

LETTERS TO THE EDITOR — LETTRES À LA RÉDACTION

We read with interest the article by DE SMET *et al.* **An unusual localisation and presentation of an osteoid osteoma** published in *Acta Orthopaedica Belgica*, 1997, 63, 128-131.

We want to make some comments. We are surprised that isotopic bone scanning was not performed. Scintigraphy is non specific but very valuable because of its high sensitivity.

We have seen six cases of osteoid osteoma of the carpal bones and we think that plain x ray film, isotopic bone scan and thin slices CT are usually able to make the diagnosis of osteoid osteoma. MRI did not provide additional information when it was performed.

CT is more valuable than MRI. Because of a marked osseous and sometimes soft tissue edema, MRI can present a very alarming picture and be less helpful than CT in management. The authors have failed to mention the article of Goldman (1) on 4 cases of osteoid osteoma of the femoral neck evaluated with isotopic bone scanning with Tc-99 m MDP, CT and MR imaging. Isotopic bone scans were performed in three cases (1) and provided in three cases useful guidance for planning the CT examination.

To summarize, we are very surprised that a case report of osteoid osteoma of the carpal bone was published without any isotopic bone scanning.

Isotopic bone scanning has proved useful in the identification of osteoid osteoma in many reports between 1975 and 1990, the most up to date article being the report by Bauer *et al.* (2). In the literature, only one isotopic study was reported to have completely false negative findings for an osteoid osteoma.

REFERENCES

1. Goldman A. B., Schneider R., Pavlov H. Osteoid osteomas of the femoral neck : report of four cases evaluated with isotopic bone scanning, CT and MR Imaging. *Radiology*, 1993, 186, 227-232.
2. Bauer T. W., Zehr R. J., Belhobek G. H., Marks K. E. Juxta-articular osteoid osteoma. *Am. J. Surg. Pathol.*, 1991, 15, 381-385.
3. Fehring T. K., Green N. E. Negative radionuclide bone scan in osteoid osteoma : a case report. *Clin. Orthop.*, 1984, 245-249.

Christine Hoeffel, Jean-Claude Hoeffel

Jean-Claude Hoeffel M.D., Christine Hoeffel M.D., Service de Radiologie, Hôpital Jeanne d'Arc, B.P. 303, F-54201 Toul Cedex, France.

REPLY TO DR. HOEFFEL

Dear Dr. Hoeffel,

The decision not to perform a bone scintigraphy in the above mentioned patient has been discussed before the operative exploration. Indeed, except for the one case you mentioned, scintigraphy has a high sensitivity.

However in this patient, a full blown synovitis was present and in such cases scintigraphy loses its sensitivity. The clinical presentation was so spectacular that a high uptake was expected and that it anyway should not have influenced the management of this patient.

Sincerely yours,

L. De Smet

Department of Orthopaedic Surgery, U.Z. Pellenberg, Weligerveld 1, B-3212 Pellenberg, Belgium.

Dear Editor,

We read with interest the article of LEVI *et al.* on **Dysplasia epiphysealis hemimelica (Trevor's disease) of the distal radius** published in *Acta Orthopaedica Belgica*, 1998, 64, 105-106.

We have seen the case of a 6-year-old girl who had an enlarged lower ulnar epiphysis. The height of the distal ulnar epiphysis was twice that of the distal radial epiphysis and the width of the epiphysis overlapped that of the ulnar diaphysis. The

metaphysis was dense and somewhat irregular and the right ulna was slightly shorter than the left. There was no abnormality of the carpal bones. This isolated epiphysomegaly was typical of dysplasia epiphysealis. The metaphysis was slightly irregular as in the case of Connor *et al.* (3).

A similar case was reported by Buckwalter *et al.* (2) in a 3-year-old boy with multiple areas of ossification adjacent to the distal left ulna whereas the distal right ulnar epiphysis was unossified. This was associated with shortening of both bones of the right forearm, bowing of the ulna and abnormal development of the lunate.

Several cases of Trevor's disease of the radial border of the upper limb have been described which are not mentioned by the authors (1, 4, 5).

REFERENCES

1. Bigliani L. U., Neer C. S., Parisien M., Johnston A. D. Dysplasia epiphysealis hemimelica of the scapula. *J. Bone Joint Surg.*, 1980, 62-A, 292-294.
2. Buckwalter J. A., El-Khoury G. Y., Flatt A. E. Dysplasia epiphysealis hemimelica of the ulna. *Clin. Orthop.*, 1978, 135, 36-38.
3. Connor J. M., Hora F. T., Beighton P. Dysplasia epiphysealis hemimelica. A clinical and genetic study. *J. Bone Joint Surg.*, 1983, 65-B, 350-354.
4. Hensinger R. N., Cowell H. R., Ramsey P. L., Leopold R. G. Familial dysplasia epiphysealis hemimelica associated with chondromas and osteochondromas. Report of a kindred with variable presentations. *J. Bone Joint Surg.*, 1974, 56-A, 1513-1516.
5. Saxton H. M., Wilkinson J. A. Hemimelic skeletal dysplasia. *J. Bone Joint Surg.*, 1964, 46-B, 608-613.

C. Hoeffel, J.-C. Hoeffel

Jean-Claude Hoeffel M.D., Christine Hoeffel M.D., Service de Radiologie, Hôpital Jeanne d'Arc, B.P. 303, F-54201 Toul Cedex, France.

Nous avons lu avec intérêt l'article de DUS-SAUSSOIS (*Acta Orthopaedica Belgica*, 1998, 64, 1, 88-91) concernant un homme de 23 ans chez lequel un ostéome ostéoïde de l'omoplate, dont le diagnostic apparemment certain a été fait par

l'imagerie, a été guéri par traitement percutané par laser. Le traitement percutané par laser est effectivement une technique attrayante dont Gangi a une grande expérience puisqu'il a traité à ce jour 46 malades. Il faut toutefois mentionner un petit inconvénient de cette technique, à savoir l'absence de preuve histologique, de sorte que l'on ne peut pas être certain du diagnostic dans les cas douteux où le diagnostic différentiel peut se poser avec une ostéite ou un granulome éosinophile. Nous pensons qu'il faut le signaler dans un article complet comme celui de Dussaussois car c'est un argument avancé par les détracteurs de la méthode alors que dans beaucoup de cas, comme dans celui de Dussaussois, le diagnostic est certain grâce à la clinique et à la scintigraphie.

Une autre limitation de la méthode est qu'elle ne peut pas être effectuée sur tous les ostéomes ostéoïdes en particulier quand les os sont proches des plans cutanés comme par exemple au carpe.

C. Hoeffel, C. Chelle

Square Mignot, F-75016 Paris, France.

RÉPONSE AUX DR. HOEFFEL ET CHELLE

Nous vous remercions de l'attention que vous avez manifesté à l'égard de notre case report.

Effectivement, l'absence de preuve histologique représente un inconvénient à cette technique. Il faut préciser que le manque de matériel est lié à l'utilisation d'aiguilles autoforantes, lesquelles sont parfois indispensables pour le passage manuel de la corticale osseuse. Le matériel ainsi obtenu s'avère insuffisant aussi bien en qualité qu'en quantité. Néanmoins, chaque fois que possible nous avons utilisé (cas ultérieurs) un système coaxial à biopsie osseuse permettant d'obtenir des prélèvements de bonne qualité et offrant la possibilité de placer la fibre laser.

Certaines localisations sont une limitante pour la photocoagulation par laser comme un contact cutané, vasculaire ou nerveux. Une récente étude (Gangi *et al.*, *Radiology*, 1997, 203, 843) a démontré la relation entre l'énergie appliquée et

l'étendue de la nécrose induite. Une bonne connaissance de la technique et de ces paramètres autorise un contrôle très précis des territoires ainsi traités.

L. Dussaussois

L. Dussaussois, Service de Radiologie, Hôpital Erasme,
808 route de Lennik, B-1070 Bruxelles, Belgium.
