

Douleur de l'avant bras chez un hémodialysé chronique A forearm pain in a chronic renal failure in hemodialysis

Hammedi J.¹, Jmal K.¹, Nour F.¹, Hagui A.¹, Omri A.², Bouzidi A.²

¹ Service d'Orthopédie – Hôpital Régional de Kasserine. Kasserine – Tunisie

² Service d'Hémodialyse – Hôpital Régional de Kasserine. Kasserine – Tunisie

CORRESPONDANCE : Dr. Jamel HAMMEDI

Service d'Orthopédie – Hôpital Régional de Kasserine

E-mail : jamelhammedi@live.fr

I. OBSERVATION :

Il s'agit d'un patient de 22 ans, insuffisant rénal chronique et sous hémodialyse depuis 3 ans. Il s'est présenté pour une douleur plus ou moins intense, associée à des signes inflammatoires locaux et évoluant depuis environ 15 jours au niveau du 1/3 moyen de l'avant bras gauche juste à coté de la fistule artério-veineuse.

L'examen clinique trouve un avant bras tuméfié localement sans signes de collection et sans fièvre. La fistule reste toujours fonctionnelle et le reste de l'examen a été sans particularités.

Le bilan biologique a trouvé des GB à 3700 éléments/mm³ (70% granulocytes), une CRP et une VS légèrement augmentées.

Des radiographies de l'avant bras gauche (Figure 1) ont été réalisées et complétées par un examen TDM (Figure 2).

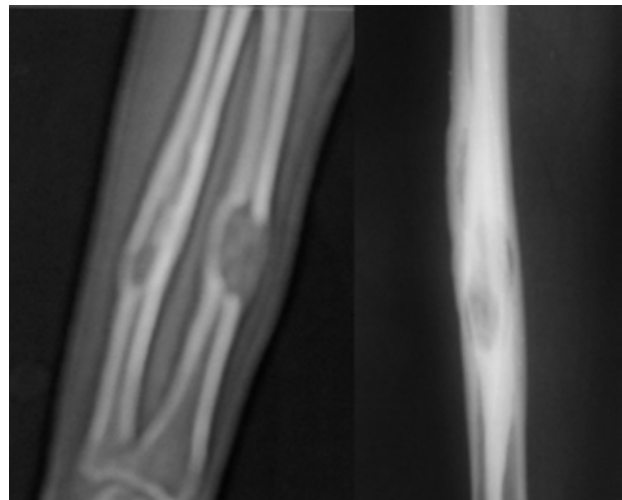


Figure 1 : Radiographie de l'avant bras : 2 géodes osseuses symétriques déformant les corticales et contenant un séquestre osseux

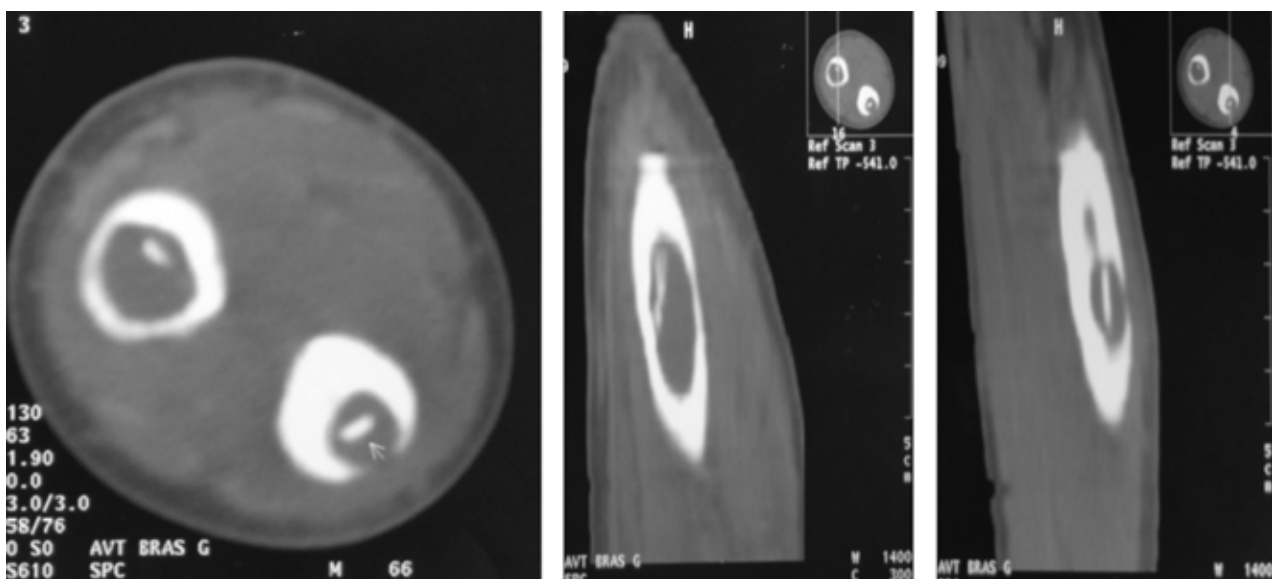


Figure 2 : TDM de l'avant bras confirme la présence du séquestre osseux au niveau des 2 lacunes osseuses avec destruction d'une corticale osseuse

II. DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

A- Interprétation de l'imagerie standard :

La radiographie standard montre deux géodes osseuses symétriques au niveau du 1/3 moyen du radius et de l'ulna, faisant environ 02 cm de grand axe et déformant les corticales avec destruction d'une corticale. Par ailleurs, nous notons une condensation péri-lacunaire et la présence d'un séquestre osseux au sein de la lacune ulnaire et de calcifications au niveau de celle du radius mais sans réaction périostée.

B- Interprétation de l'imagerie par TDM :

Nous notons la présence de deux lacunes osseuses déformant les corticales et détruisant partiellement la corticale externe du radius sans envahissement des parties molles ni collection ou réaction périostée. Les lacunes contiennent un séquestre osseux.

C- Discussion diagnostique :

Devant l'existence de ces deux lésions ostéolytiques symétriques sur le radius et l'ulna avec séquestre osseux intra lacunaire chez un adulte jeune hémodialysé chronique, nous avons évoqué :

- **Une ostéomyélite subaiguë**, bien que rare chez l'adulte, devant le début insidieux, l'absence de signes généraux, le terrain et l'aspect radiologique sans oublier le siège au niveau des os longs ;
- **Une ostéodystrophie rénale** : très peu probable ;
- **Un infarctus osseux**, bien que l'aspect radiologique n'est pas typique, devant le terrain, la symétrie des lésions osseuses et la proximité de la fistule artérioveineuse ;
- **Une tuberculose osseuse** vu le terrain immunodéprimé ;
- **Une tumeur osseuse secondaire ou primitive** mais l'existence de deux lacunes, symétriques, sans réaction périostée et sans atteinte des parties molles, est contre.

D- Conduite thérapeutique :

Le diagnostic d'ostéomyélite subaiguë a été posé et une intervention chirurgicale a été menée. Elle a consisté en un curetage des géodes osseuses (Figure 3) et le produit a été adressé pour examen bactériologique et anatomopathologique. Le membre a été immobilisé dans une attelle plâtrée de type brachio-anté-brachial (BAB).

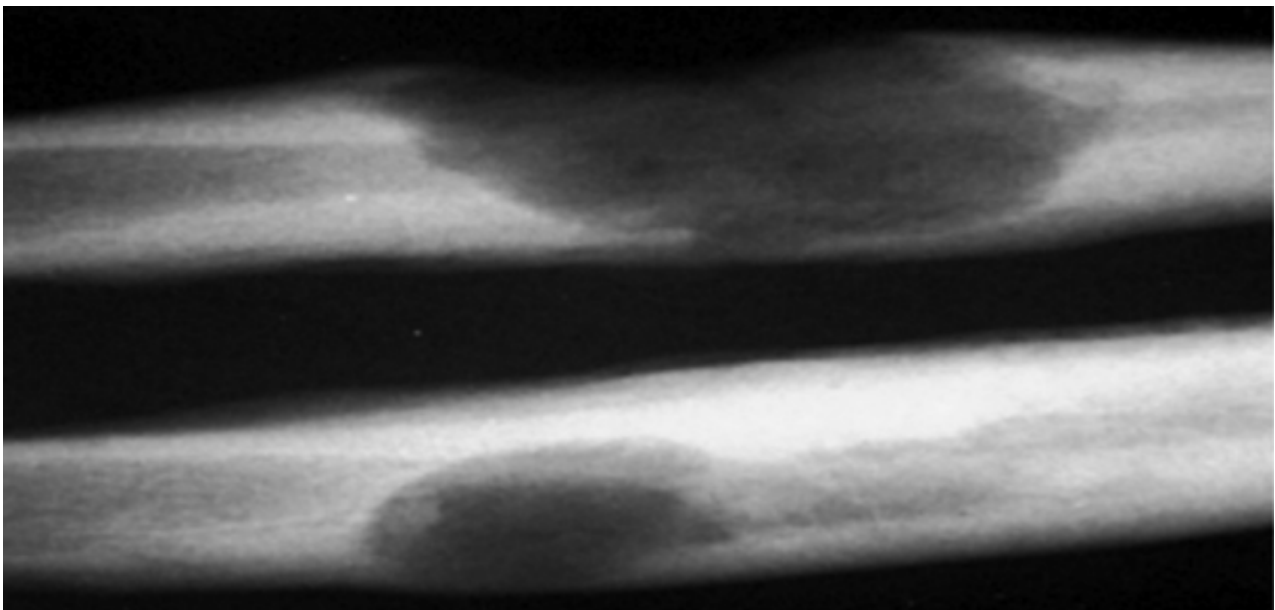


Figure 3 : Radio postopératoire : Curetage des lacunes et ablations des séquestres

Une antibiothérapie à base d'oxacilline a été instaurée d'emblée.

L'examen anatomo-pathologique a conclu à une ostéomyélite avec la présence d'un remaniement inflammatoire aigu non spécifique ; l'examen bactériologique n'a pas isolé de germes.

L'évolution était bonne avec disparition rapide des signes inflammatoires locaux et à 3 mois les lacunes étaient en train de se combler.

Au recul de un an, la lésion osseuse est totalement réparée (Figure 4).

III. RÉPONSE

Ostéomyélite subaiguë



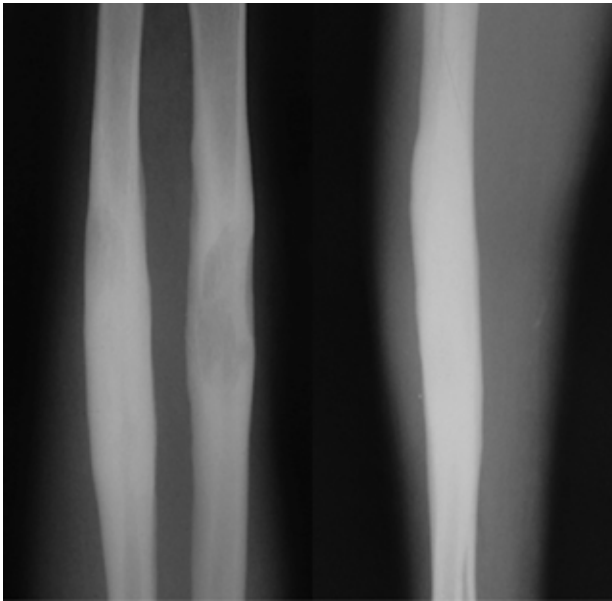


Figure 4 : Os presque reconstitués (combement total) à un an post opératoire.

IV. COMMENTAIRES

Le premier diagnostic à évoquer, malgré sa rareté chez l'adulte, est l'ostéomyélite subaiguë. En effet, un faisceau d'arguments était en faveur.

Cliniquement, l'ostéomyélite subaiguë se distingue par son début insidieux, supérieur à deux semaines [1-3]. La douleur est souvent le signe révélateur [2, 4]. Les signes inflammatoires locaux sont parfois présents alors que les signes généraux sont absents [1-3].

Les signes biologiques sont peu évocateurs ; l'hyperleucocytose n'est notée que dans 1/4 des cas et la VS et la CRP sont parfois augmentées. Les hémocultures sont négatives.

La radiographie montre le plus souvent une atteinte métaphysaire, mais l'atteinte diaphysaire existe comme type III à savoir ostéolyse diaphysaire au sein d'une forte condensation [1, 2].

L'existence de 3 autres éléments, oriente certainement vers le diagnostic d'ostéomyélite ; il s'agit ici de :

- Cette affection apparaît chez l'adulte, comme une complication osseuse d'une autre pathologie infectieuse (abcès du sein, complications septiques d'une intervention chirurgicale), hématologique ou thérapeutique (traitement par les corticoïdes) [2]. Notre malade est insuffisant rénal chronique sous hémodialyse et a été opéré deux fois auparavant pour réaliser la fistule artério-veineuse.
- Petit séquestre osseux au sein d'un foyer d'ostéolyse aux bords condensés.
- La symétrie des lésions [3, 5].

La vraie discussion diagnostique ne commence qu'après l'étape radiologique [6, 7]. Au niveau de la diaphyse, on discutera l'infarctus osseux, le cortical defect, le fibrome non ossifiant, la dysplasie fibreuse et le sarcome d'Ewing [2, 4, 8]. Ce dernier est peu probable devant l'absence de réaction périostée et d'envahissement des parties molles.

Par ailleurs, cette tumeur apparaît généralement à un âge plus jeune.

L'infarctus osseux s'observe préférentiellement dans la métaphyse des os long mais la diaphyse peut être intéressée [2, 4]. La lésion typique (infarctus mature) mais à un stade précoce, il s'agit d'une déminéralisation à bords flous, mouchetée, avec peu de sclérose périphérique.

La biopsie chirurgicale, avant d'entreprendre le traitement définitif, est préconisée par la majorité des auteurs pour éviter toute surprise. Dans notre cas, la biopsie a été faite lors du geste chirurgical car on était presque certain du diagnostic d'ostéomyélite subaiguë.

L'IRM est un examen important dans la démarche diagnostique dans la pathologie infectieuse [2, 6]. La TDM donne une sémiologie précise des lésions osseuses. La scintigraphie n'est pas indispensable car, en cas de négativité, elle n'élimine pas le diagnostic.

L'examen anatomopathologique représente une étape diagnostique essentielle [1, 6]. L'histologie est un argument non spécifique montrant un tissu de granulation tapissant la géode, riche en cellules inflammatoires signifiant un processus chronique. Elle permet surtout d'éliminer une lésion tumorale [1, 6].

L'étude bactériologique du produit de prélèvement est aussi obligatoire malgré que le germe n'est retrouvé que dans la moitié des cas ; il s'agit souvent du staphylocoque auréus [2, 6].

La conduite thérapeutique ne fait pas l'unanimité ; en effet, deux attitudes médicale et/ou chirurgicale sont proposées [1-5]. Le traitement des ostéomyélites subaiguës comporte, pour la majorité des auteurs, une antibiothérapie anti-staphylococcique de 6 semaines associée à une immobilisation plâtrée. Pour certains, un anti-inflammatoire non stéroïdien est systématiquement associée [2, 5, 6].

Concernant la chirurgie, l'attitude dépend des écoles. Pour certains auteurs, elle est impérative [2, 3, 5] pour confirmer le diagnostic et supprimer le foyer lésionnel. Pour d'autres, elle n'est pas systématique [2, 7, 9]. Néanmoins, en cas de doute diagnostique, la biopsie chirurgicale s'impose [5].

Si la lésion présente une certaine fragilité osseuse, favorisant ainsi un risque de fracture, l'ostéo-stabilisation est indiquée.

V. CONCLUSION

Du fait de sa rareté chez l'adulte et de la discrétion des signes cliniques, l'ostéomyélite demeure de diagnostic tardif voire difficile, en l'occurrence chez un immunodéprimé comme l'insuffisant rénal sous hémodialyse. Il faut savoir l'évoquer devant une image radiologique non spécifique. Le traitement permet souvent la guérison.

VI. RÉFÉRENCES

- 1) Chau E., Kohler R., Cottalorda J., Rosenberg D., Bouvier R. Pseudotumoral subacute osteomyelitis : a series of 41 children. Rev Chir Orthop 2000; 86:74-9.
- 2) Essadam H., Hammou A. Ostéomyélites. Encycl. Méd. Chir. Elsevier, Paris. Radiodiagnostic -Neuroradiologie - Appareil Locomoteur. 1998, 31-218-13-10, 18p.
- 3) Kenesi C. Ostéites chroniques à pyogènes : le point de vue du chirurgien.

- Encycl. Méd. Chir. Elsevier, Paris. Appareil Locomoteur 1982; 10:14-7
- 4) Chagnou S., Vallée C., Chevallier A., Qanadli S., Carlier R., Lacombe P. Affections pouvant simuler une tumeur osseuse. Encycl. Med. Chir. Elsevier, Paris. Radiodiagnostic - Neuroradiologie - Appareil Locomoteur 1995, 31 - 493 - 710, 14p.
 - 5) Coudane H., Gérard A. Ostéite. Encycl. Med. Chir. Elsevier, Paris. Appareil Locomoteur 1996, 14-17-A-10, 8p.
 - 6) Osman W., Ben Maitigue M., Boughammoura H., Nawar N., Ben Ayech M.L. Douleur de la cuisse gauche chez un adulte. Tun Orthop 2010; 3:203-6.
 - 7) Ben Ghachem M., Bouchoucha S., Smida M. Quoi de neuf dans les infections ostéoarticulaires hématogène aiguës de l'enfant ? Tun Orthop 2008; 1:115-33.
 - 8) Diard F., Chateil J.F. Granulome éosinophiles des os. Encycl. Méd. Chir. Elsevier, Paris. Radiodiagnostic - Neuroradiologie - Appareil Locomoteur 1991, 31518-17-10, 10p.
 - 9) Trifa M., Bouchoucha S., Ben Marzouk S., Trabelsi H., Smida M., Ben Ghachem M., Ben Khlifá S. traitement antibiotique des infections ostéoarticulaires aiguës de l'enfant. Tun Orthop 2010; 3:124-7.