

avril 2016

uo.  
M

enfant 11 ans douleur de la jambe  
gauche remontant à une année sans  
notion de traumatisme ou de contexte  
infectieux

biopsie en faveur d'un hémangiome  
sclérosant

puis douleur récente de la jambe droite.

/FL:p+c

NEX  
'2512

IPR

WW: 610

obs : Docteur Karil Messaoudi Oran Algérie

avril 2016

uo.  
M  
hypersignal T2 intense étendu de la  
diaphyse intéressant la cavité  
médullaire

intégrité morphologique des corticales

hypersignal T2 intense sur le versant  
périosté des 2/3 distaux de la diaphyse  
et de la métaphyse

pas d'image d'abcès ni de masse des  
tissu mous

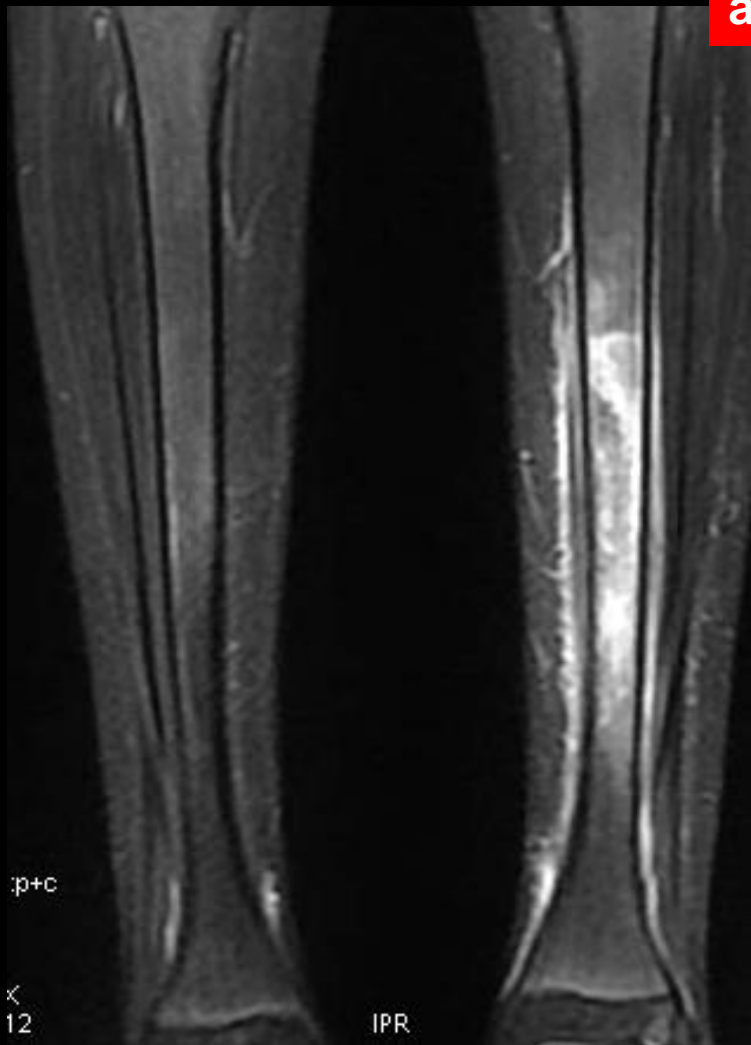
/FL:p+c

NEX  
'2512

IPR

WW: 610

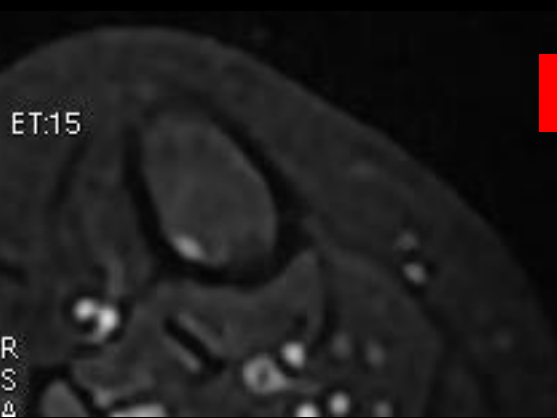
avril 2016



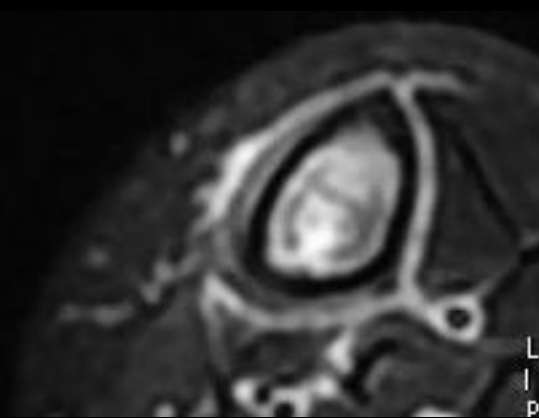
avril 2016

ET:15

R  
S  
A



L  
I  
P

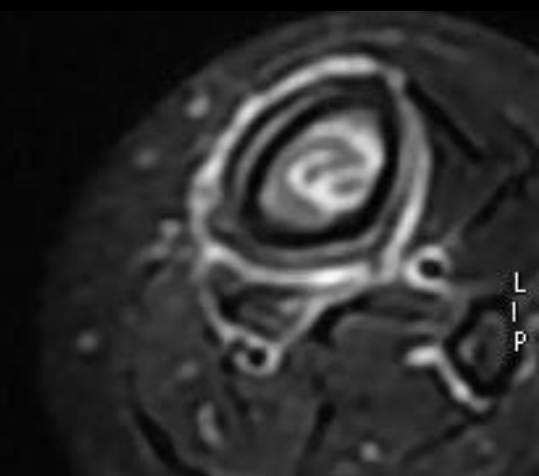


ET:15

R  
S  
A

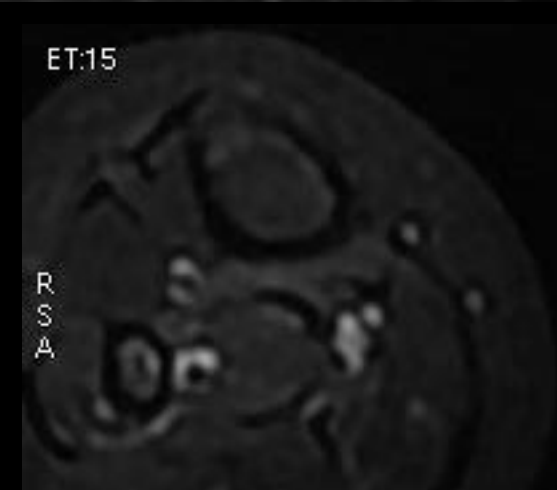


L  
I  
P

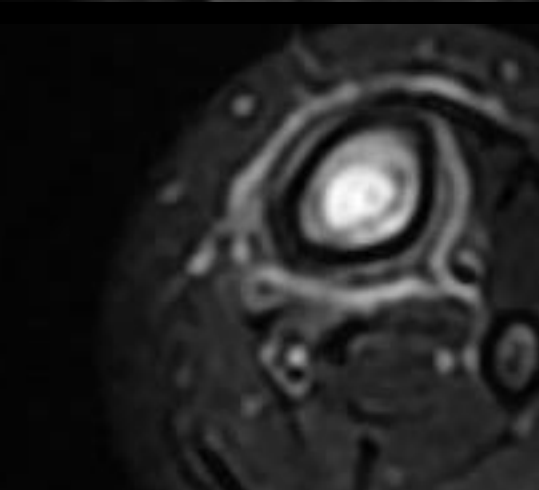


ET:15

R  
S  
A



L  
I  
P



hypersignal T2  
intense de la  
diaphyse intéressant  
la cavité médullaire

hypersignal T2  
intense sur le versant  
périosté de la  
diaphyse et de la  
métaphyse

discrètes anomalies  
controlatérales de  
même type

un an plus tard, l'enfant présente une symptomatologie semblable à celle de l'épisode initial, mais du côté controlatéral qui motive la réalisation d'un scanner .

Sur l'IRM, l'atteinte a régressé en longueur du coté droit; l'hypersignal T2 sous-périosté a pratiquement disparu tandis qu'à gauche se sont développées des lésions proches de celles observées du côté droit à la phase initiale

VR36U MRU1 OCUT  
1/22

37.4  
1.0cm

L/90

f  
10kHz

ay\_12/FL;p+c  
27.3  
.0sp

/3.00 NEX  
)/TRF/2512

juin 2017

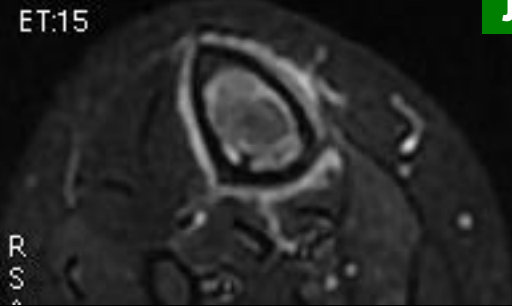
FARA  
M12Y

WWW

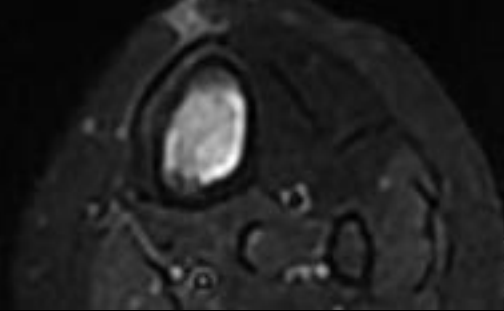
IPR

juin 2017

ET:15

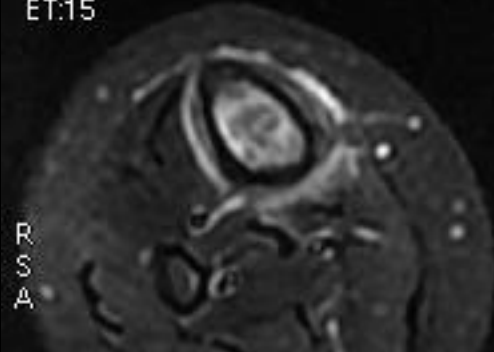


R  
S  
A

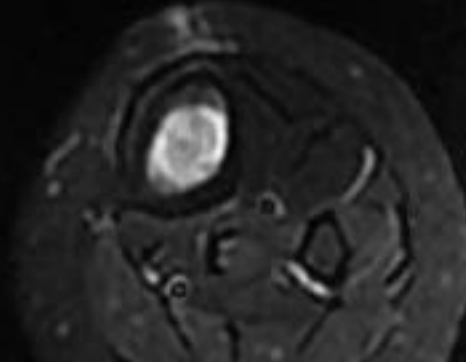


les anomalies observées du côté droit en juin 2017 sont du même type que celles observées en avril 2016 à gauche

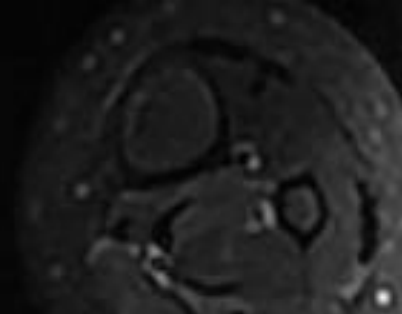
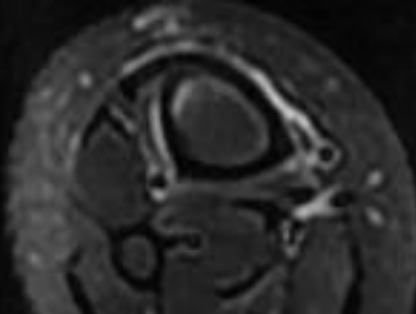
ET:15



R  
S  
A



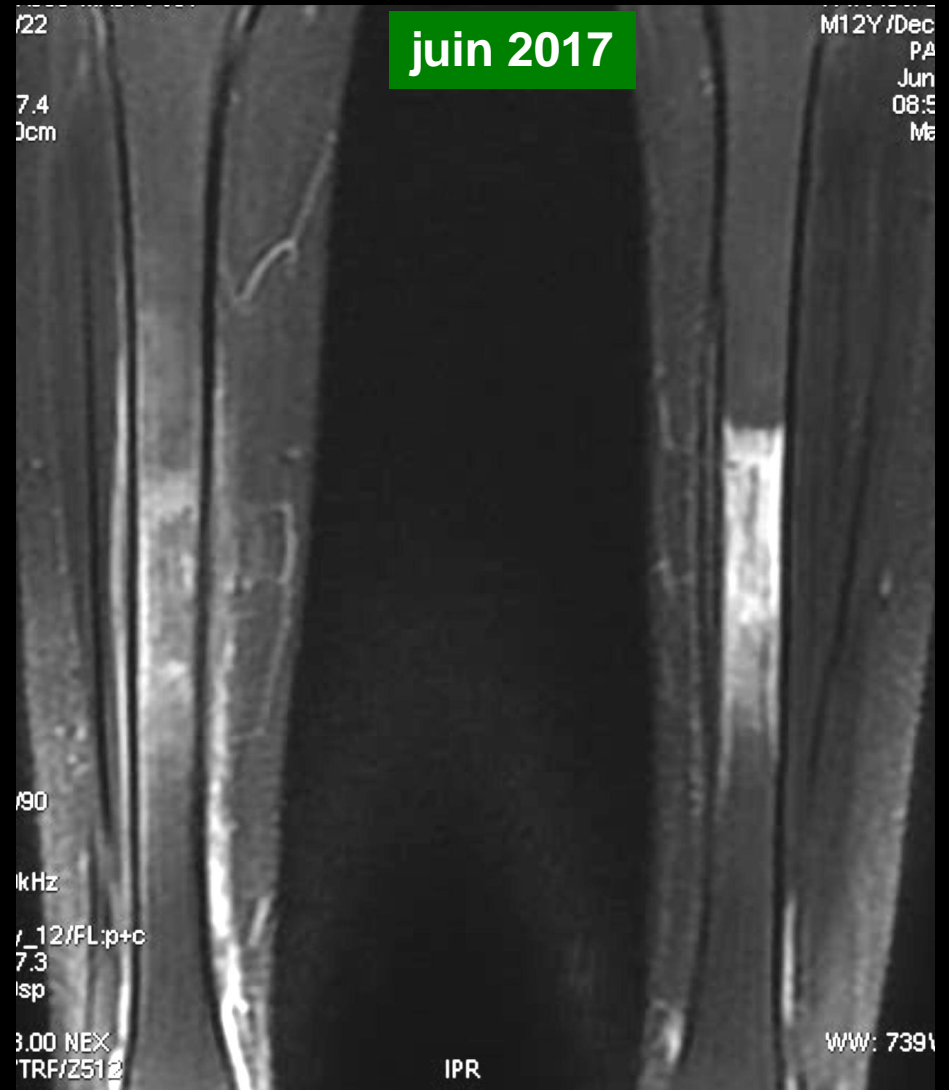
R  
S  
A



avril 2016



juin 2017



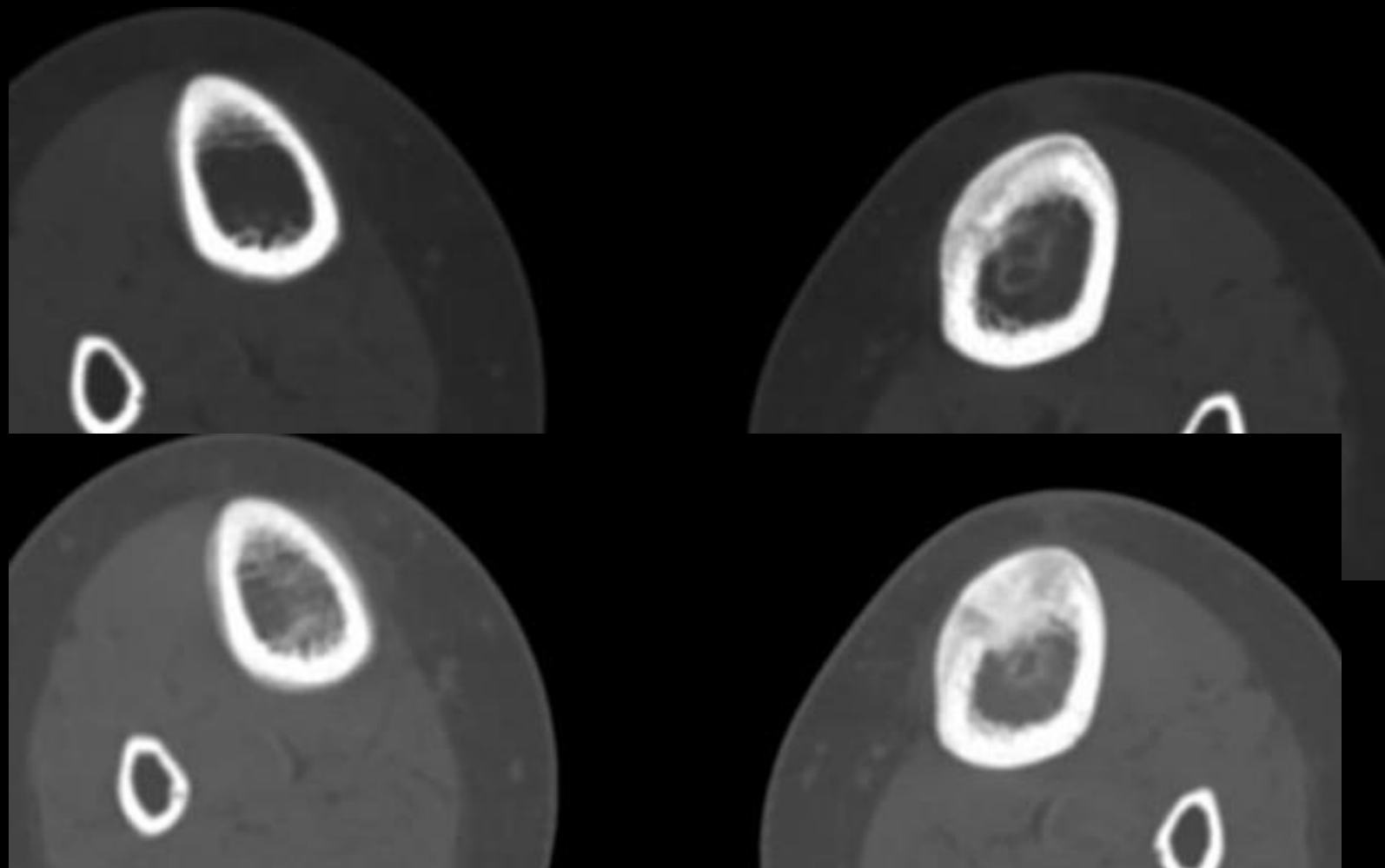
comparaison des images pondérées T2 avec saturation du signal de la graisse ,  
avril 2016 vs juin 2017

avril 2016

juin 2017



comparaison des images pondérées T1 sans saturation du signal de la graisse ,  
avril 2016 vs juin 2017



Le scanner confirme que les remaniements osseux correspondent à une ossification **endostale** et surtout une ossification **sous-périostée**. Cette dernière s'incorpore dans la corticale pour former une hyperostose corticale vraie

Le tableau clinico-radiologique observé chez un sujet jeune doit faire évoquer  
**l'ostéomyélite chronique multifocale récurrente de l'enfant**

une référence à consulter  
impérativement !

## OSTEOMYELITE CHRONIQUE MULTIFOCALE RECURRENTE DE L'ENFANT: SERIE DE 10 CAS



R.Mérillon(1), A.Desdoits(2),  
B.Richter(1), M.Arrot Masson(1), L.Fournier(3), S.Gandon-Laloum(2)

1-Service de radiopédiatrie

2-Service de rhumatopédiatrie

3-Service de Radiologie générale, CHU de Caen

<http://pe.sfrnet.org/Data/ModuleConsultationPoster/pdf/2011/1/50673091-91ad-4ae3-9b0a-3c620de8e25b.pdf>

L'Ostéite chronique multifocale récurrente (OCMR) initialement décrite par

Giedion en 1972 sous le nom d' **ostéomyélite symétrique subaigüe et chronique** se caractérise par :

- des poussées douloureuses osseuses récidivante
- traduisant la présence de **multiples ostéites aseptiques**.(non bactériennes) à évolution ostéocondensante

Elle survient surtout chez l'enfant et l'adolescent et est considérée comme la forme pédiatrique du syndrome SAPHO (synovite, acné, pustulose palmo-plantaire, hyperostose, ostéite) , actuellement rattachées aux maladies auto-inflammatoires

## , Epidémiologie

-les OCMR sont **rare**s (1 à 2 cas/million d'habitant)

, observées essentiellement chez **l'enfant, entre 9 et 12 ans**, avec une **nette prédominance féminine**.

## , Clinique

-la douleur et l'infiltration inflammatoire des tissus mous avec limitation des mouvements dans les formes juxta-articulaires traduisent **l'atteinte locale, multifocale d'emblée ou secondairement**,

Une baisse de l'état général et une fièvre peuvent faire errer le diagnostic (délai moyen de 12 à 18 mois)

L'atteinte cutanée facilite le diagnostic ; pustulose palmo-plantaire, psoriasis ou acné conglobata surviennent dans près de 30 % des CNO

L'association à une MICI (maladies inflammatoires chroniques de l'intestin) est observée dans 8 à 10% des cas

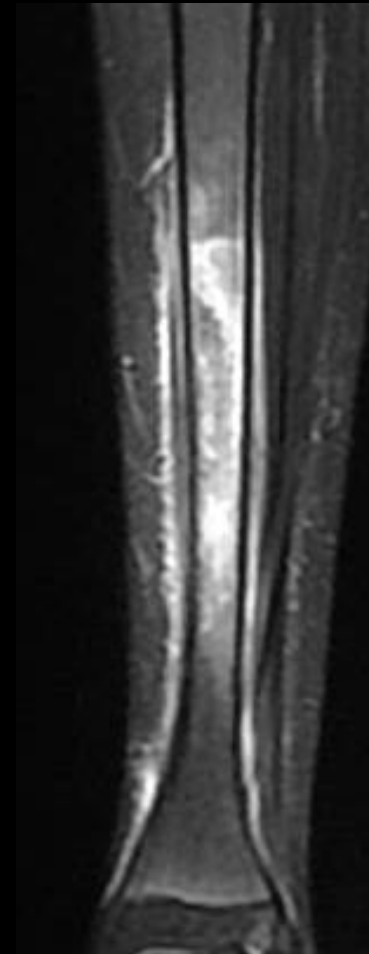
## Imagerie

la scintigraphie aux diphosphonates marqués au  $^{99m}\text{Tc}$  , par son caractère d'examen "corps entier", est la technique de choix pour la mise en évidence des atteintes multifocales.

l'IRM précise le siège exact des lésions , en particulier l'atteinte de la physe exposant aux déformations par épiphysiodèse

les lésions ostéitiques se situent  
**préférentiellement dans la métaphyse des**  
**os longs (tibia++++)** , la ceinture pelvienne,  
la clavicule...

la **distribution symétrique des lésions** est un  
élément de valeur pour le diagnostic

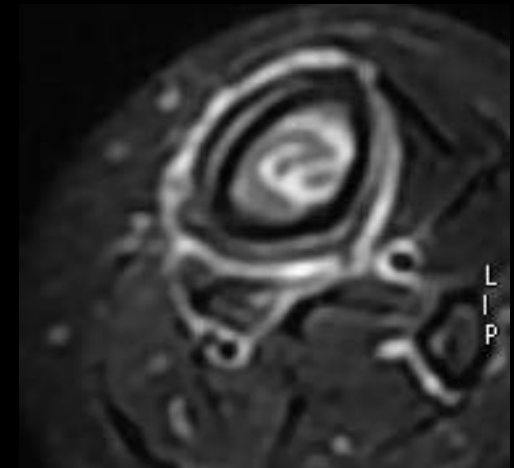
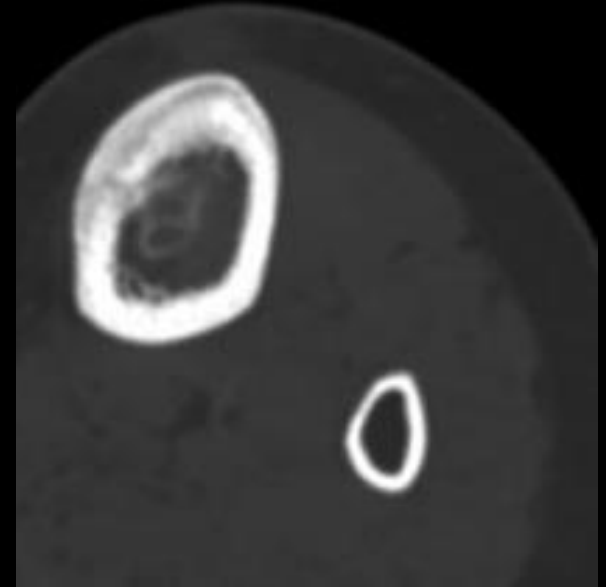


la réaction périostée est un trait de caractère des OCM.R

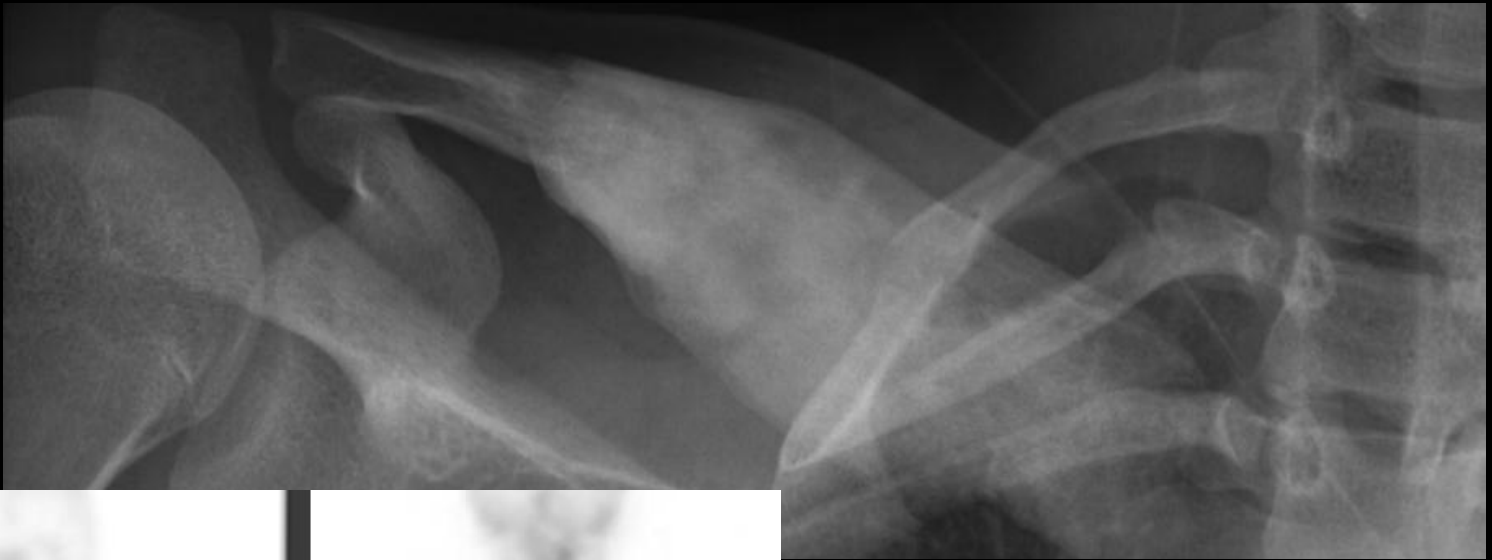
elle dépend de la durée d'évolution mais aussi du site ;

- Os de petit diamètre (fibula, métatarsiens): réaction périostée extensive et atteinte parties molles

- Fémur: peu de réaction périostée,



**l'atteinte isolée de la clavicule,**( sans atteinte des articulations sterno-claviculaires ni sterno-costales, habituelles dans l'hyperostose sterno-costo-claviculaire) est observée dans 20 à 30 % des OCMR



forme pseudo-pagetique

**l'atteinte du rachis** peut revêtir de multiples aspects plus ou moins trompeurs

-lacune bordée d'un liseré d'ostéosclérose

-vertèbre ivoire

-vertébra plana

-spondylite isolée (sans atteinte discale) ou spondylites étagées (migratory or saltatory spondylitis)

**l'atteinte mandibulaire**

est observée dans 5 % des OCMR ostéocondensation avec hypertrophie de la mandibule doit faire discuter la dysplasie fibreuse et le fibrome ossifiant ou

non

## les principaux diagnostics alternes

à discuter devant des atteintes osseuses multifocales chez un enfant ou un adolescent:

-histiocytose Langerhansienne (syndrome de Hand-Schuller-Christian)

-ostéomyélite et ostéites bactériennes multiples : tuberculose, salmonelles  
(drépanocytose)

-hémopathies malignes

## le traitement

les AINS doivent être privilégiés avec des résultats parfois spectaculaires

