

Douleur de la cuisse gauche chez un adulte

A thigh pain in an adult

Osman W., Ben Maitigue M., Boughammoura H., Nawar N., Ben Ayeche M.L.
Service d'Orthopédie et Traumatologie. Hôpital Sahloul. Sousse – Tunisie.

CORRESPONDANCE : Dr. Walid OSMAN

Service d'Orthopédie Traumatologie – Hôpital Sahloul, Route ceinture, 4054 Sousse, Tunisie.

E-mail : osman_walid1@yahoo.fr

I. OBSERVATION

Patient de 52 ans, sans antécédents pathologiques, a consulté pour une douleur de la cuisse gauche de type mixte évoluant depuis 2 semaines dans un contexte d'apyrexie et sans altération de l'état général. L'examen clinique a retrouvé un patient apyrétique, en bon état général, une douleur provoquée à la palpation de la face externe du tiers supérieur de la cuisse gauche, avec absence de masse palpable et de signes inflammatoires locaux. La mobilité articulaire était normale. Le reste de l'examen clinique était sans particularités. Le bilan biologique a trouvé une vitesse de sédimentation à 35mm à la première heure et de 50mm à la deuxième heure, une CRP à 10 mg/ml et une numération moyenne des globules blancs de 10000/mm³.

Des radiographies du fémur gauche de face et de profil (Figure 1) ont été réalisées, complétées par une scintigraphie osseuse (Figure 2) et par une IRM (Figure 3).



Fig 1 : La Radiographie standard du bassin montre une image lacunaire de la corticale du 1/3 supérieur du fémur gauche avec absence de réaction périostée.

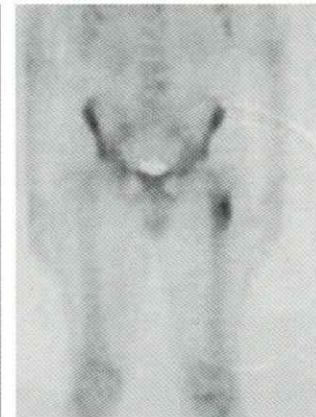


Fig 2 : scintigraphie osseuse montrant une hyperfixation localisée du 1/3 supérieur du fémur gauche.



Fig 3 : Aspect IRM coupes coronale et axiale montrant une lésion cortico-médullaire externe en hypoT1 prenant le contraste en fat-sat T1 avec infiltration des parties molles et rupture de la corticale.

Quel est votre diagnostic ???

Réponse : Ostéomyélite

II. DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE :

A- Interprétation de l'imagerie

La radiographie standard a mis en évidence une petite image lacunaire siégeant au niveau de la corticale externe du 1/3 supérieur du fémur gauche avec absence d'ostéosclérose péri-lésionnelle et de réaction périostée.

La scintigraphie osseuse a montré une hyperfixation localisée au niveau du tiers supérieur du fémur gauche.

L'IRM a objectivé un processus lytique intra-osseux en hyposignal T1, hypersignal T2 se réhaussant de façon intense après injection de Gadolinium avec rupture de la corticale et extension aux parties molles.

B- Discussion diagnostique

Devant cette lésion ostéolytique d'allure agressive du tiers supérieur du fémur gauche, découverte chez un adulte, on peut évoquer :

1. Une tumeur osseuse secondaire :

devant l'âge, le siège au niveau de l'extrémité supérieure du fémur et l'aspect radiologique.

2. Une tumeur osseuse maligne primitive :

Un chondrosarcome, devant l'âge et le siège diaphysaire mais reste peu probable vu l'absence de calcifications.

Un ostéosarcome ou un sarcome d'Ewing peu probable devant l'absence de réaction périostée et d'envahissement des parties molles. Par ailleurs, ces sarcomes se manifestent généralement à un âge plus jeune.

3. Une infection osseuse :

Une infection à germes spécifiques :

- Une tuberculose osseuse, mais l'interrogatoire du patient n'a pas révélé de notion de contagé tuberculeux ni de signes cliniques évocateurs de ce diagnostic (sueurs nocturnes, altération de l'état général).
- Une échinococcose osseuse, diagnostic peu probable devant l'absence de lésions vésiculaires sur l'IRM.

Une infection à germe banal dans sa forme subaiguë, bien que rare chez l'adulte, doit être évoquée de principe devant le début insidieux, l'absence de signes généraux et l'aspect radiologique.

C- Biopsie

Afin d'éviter toute surprise diagnostic, une biopsie chirurgicale par un abord crural externe a été faite. L'examen anatomo-pathologique a conclu à une ostéomyélite subaiguë (Figure 4) et le prélèvement bactériologique a isolé un staphylocoque aureus Méti-S. Le patient a eu dans un 2ème temps une excision et curetage de

la lésion et un drainage chirurgical associé à une antibiothérapie anti-staphylococcique par voie parentérale pendant 10 jours relayé par la voie orale pendant une durée totale de 6 semaines. Au recul de 1 an, l'évolution était favorable, avec disparition des douleurs et reconstruction de la lésion osseuse (Figure 5).

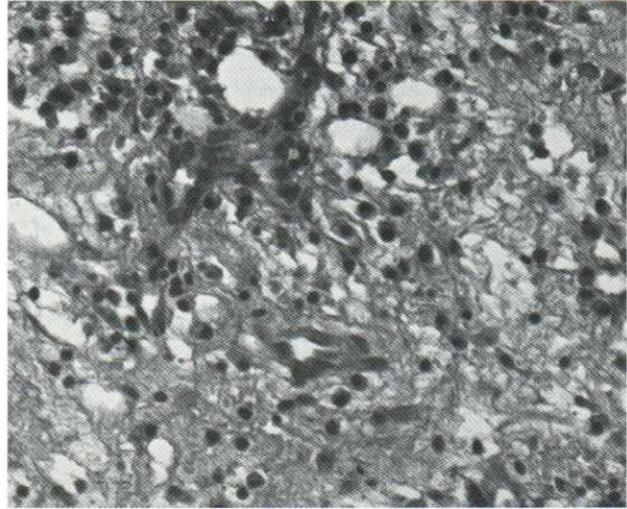


Fig 4 : Coupe anatomopathologique (HE x 100) montrant un infiltrat lympho-plasmocytaire évoquant un processus inflammatoire chronique.

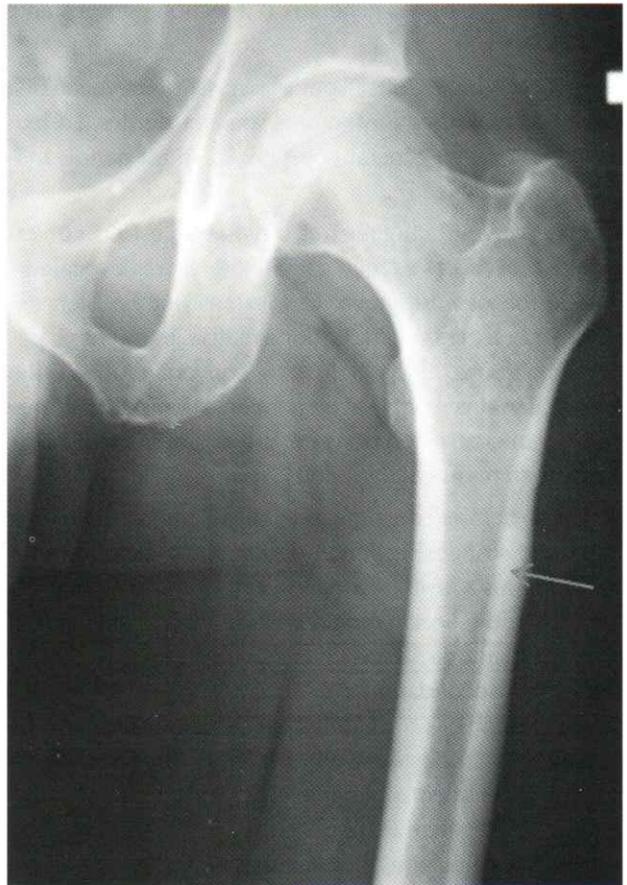


Fig 5 : la radiographie standard du fémur gauche de face montre une reconstruction osseuse au recul de 1 an.

III. COMMENTAIRES

L'ostéomyélite hémotogène de l'adulte est assez rare [1]. Elle est le plus souvent de type subaigu. Tous les auteurs insistent sur les difficultés de diagnostic différentiel avec les tumeurs osseuses [1-4].



La rareté des ostéomyélites chez l'adulte est liée à la vascularisation de l'os adulte. Après fusion du cartilage de croissance, il existe une communication entre le réseau épiphysaire et métaphysaire ce qui explique la plus grande fréquence des atteintes articulaires. D'autre part, la fibrose du périoste adulte et son adhérence à la corticale osseuse explique la rareté des abcès sous périostés [5].

La pathogénie de cette affection peut relever de 2 mécanismes :

- Soit une forme abâtardie d'ostéomyélite aiguë, à la suite d'un traitement insuffisant ou inadapté [6]
- Soit il s'agit d'une forme véritablement primitive en faveur d'une plus grande résistance de l'individu à l'infection ou une plus faible virulence du germe [7].

L'ostéomyélite subaiguë est une véritable entité bien définie avec des aspects cliniques et radiologiques. La latence clinique est un trait essentiel de l'affection et explique la difficulté diagnostic dans un contexte peu évocateur. Le diagnostic de cette affection est évoqué sur un faisceau d'arguments :

- Cliniquement, l'ostéomyélite subaiguë se distingue de la forme aiguë par son début insidieux supérieur à 2 semaines [8]. La douleur modérée est souvent le signe révélateur évoluant depuis moins de 2 semaines [9]. L'absence de signes généraux d'infection est constante [1, 8, 9].
- Les signes biologiques sont eux aussi peu évocateurs. Les hémocultures sont le plus souvent stériles. La leucocytose est en général normale. La VS est parfois modérément élevée [7, 9].
- Cette pauvreté clinique et biologique est en contradiction avec des aspects radiologiques très évocateurs de lésion osseuse grave. Ces lésions ont été bien décrites chez l'enfant [7]. L'adulte réalise les mêmes types radiologiques. Il s'agit le plus souvent d'une lésion métaphysaire lytique avec condensation périphérique [10]. La localisation pouvant être autant métaphysaire, diaphysaire ou épiphysaire [1].

Du fait de la rareté de l'infection chez l'adulte, le premier diagnostic suspecté est celui de tumeur osseuse. Les tumeurs le plus souvent évoquées sont l'ostéome ostéoïde, l'ostéosarcome, le sarcome d'Ewing [1, 2]. A un âge plus avancé (de plus de 50 ans), il faut évoquer en premier lieu une tumeur secondaire.

La scintigraphie ne semble pas d'une grande utilité contrairement à l'ostéomyélite aiguë. La fixation est normale ou légèrement augmentée [11]. L'IRM constitue actuellement l'examen de choix dans l'exploration de l'appareil ostéoarticulaire, et notamment dans la pathologie infectieuse. Son intérêt réside dans l'étude de l'extension des lésions aux parties molles et dans certaines localisations profondes telles le rachis ou la hanche [2]. L'aspect IRM est celui d'un abcès intra-médullaire. La cavité centrale apparaît en hyposignal T1 et en hypersignal T2. Les parois de l'abcès sont recouvertes d'un tissu de granulation richement vascularisé apparaissant en isosignal T1 et se réhaussant après injection de Gadolinium [12].

Tous les auteurs recommandent une biopsie chirurgicale

préalable qui permet de redresser le diagnostic et surtout d'éliminer une lésion tumorale [2, 4]. Mais cet acte n'est pas systématiquement recommandé chez l'enfant [8]. Le geste chirurgical consiste à évacuer l'abcès, curetter les débris nécrotiques et effectuer des prélèvements pour culture et antibiogramme. Le staphylocoque doré a été le plus souvent isolé [1, 2]. Les arguments histologiques étayent le diagnostic en cas de culture négative en montrant un tissu de granulation tapissant la géode, riche en cellules inflammatoires et signant un processus chronique [13]. L'antibiothérapie est un adjuvant indispensable. Elle sera poursuivie pendant 2 à 3 mois jusqu'à la normalisation de la VS [1, 9]. L'évolution de ces ostéomyélites est le plus souvent favorable [1, 9].

IV. RÉFÉRENCES

- 1) Evard J. Ostéomyélite hématogène de l'adulte. *Rev Chir Orthop* 1986; 72:531-9.
- 2) Cottias P, Tomeno., Anract Ph., Vin T.S., Forest M. Subacute osteomyelitis presenting as bone tumour. A review of 21 cases. *Int Orthop* 1997; 21:243-8.
- 3) De Semet L., Fabry G. Primary subacute osteomyelitis of the wrist in children. *Acta Orthop Belg* 1995; 61:282-5.
- 4) Lindenbaum S., Alexander H. Infections simulating bone tumours. A review of subacute osteomyelitis. *Clin Orthop* 1984; 184:193-203.
- 5) Trueta J. The three types of acute haematogenous osteomyelitis. *J Bone Joint Surg* 1959; 41B:671-80.
- 6) Gaubert J., Meziers M., Bardier M., Gorberand J., Thillaye C., Durroux R., Paille P. L'ostéomyélite subaiguë ou chronique d'emblée chez l'enfant. Une série de 17 cas. *Chir Pediatr* 1986; 27:339-47.
- 7) Gledhil R.B. Subacute osteomyelitis in children. *Clin Orthop* 1973; 96:57-69.
- 8) Rombouts J.J., Delefortrie G., Claus D., Vincent A. L'ostéomyélite subaiguë chez le jeune enfant. Etude de 17 cas. *Rev Chir Orthop* 1986; 72:471-5.
- 9) Mayikoua A., Mavoungou G., Ntsiba H. Ostéomyélites subaiguës de l'adulte. *Rev Chir Orthop* 2000; 86:498-502.
- 10) Chau E., Kohler R., Cattalorda J., Rosenberg D., Bouvier R. Ostéomyélites subaiguës pseudo-tumorales. *Rev Chir Orthop* 2000; 86:74-9.
- 11) Aloui-Kasbi N., Hassad R., Nessib N., Bellegha I., Ben Ghachem M., Hammou A. L'ostéomyélite subaiguë : apport de l'imagerie à 19 observations. *Feuill Radiol* 2004; 44:265-9.
- 12) Ben Ghachem M., Bouchoucha S., Smida M. Quoi de neuf dans les infections ostéoarticulaires hématogènes aiguës de l'enfant ? *Tun Orthop* 2008; 1:115-33.
- 13) Kohler R. Ostéomyélite subaiguë "pseudo-tumorale" des os longs chez l'enfant. *Ann Ped* 1984; 2:148-53.

