesquels étaient retenus : une maladie de Raynaud, un glaucome à angle ouvert, un zona ophtalmique gauche, une névralgie du trijumeau dans le territoire du V2 gauche et une notion d'intolérance aux anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens (AINS). Son traitement habituel comprenait : lercanidipine, indapamide et zolpidiem.

L'anamnèse trouvait une douleur continue au niveau de la pommette droite évoluant depuis plusieurs mois, le patient décrivait une recrudescence nocturne de la douleur, insomniante non soulagée par des antalgiques de palier 1 ou 2.

Aucun passé traumatologique, ni aucune notion infectieuse n'était rapportée à l'interrogatoire. Aucun signe fonctionnel, en particulier visuel, n'était retrouvé.

L'examen clinique était sans particularité, le patient ne présentait aucun signe clinique ophtalmologique. La palpation du cadre orbitaire ne mettait pas en évidence de lésion identifiable et ne déclenchait aucune douleur. L'examen neurologique, en particulier sur le plan de la sensibilité, était normal. Un examen tomодensitométrique du massif facial mettait en évidence une lésion bien délimitée de 13 × 9 mm hétérogène au sein du corps de l'os zygomatique gauche. Elle était constituée d'un liseré périphérique hyperdense, centrés sur une lésion hypodense de 4 mm de plus grand axe (fig. 1a, b). La scintigraphie montrait un foyer d'hyperfixation intense, au niveau du corps de l'os zygomatique droit. Le patient a été opéré sous anesthésie générale, la lésion a été abordée par voie sous ciliaire élargie dans les rides de la patte d'oie. L'exérèse du nidus a été réalisée et la cavité curetée. L'analyse histologique a révélé une lésion ostéoformatrice constituée d'amas de substance osseuse minéralisée au sein d'un tissu fibroconjonctif composé de cellules fusiformes étirées. Focalement, il y avait au sein d'une zone hypervascularisée, la présence d'une bordure de cellules ostéoblastiques sans atypies au contact des lamelles osseuses (fig. 2a). L'évolution postopératoire a été marquée par l'abolition des douleurs nocturnes insomniantes dès le soir de l'intervention. À 1 mois, la cicatrice sous-ciliaire était très discrète et l'examen clinique ne montrait pas de signe de récidence.

Discussion

L'ostéome ostéoïde est une lésion relativement fréquente, représentant environ 1/8^e des tumeurs osseuses bénignes.

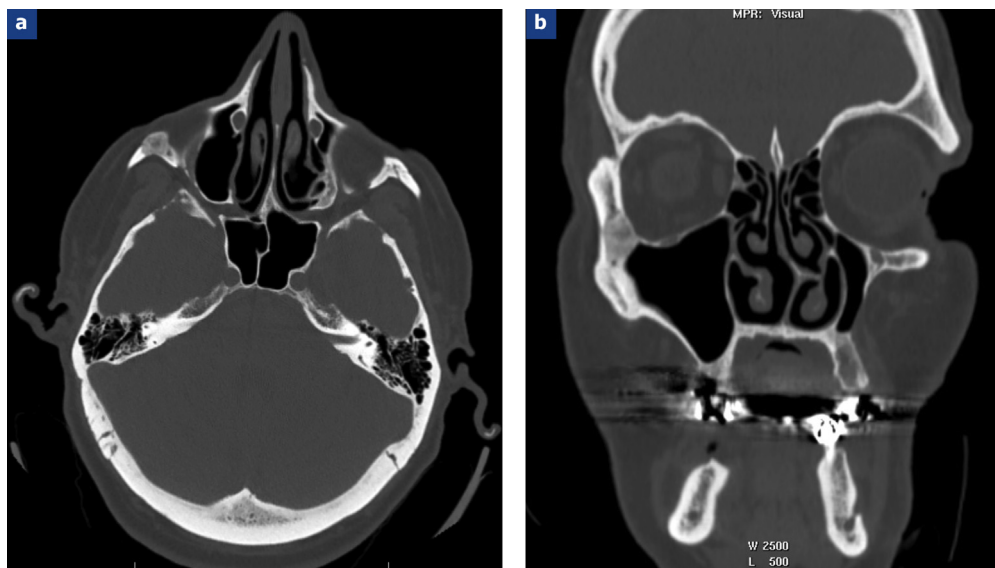


Figure 1. a et b : images TDM en coupe axiale et coronale montrant une lésion bien délimitée constituée d'une lésion centrale hypodense correspondant au nidus et d'un liseré périphérique hyperdense.

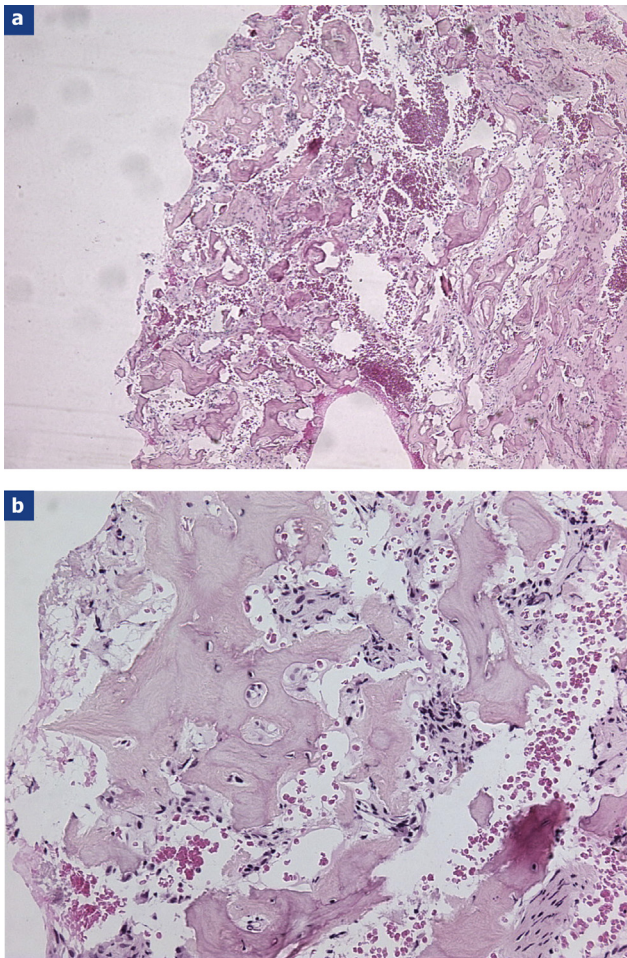


Figure 2. a : coupe de microscopie optique, grossissement $\times 50$, en coloration HES, mettant en évidence une lésion de type ostéoformatrice ; b : coupe de microscopie optique, grossissement $\times 200$, en coloration HES, permettant de visualiser des travées osseuses néoformées bordées d'ostéoblastes sans atypies, au sein d'un tissu richement vascularisé.

Son étiopathogénie est encore sujette à controverse. Pour certains auteurs, il s'agit d'une néoplasie et pour d'autres d'une lésion d'origine inflammatoire ou encore liée à un processus de régénération osseuse anarchique. Ses caractéristiques cliniques, radiographiques et histologiques permettent d'en faire le diagnostic avec certitude [3]. Il siège préférentiellement dans les os longs des patients jeunes avec une prédominance masculine marquée [2]. De fait, l'âge de découverte de notre patient est très surprenant et pose la question d'une éventuelle latence de la lésion ou d'une évolution à bas bruit infraclinique.

Par ailleurs, les localisations faciales sont rares et bien qu'une vingtaine de cas ait été décrite au niveau maxillo-mandibulaire [4], à notre connaissance, seulement un a été rapporté au niveau de l'os zygomatique [5].

L'ostéome ostéoïde se présente radiologiquement sous la forme d'une lésion hétérogène, arrondie, mesurant moins de 2 cm de diamètre. Il est caractérisé par la présence

d'une lésion centrale appelée nidus, radioclaire, entourée d'une zone périphérique de radiosclérose. Sur le plan histologique, il s'agit d'une tumeur de la lignée ostéoblastique, composée de substance ostéoïde et de nombreux ostéoblastes géants, baignant dans un stroma fibrovasculaire. D'après la classification de Edeiken et al., les formes de localisation corticales sont de loin les plus fréquentes devant les formes dites médullaires et sous-périostées [6].

Il convient de ne pas confondre ostéome ostéoïde et ostéoblastome, entité proche sur le plan histopathologique, mais macroscopiquement plus volumineuse (> 2 cm) et au profil évolutif plus agressif [3].

La triade clinique pathognomonique associe de manière relativement constante, une douleur intense insomniante, à recrudescence nocturne, calmée par les anti-inflammatoires non stéroïdiens et l'aspirine ; une ostéocondensation avec ou sans nidus central à la radiographie standard ; et une hyperfixation marquée à la scintigraphie au temps vasculaire précoce [7]. Une fois l'exérèse du nidus actif réalisée, les douleurs cessent rapidement. Dans notre cas, l'efficacité du traitement chirurgical fut spectaculaire, la douleur préopératoire était cotée à 5/10 malgré des antalgiques de paliers 1 et 2 ; et le soir même de l'intervention, celle-ci était définitivement abolie.

Le traitement de référence demeure l'exérèse chirurgicale à ciel ouvert. Celle-ci peut être plus ou moins élargie selon les données anatomiques, mais doit impérativement emporter en totalité le nidus. Il est classique de trouver opposées dans la littérature, les techniques d'exérèse chirurgicale classiques dites à ciel ouvert et les techniques d'exérèse dites mini-invasives. Celles-ci font référence à l'utilisation par voie scannoguidée de la radiofréquence bipolaire mais aussi des techniques d'exérèse percutanée au trocard ou à la tréphine. Plusieurs études ont opposé ces différentes techniques pour des taux de succès quasiment comparables au niveau des os longs et des vertèbres [8,9]. En revanche, aucun cas n'a été rapporté d'utilisation de ces techniques mini-invasives au niveau du massif facial, c'est pourquoi dans notre cas, nous avons opté pour une technique classique. La voie sous-ciliaire élargie est une voie d'abord classique en chirurgie orbito-palpébrale, à la rançon cicatricielle minimale et permettant un abord du plancher de l'orbite, du rebord infra-orbitaire et du pilier frontozygomatique largement suffisant pour notre cas. Enfin, notons que certains auteurs préconisent un traitement symptomatique par AINS et une surveillance de l'ostéome ostéoïde. Dans notre cas, le patient présentait une intolérance aux AINS, rendant leur utilisation impossible et de fait, ne permettant de traiter la douleur que de manière partielle. Cette option thérapeutique n'était donc pas envisageable. En outre, chez le patient pouvant supporter des AINS, la guérison se fait au prix de longues périodes douloureuses endurées, rendant à notre avis, l'abstention thérapeutique chirurgicale inacceptable [10].

En conclusion, l'ostéome ostéoïde est une tumeur osseuse bénigne et fréquente au niveau des os longs des sujets jeunes.

Sa localisation au niveau du massif facial est plus rare et seulement un cas au niveau de l'os zygomatique a été publié. Il s'agit du second cas. Alors que sa présentation clinicoradiologique est typique, sa découverte chez un homme âgé de 71 ans n'est pas classique. En l'absence de données concernant l'utilisation des techniques mini-invasives au niveau du massif facial, nous avons opté pour une technique classique d'exérèse à ciel ouvert, technique de référence.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Jaffe HL. "Osteoid osteoma": a benign osteoblastic tumor composed of osteoid and atypical bone. *Arch Surg* 1935;31:709.
- [2] Kransdorf MJ, Stull MA, Gilkey FW, Moser Jr RP. Osteoid osteoma. *Radiographics* 1991;11:671-96.
- [3] Healey JH, Ghelman B. Osteoid osteoma and osteoblastoma. Current concepts and recent advances. *Clin Orthop Relat Res* 1986;76-85.
- [4] An SY, Shin HI, Choi KS, Park JW, Kim YG, Benavides E, et al. Unusual osteoid osteoma of the mandible: report of case and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2013;116:134-40.
- [5] Mintz S, Velez I. Osteoid osteoma of the zygoma: report of an unusual case. *J Am Dent Assoc* 1939 2007;138:793-7.
- [6] Edeiken J, DePalma AF, Hodes PJ. Osteoid osteoma (roentgenographic emphasis). *Clin Orthop Relat Res* 1966;49:201-6.
- [7] Lakouichmi M, Dausse T, Kamal D, Jammet P, Delaval C, Goudot P, et al. Un nidus douloureux. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2008;109:341-2.
- [8] Cantwell CP, Obyrne J, Eustace S. Current trends in treatment of osteoid osteoma with an emphasis on radiofrequency ablation. *Eur Radiol* 2004;14:607-17.
- [9] Knudsen M, Riishede A, Lücke A, Gelineck J, Keller J, Baad-Hansen T. Computed tomography-guided radiofrequency ablation is a safe and effective treatment of osteoid osteoma located outside the spine. *Dan Med J* 2015;62(5) [pii: A5059].
- [10] Aiba H, et al. Conservative treatment for patients with osteoid osteoma: a case series. *Anticancer Res* 2014;34:3721-5.