

CASE REPORT

## LOCALISATION PARACOSTALE D'UN OSTEOSARCOME PARAOSTEAL (JUXTACORTICAL). À PROPOS D'UN CAS

Fewou A<sup>1</sup>, Gasser B<sup>2</sup>, Ngondé S C, My-Geng C<sup>4</sup>, Morand G<sup>5</sup>, Essame Oyono J.L<sup>6</sup>, Emile P<sup>7</sup>

1) Laboratoire d' Anatomie pathologie, Hôpital Laquintinie Douala

2) Institut de pathologie, Fac Médecine Strasbourg

3) Service de Radiologie, Hôpital Général Douala

4) Service de Radiologie-pavillon Clovis Vincent-1, place de l'Hôpital -67091 Strasbourg

5) Service de chirurgie thoracique-1 place de l'Hôpital -67091 Strasbourg

6) Laboratoire d'Anatomie pathologie, CHU /IMPM /Centre Pasteur Yaoundé

7) Institut de Pathologie, Institut de Pathologie, Strasbourg

**RESUME :** Dans cet article, les auteurs font la mise au point sur les difficultés diagnostiques et les potentialités évolutives de cette tumeur osseuse rare

**ABSTRACT:** In this article, the authors highlight the difficulties of diagnosis and the outcome of this rare bone tumor

### INTRODUCTION

Décrit pour la 1<sup>ère</sup> fois par Geschickter et Copelan en 1951(1), l'ostéosarcome paraostéal est une tumeur osseuse rare, de malignité peu évolutive. Elle débute à la surface de l'os et possède des caractéristiques épidémiologiques, radiologiques et histologiques distinctes (2,3)

### OBSERVATION

Le cas décrit dans ce travail concerne un jeune homme de 24 ans chez lequel la radiographie thoracique systématique à l'Hôpital Laquintinie de Douala en 1998 permettait de dépister un nodule oblong de 5cm de grand axe radio-opaque, accolé au bord supérieur de l'arc postérieur de la 9<sup>e</sup> côte droite. Le patient a été adressé aux hospices civils de Strasbourg dans le service de chirurgie thoracique dans lequel il avait bénéficié d'une prise en charge multidisciplinaire. En 2007, soit dix ans après l'exérèse initiale, un examen de contrôle avait mis en évidence une opacité pariétale thoracique dense, aux confins du premier foyer opératoire et appendue au niveau du bord inférieur de la 8<sup>e</sup> côte droite mesurant 1 cm de diamètre.

L'aspect radiologique des deux lésions était superposable, constitué d'un os compact, sans

anomalies cytologiques majeures, cerné par un liseré fibreux se prolongeant dans le périoste. L'aspect macroscopique (photo A : comme quelque chose posé sur l'os) et histologique (photo B) avaient fait retenir le diagnostic d'ostéosarcome paraostéal.

### DISCUSSION

L'ostéosarcome paraostéal constitue une entité osseuse rare représentant 1 à 6 % de l'ensemble des ostéosarcomes touchant plus souvent l'adolescent et le l'adulte jeune avec une moyenne d'âge supérieure à celle de l'ostéosarcome classique (3).

Cette observation nous paraît intéressante par deux points essentiels :

En premier lieu, le siège relativement inhabituel de la lésion ici rapportée puisque moins de 5 cas sont retrouvés dans la littérature (2). En effet, l'ostéosarcome paraostéal a pour siège préférentiel et ce dans plus de 70 % des cas, l'extrémité distale du fémur.

En second lieu, la récurrence extrêmement tardive de cette lésion. D'une manière générale, l'ostéosarcome paraostéal est reconnu d'agressivité locale avec un risque de récurrence presque nul en cas d'exérèse large dans les formes bien différenciées, c'est-à-dire de faible grade ( grade 1) comme le cas décrit dans ce travail. Ce risque de récurrence est d'environ 50 % en cas d'exérèse de la tumeur et non d'exérèse large et ce dans un délai de 5 mois à 7 ans (3,4).

Nous n'avons observé que ce cas unique parmi les 186 cas de tumeurs osseuses malignes dont 117 ostéosarcomes répertoriés en 20 ans dans la ville de Douala, soit une prévalence de 0,8 %, ce chiffre se rapproche de celui d'autres auteurs (2,3,4,5,6).

Certains auteurs insistent sur la difficulté du diagnostic différentiel avec de nombreuses lésions tumorales bénignes ou malignes ou encore pseudo-tumorales comme la myosite ossifiante, le cal fracturaire, l'hématome ossifié, l'ostéochondrome (5,6).

**CONCLUSION :** L'ostéosarcome paraostéal est une tumeur osseuse rare, de pronostic relativement bon. Ses aspects radiologiques et histologiques peuvent prêter à confusion avec de nombreuses lésions tumorales et pseudotumorales. Seule la confrontation des données cliniques, épidémiologiques, radiologiques et histologiques conduit à établir le diagnostic. Le traitement consiste en principe en une résection tumorale en bloc.

**REFERENCES**

- 1) **Geschickter CF, Copelan Murray M.** Paraosteal osteoma of bone. *Ann. Surg*, 133 (6): 790 – 806, 1951..
- 2) **Huebert HT:** Osteocarcoma in Manitoba: Review of 95 patients. *Can J. Surg*: 22, 564-672, 1979.
- 3) **Coindre JM, Laisne M, Tramond P, Bui M, Trojani B, Meuge-Moraw C.** Mise au pont sur les ostéosarcomes justacorticaux : Revue de la littérature de trois cas. *Arch. Anat. Cytol Path.*: 30, No 1, 56-61, 1982.
- 4) **Enneking WF, Springfield D, Gross M.** The surgical treatment of paraostéal osteosarcoma in long bones. *J Bone Joint Surg* 67-A: 125- 134, 1985.
- 5) **Smid M, Nigrou K, Sassi S, Ben Ghachem M.** Ostéosarcome justacortical du radius chez un enfant. *Acta Orhopedica Belgica* 68 (4): 403 -407, 2002.
- 6) **Drinkuth S, Segmuller H, Furrer M, Von Wartburg U.** Parosteal osteosarcoma of the distal ulna. A rare tumour at a rare location: A case report. *Chirurgie de la main* 22 (2) : 104 -108, 2003.



Figure 1A : Aspect macroscopique de l'ostéosarcome Paraostéal : masse tumorale séparée de la corticale osseuse par une lamelle de fibrose (quelque chose posée sur l'os)

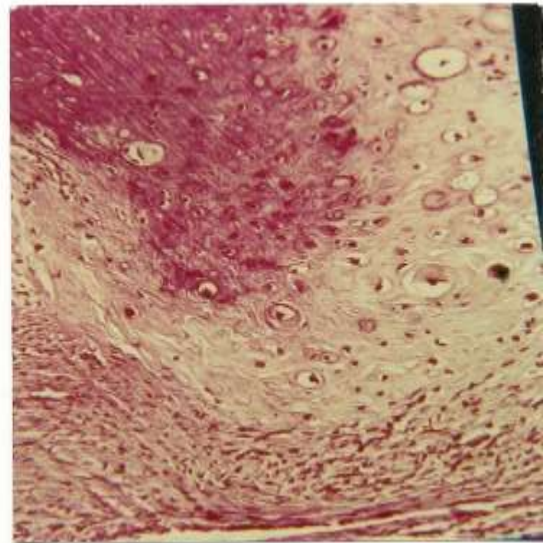


Figure 1B : Aspect histologique de l'ostéosarcome paraostéal bien différencié (grade 1)