



LETTRE / Ostéoarticulaire

Ostéomyélite multifocale chronique récidivante : à propos d'un cas chez l'adulte

Chronic recurrent multifocal osteomyelitis: A case report in adult

G. Ssi-Yan-Kai^{a,*}, N. Brun^b, K. Hamida^a,
V. Marson^c, C.-S. Castelain^c, F. Marson^c

^a Service de radiologie, centre hospitalier Jacques-Puel, 12000 Rodez, France

^b Service de médecine interne, centre hospitalier Jacques-Puel, 12000 Rodez, France

^c Service d'anatomie-pathologie, centre hospitalier Jacques-Puel, 12000 Rodez, France

MOTS CLÉS

Ostéomyélite multifocale chronique récidivante ;
Sapho ;
IRM

KEYWORDS

Chronic recurrent multifocal osteomyelitis;
SAPHO;
MRI

Initialement décrite en 1997 chez l'adulte par Shilling et Schweden [1], l'ostéomyélite multifocale chronique récidivante (OMCR) était jusqu'à lors été considérée comme une pathologie osseuse inflammatoire de l'enfant et de l'adolescent, affectant principalement le sexe féminin. Nous rapportons le cas original d'une OMCR chez un homme d'une cinquantaine d'années, présentant une symptomatologie douloureuse initiale unifocale de révélation tardive et évoluant sur un mode intermittent.

Observation

M. F., âgé de 48 ans, nous est adressé en consultation en septembre 2009, dans le service de médecine interne de notre hôpital, pour bilan de douleurs essentiellement sternales, d'horaire inflammatoire, évoluant sous forme de crises de plus en plus fréquentes. L'histoire commence en début de cette année par des douleurs sternales, lancinantes, parfois constrictives, plus ou moins transfixiantes et évoluant par accès d'environ deux à trois crises par jour. Des douleurs costales sont parfois décrites avec sensation de courbatures générales.

À l'examen clinique, on reproduit nettement la douleur à un point sternal précis à la jonction tiers inférieur-tiers moyen. Il n'y a pas d'autre douleur articulaire nette, notamment pas d'élément en faveur d'une sacroiliite. L'examen cutané n'objective pas de pustulose palmo-plantaire.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gusykh@hotmail.fr (G. Ssi-Yan-Kai).

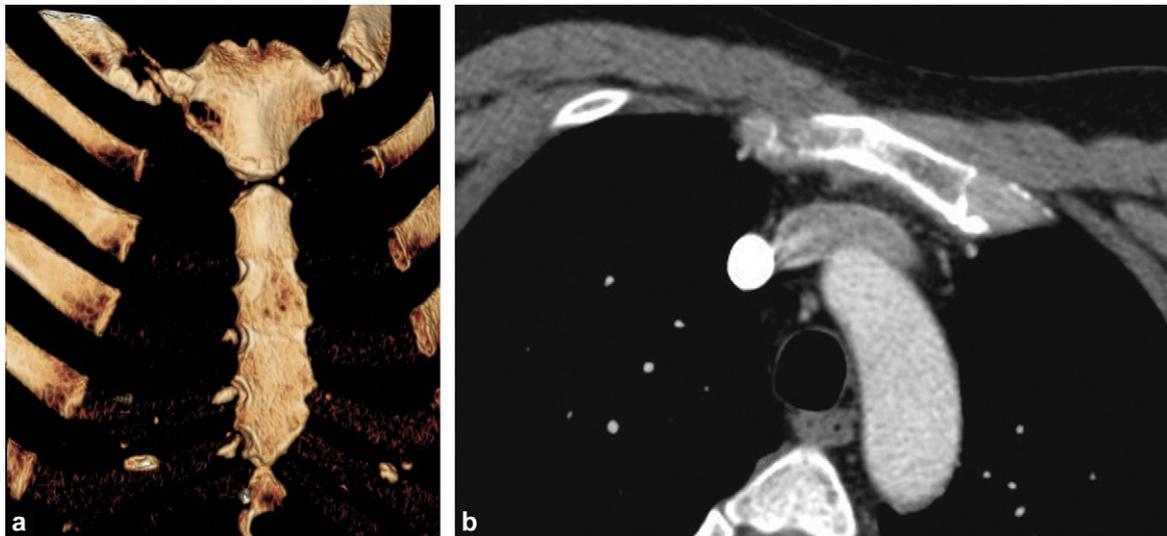


Figure 1. TDM thoraco-abdomino-pelvien centrée sur le sternum : a : reconstruction VRT ; b : coupe axiale transverse. Érosion corticale associée à une lacune du bord droit du manubrium sternal.

La seule particularité du bilan biologique est l'existence d'un syndrome inflammatoire avec des fluctuations très importantes sur quelques jours, la protéine C-réactive passant de 200 mg/L à 20 mg/L en trois jours. Un bilan complet cardiologique permet de dédouaner toute pathologie coronarienne. Les examens radiographiques standard sont sans particularité.

Le scanner thoraco-abdomino-pelvien ne montre qu'une lacune en regard du bord droit du manubrium sternal associée à une rupture corticale, avec respect de la graisse rétrosternale et des tissus sous-cutanés pré-sternaux (Fig. 1).

L'IRM pelvi-rachidienne met en évidence des lésions osseuses disséminées, apparaissant en hyposignal T1 et en hypersignal T2, en particulier sur la séquence T2STIR avec saturation de graisse (Fig. 2). Elles intéressent la quasi-totalité des corps vertébraux ainsi que le bassin de part et d'autre des articulations sacro-iliaques (qui apparaissent sans particularité sur le scanner antérieur). Ces lésions sont confirmées au TEP-scan avec des fixations osseuses disséminées sans anomalie notable en projection des aires viscérales et ganglionnaires.

Devant l'absence de lésion primitive évidente, deux biopsies osseuses ont été réalisées sur l'aile iliaque gauche, sous contrôle scanographique, guidées par les données morphologiques IRM (Fig. 3). L'étude anatomopathologique ne mettait pas en évidence de cellule tumorale de type carcinomateuse ou lymphomateuse. Il existait surtout une ostéosclérose avec des travées osseuses denses. La biopsie ostéoméduillaire réalisée par méthode classique n'a également pas objectivé d'élément en faveur d'une pathologie lymphomateuse. La moelle est hyperplasique avec des troubles de maturation non spécifique des trois lignées. Sont particulièrement représentées les lignées granuleuses et mégacaryocytaires. Dans cette dernière, on observe des éléments très dystrophiques, parfois de grande taille ayant parfois tendance à se regrouper en amas (Fig. 4). Les immunomarquages demandés montrent une population lymphoïde d'allure réactionnelle sous forme de nodules panachés B et T.

L'évolution clinique est satisfaisante suite à la mise en place du traitement par anti-inflammatoires non stéroïdiens et injections séquentielles de biphosphonates.

Une nouvelle poussée douloureuse au niveau sternal et lombaire bas est survenue un mois plus tard après la première hospitalisation. Les symptômes se sont déclarés après plusieurs heures de trajet en voiture. Le bilan biologique inflammatoire s'est temporairement élevé. Aucun examen d'imagerie de surveillance n'a été préconisé.

Le diagnostic retenu était celui d'ostéomyélite multifocale aseptique devant ces poussées douloureuses osseuses, notamment sternales, par leur caractéristiques

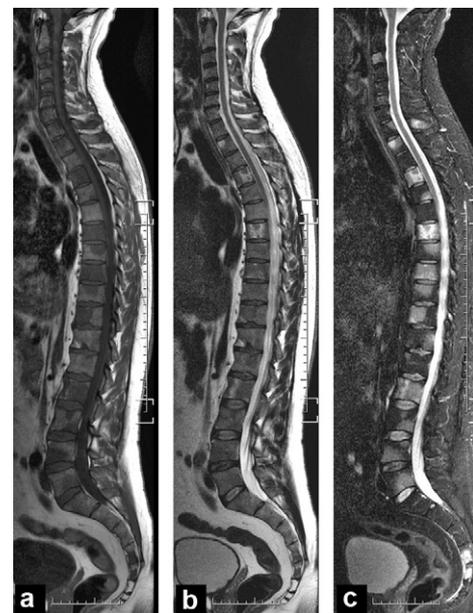


Figure 2. IRM pan-rachidienne, coupes sagittales en séquences pondérées T1 (a), T2 (b) et T2STIR (c). Anomalies de signal rachidiennes diffuses en hyposignal T1, hypersignal T2 et T2STIR, en rapport avec un « œdème » médullaire.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4234785>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4234785>

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