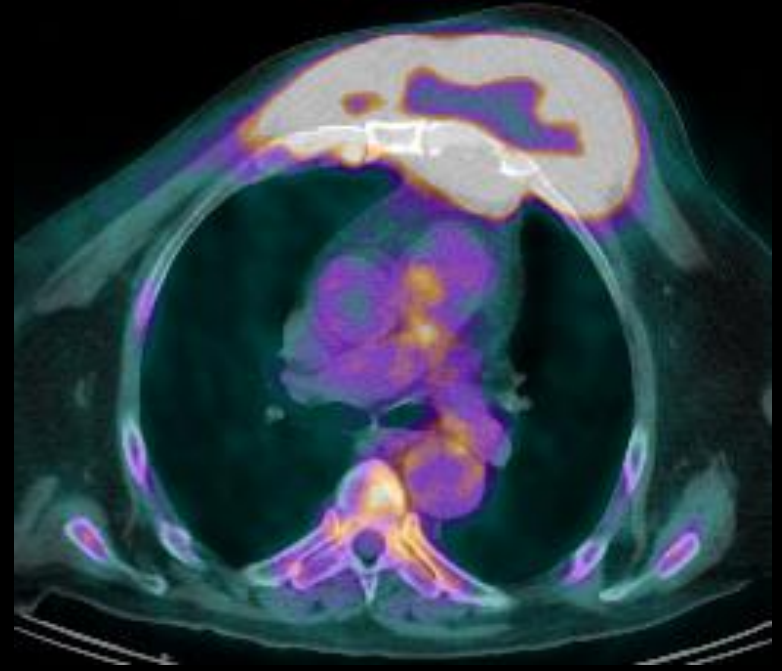
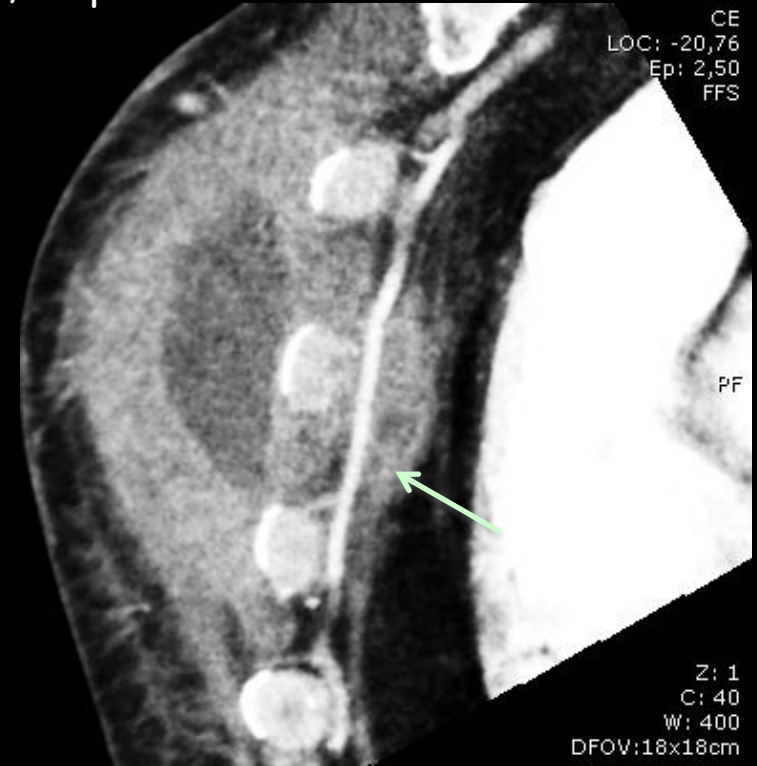
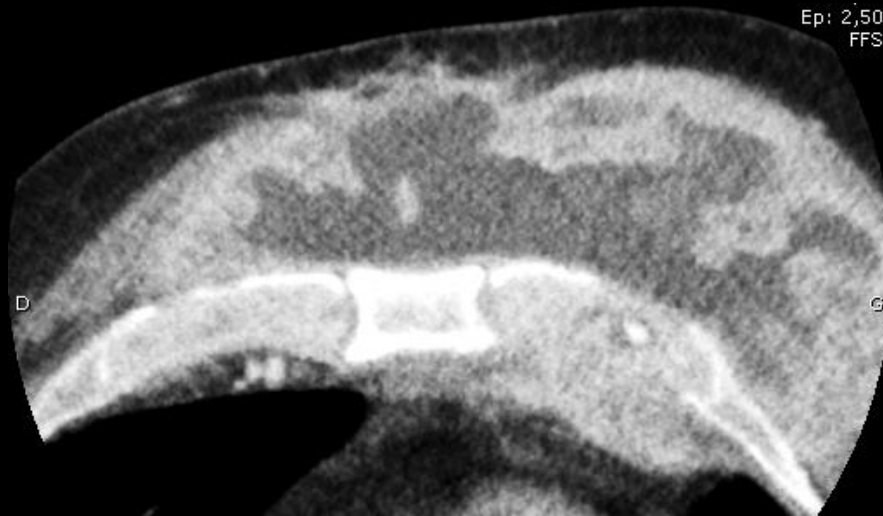
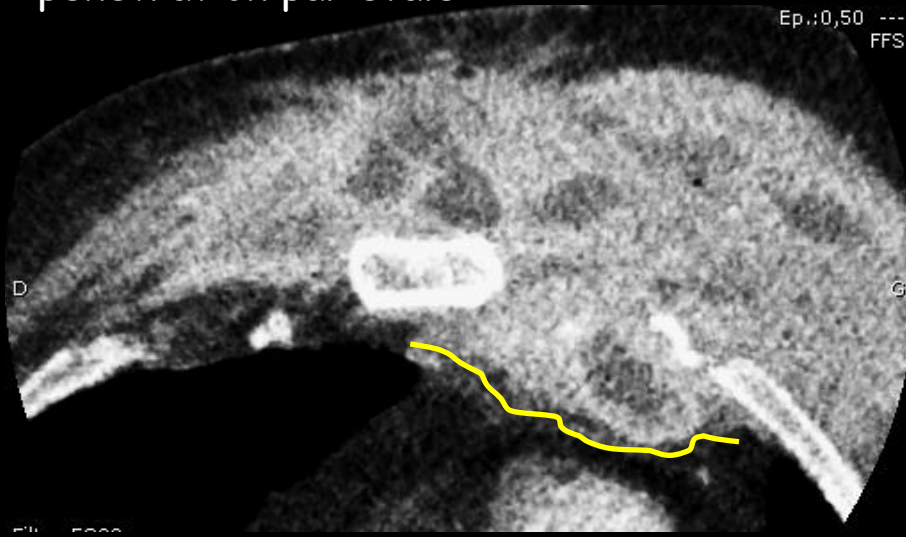


homme 60 ans. **Croissance rapide, en un mois**, d'une masse de la paroi thoracique antérieure gauche, **rénitente**, mesurant environ 10 cm de diamètre. Pas d'atteinte de l'état général; pas de syndrome infectieux. Pas d'antécédents médico chirurgicaux
Bilan devant la suspicion clinique de lésion tumorale primitive invasive.....qui débute par une

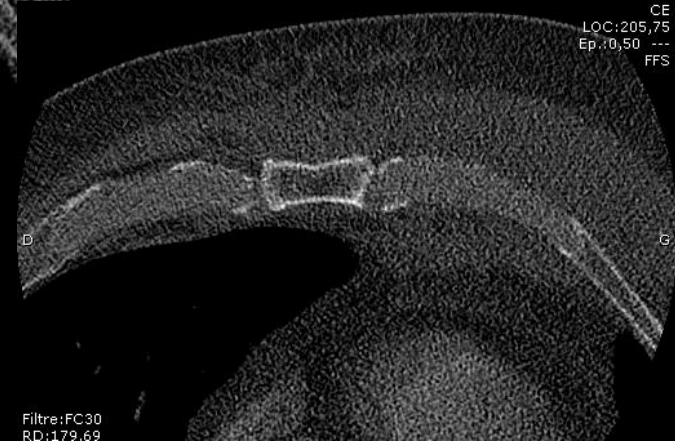
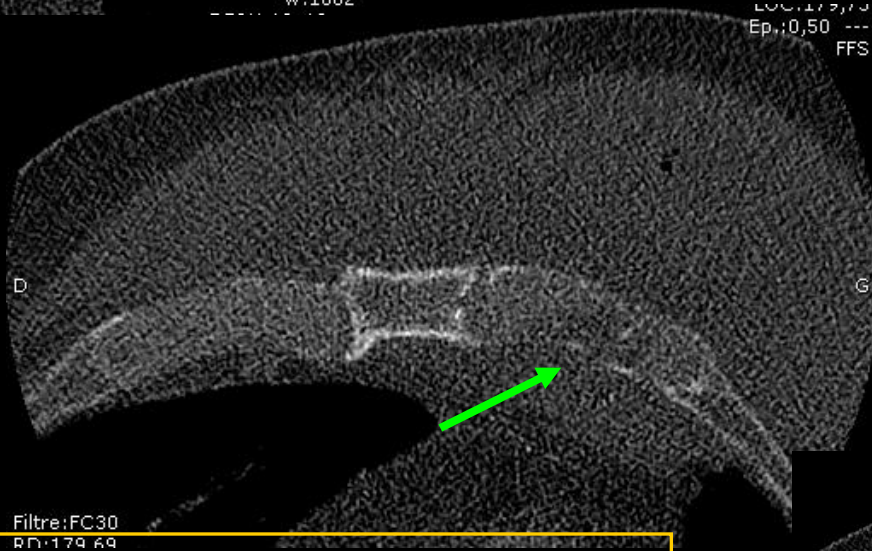
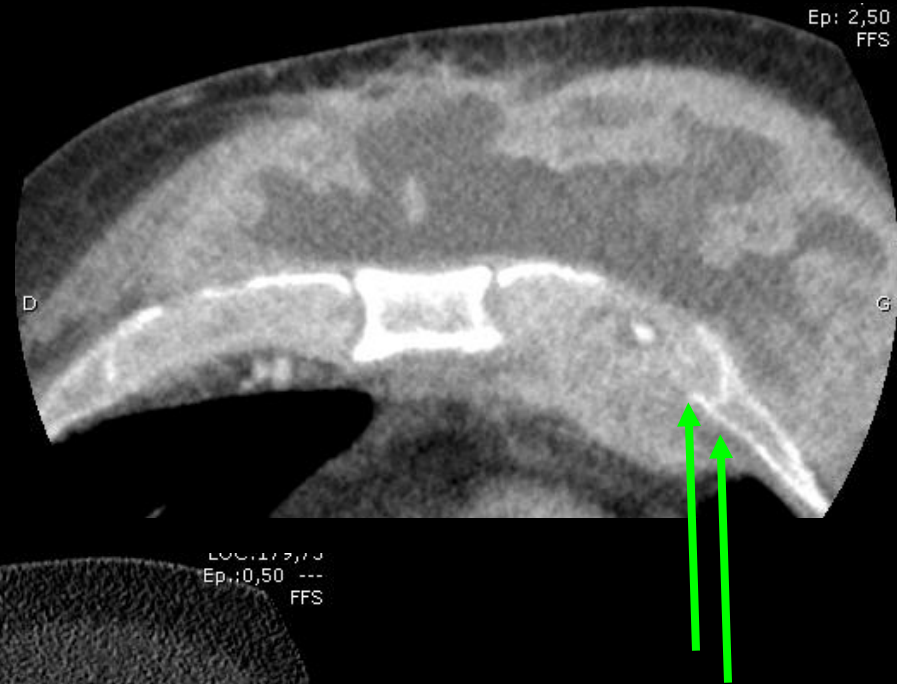


Volumineuse **masse pariétale antérieure** mesurant 16 x 4 x 10 cm. La lésion est développée dans le tissu sous-cutané, en avant des muscles pectoraux et traverse la paroi thoracique
Hypermétabolisme intense de la périphérie de la lésion, contrastant avec une zone centrale de densité liquide au scanner

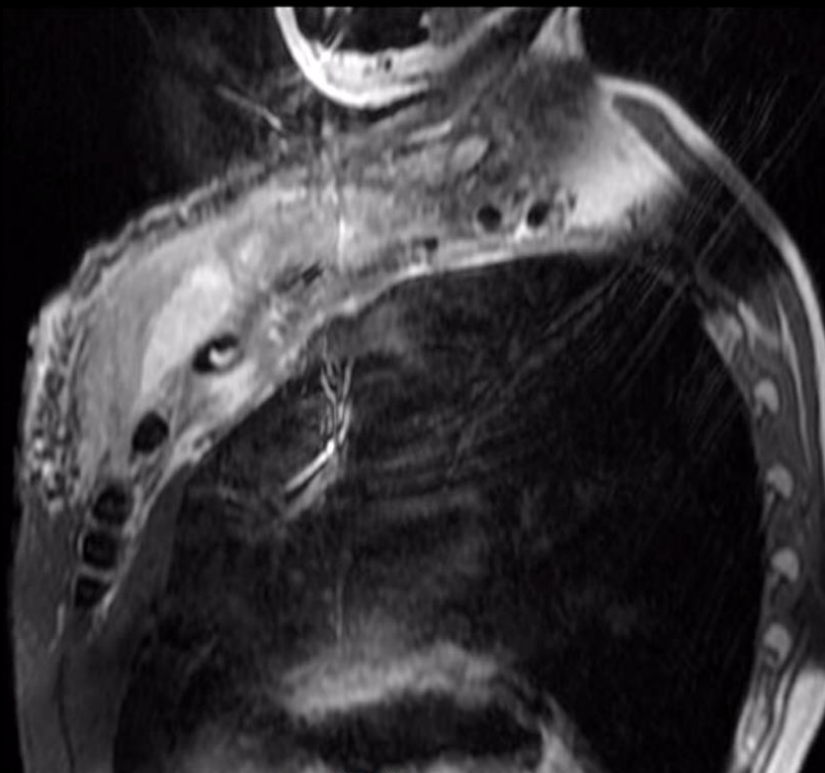
un scanner TAP avec injection est ensuite pratiqué qui objective de multiples zones de densité liquide qui confluent vers la zone centrale étendue. Présence d'un liseré de prise de contraste en périphérie des plages liquides, en particulier dans la zone de pénétration pariétale



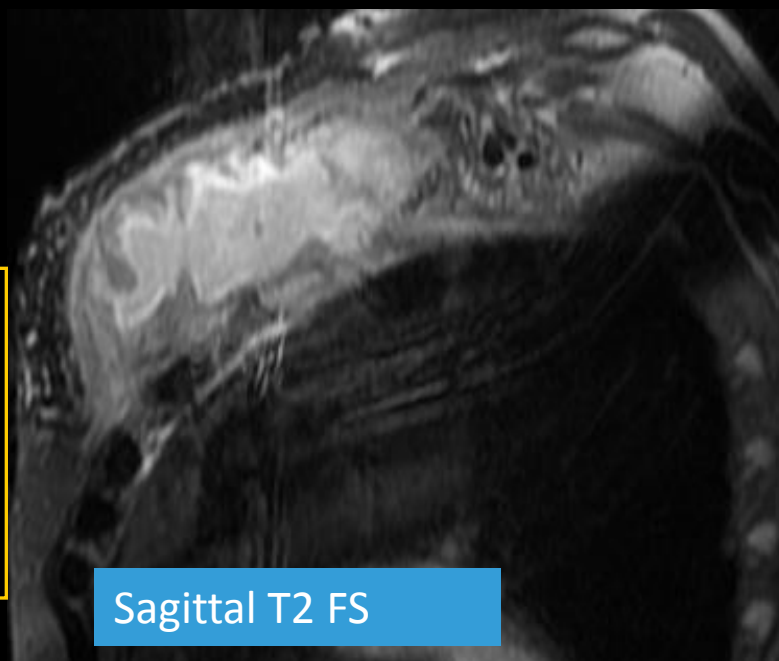
Au contact du **péricarde**, de l'artère
mammaire interne gauche



la visualisation des images pariétales en fenêtres
"osseuses" objective une lyse du 3^{ème} cartilage
chondro costal à sa portion **POSTERIEURE**



l'IRM confirme le caractère liquide homogène à forte concentration protéique et multiloculaire à tendance confluyente de toute la région centrale



Sagittal T2 FS

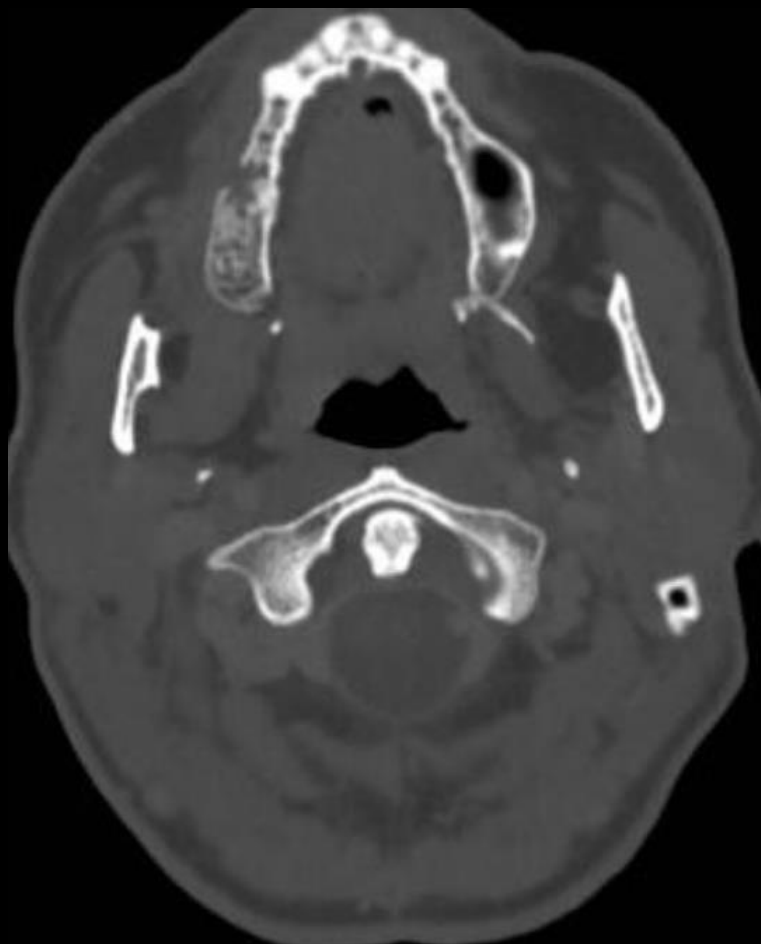
Hypothèses diagnostiques?

l'aspect macroscopique de la lésion , en particulier les arguments apportés par l'imagerie en coupes CT et IRM confrontés aux données cliniques , en particulier **la rapidité de l'évolution** et le **caractère rénitent à la palpation** sont très en faveur d'un **processus infectieux bactérien à germe pyogène banal**, en dépit de l'absence de syndrome infectieux clinique .

la conduite logique est donc une **ponction aspiration** pour examen bactériologique et mycologique direct et mise en culture

tout en recherchant une porte d'entrée, a priori périphérique : cutanée, ORL et maxillo-faciale en priorité

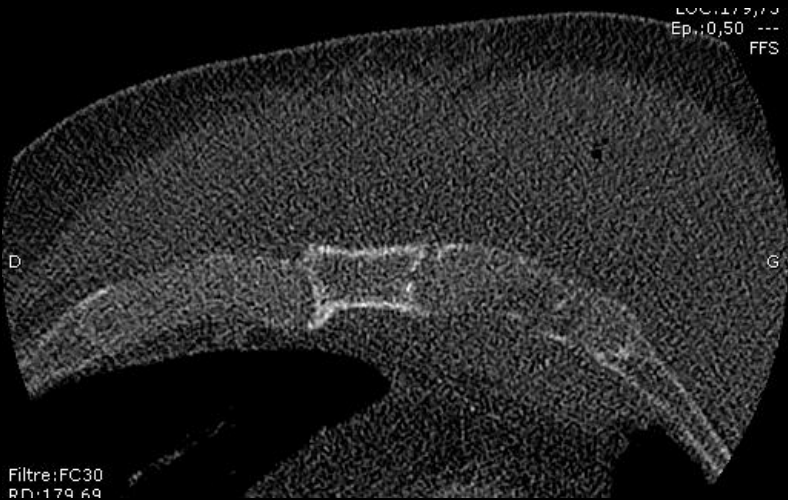
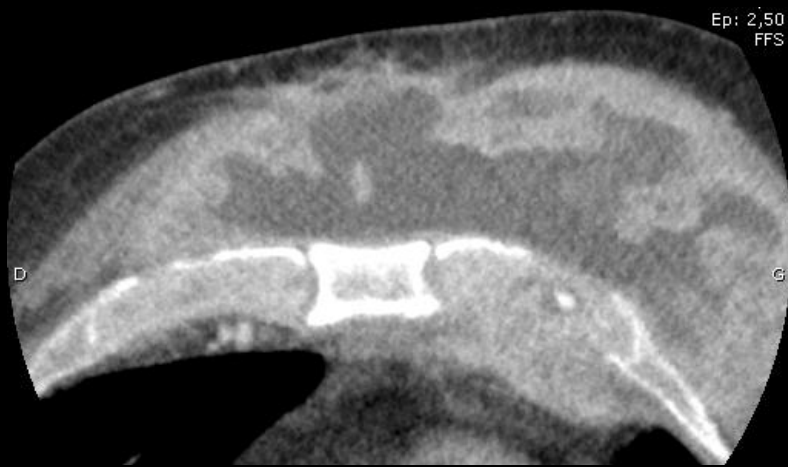
Un indice pour trouver le germe...



Granulomes péri apicaux +
abcès dentaire



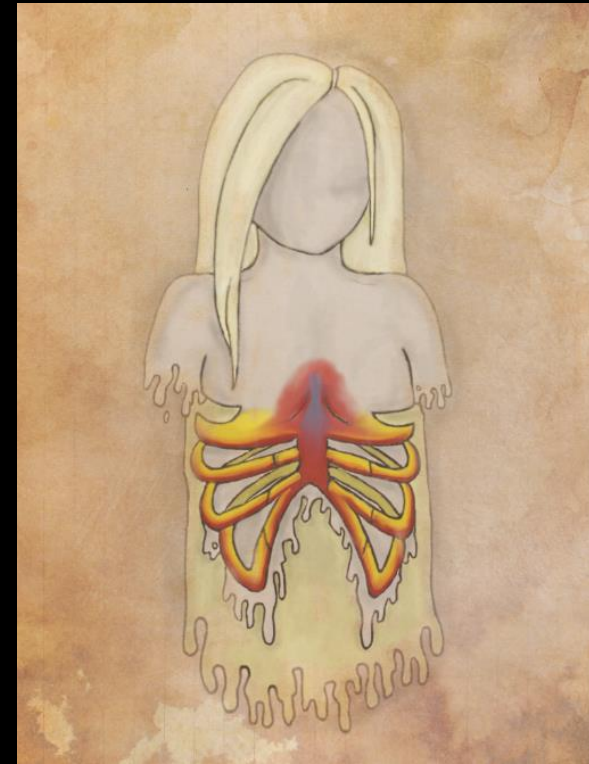
Etat bucco
dentaire très
précaire



le diagnostic de **CHONDRITE INFECTIEUSE** à *Fusobacterium necrophorum* compliquée d'un abcès pariétal peut être établi, sur les données bactériologiques

Chondrite infectieuse

- Atteinte infectieuse des cartilages costaux
- Rare ++
- Physiopathologie:
 - Dans les suites d'un traumatisme, d'un abord chirurgical
 - Par contiguïté d'une pathologie pleuro pulmonaire
 - Par dissémination hématoène
- Facteurs favorisants :
 - Nutrition parentérale, immunodépression
- Diagnostic différentiel
 - Syndrome de Tietze



Chondrite infectieuse

- Par voie hématogène: 2 grands groupes:

1. **Toxicomanie IV** : septicémie d'origine cutanée le plus souvent (*C. albicans*)++++

- **BROWN SUGAR HEROIN SYNDROME**

- Septicémie à *C. Albicans* associant des lésions cutanées, une endophtalmie et une chondrite infectieuse



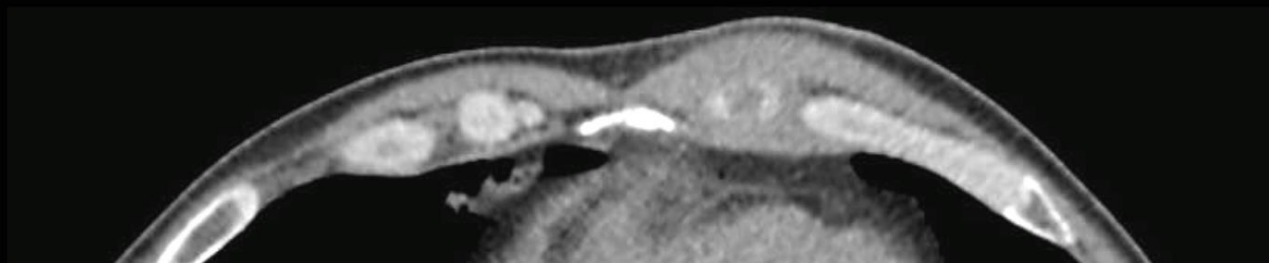
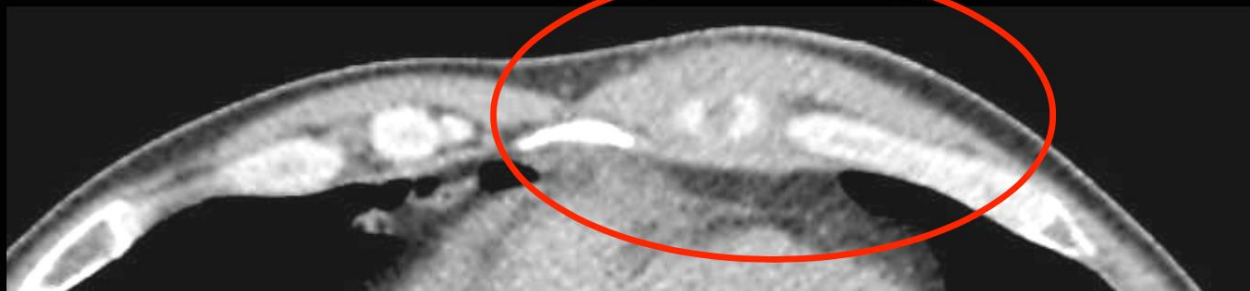
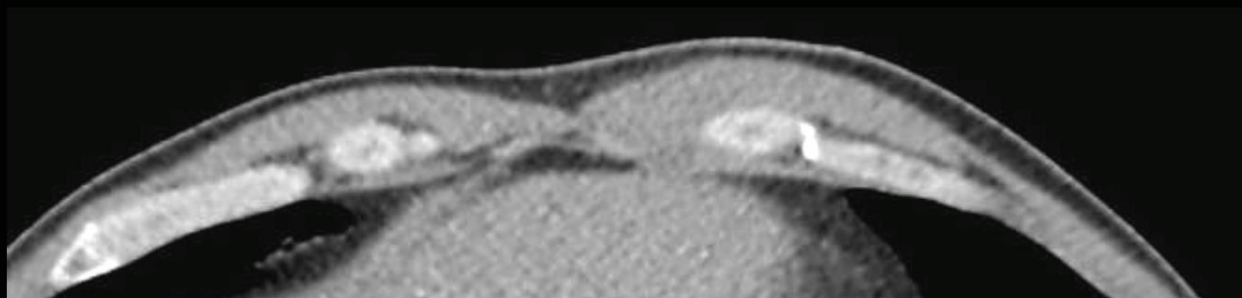
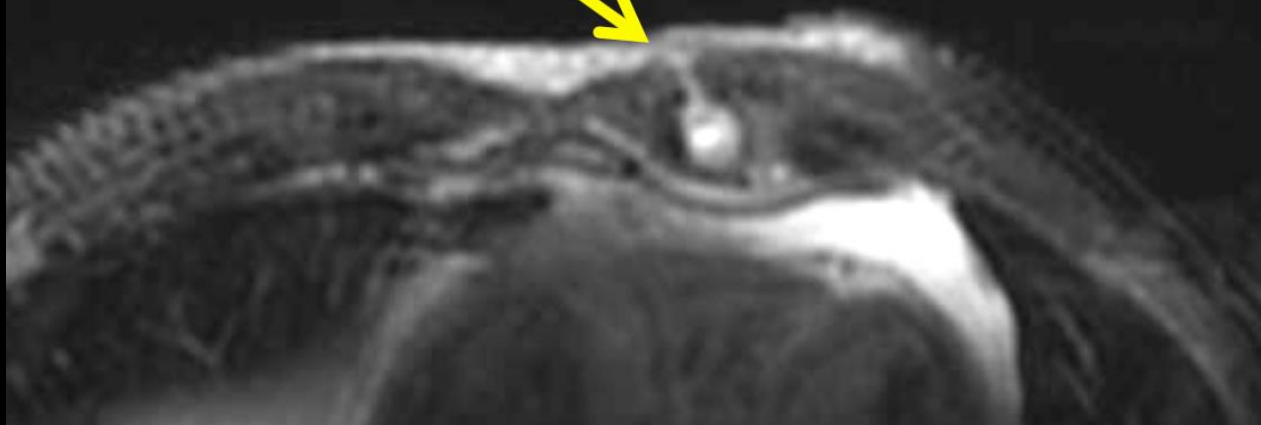
+



=



Patient de 25 ans,
Toxicomanie IV
chondrite à *C albicans*



Chondrite infectieuse

- Par voie hématogène: 2 grands groupes:
 1. Toxicomanie IV
 2. **Post-opératoires**, contexte d'immunodépression :
 - Infection nosocomiale bactérienne
 - Chirurgie thoracique, digestive, gynécologique récente
 - 4 germes décrits:
 - *S aureus, E Coli, actinomyces, C Albicans*
 - En faveur d'une origine bactérienne plutôt que fongique: signes inflammatoires locaux, fistulisation
 - Rare ++

Primary Chest Wall Abscess Caused by *Escherichia coli* Costochondritis

Waheeb Sakran, MD and Naiel Bisharat, MD, PhD

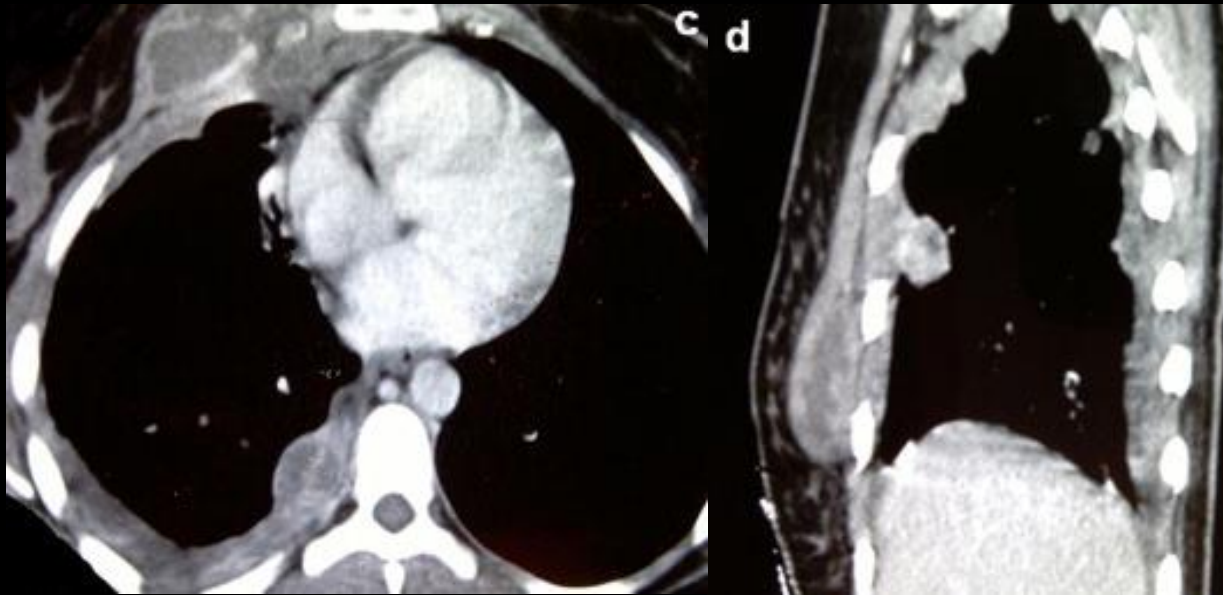
The American Journal of the Medical Sciences - Volume 342, Number 3, September 2011

Age (yr)/Sex	Causative Pathogen	Predisposing Factor	Antimicrobial Therapy	Therapy	Surgical Intervention	Outcome	Reference
12/M	<i>Actinomyces</i> and <i>Bacteroides</i>	None	Penicillin and metronidazole	6 months	None	Recovered	3
60/M	<i>Actinomyces</i> sp.	Alcoholism	Penicillin	NA	None	NA	4
7/M	<i>Actinomyces</i> sp.	None	Penicillin	3 months	Excision	Recovered	5
10/M	<i>Actinomyces israeli</i>	Asthma	Clindamycin	8 months	Excision	Recovered	6
31/F	<i>Actinomyces israeli</i> and <i>Porphyromonas asaccharolytica</i>	Intrauterine device	Amoxycillin/clavulanic acid	6 months	Excision	Recovered	7
7/F	<i>Actinomyces naeslundii</i> and <i>Peptostreptococcus</i> and <i>Fusobacterium</i>	None	Penicillin	NA	None	Recovered	8
49/M	<i>Actinomyces meyeri</i>	Alcoholism	Tetracycline	6 months	None	Died	9
7/M	<i>Actinomyces israeli</i>	None	Penicillin	3 months	Curettage of abscess	Recovered	10
81/M	<i>Actinomyces</i> sp.	Smoking	Erythromycin	6 months	Excision	Recovered	11
33/M	<i>Actinomyces Israeli</i>	Smoking	Doxycycline	6 months	None	Recovered	12
11/M	<i>Actinomyces</i> sp.	None	Penicillin	NA	Excision	Recovered	13
48/M	<i>Salmonella enteritidis</i>	None	Ciprofloxacin	6 weeks	None	Recovered	14
36/M	<i>Salmonella typhimurium</i>	AIDS	Ofloxacin	6 weeks	None	Died	15
37/M	<i>Salmonella typhi</i>	Blunt chest trauma	Ciprofloxacin	3 weeks	None	Recovered	16
11/F	<i>Salmonella enterica</i>	None	Ceftriaxone Amoxicillin	3 months	None	Recovered	17
59/M	<i>Salmonella</i> sp.	Rheumatoid arthritis, DM.	Ceftriaxone	1 month	Surgical debridement	Died	18
52/M	<i>Salmonella enterica</i>	None	Ciprofloxacin	1 month	Incision and drainage	Recovered	19
37/M	<i>Salmonella</i> sp.	Blunt chest trauma	NA	NA	NA	NA	20
17 months/F	BCG vaccination	None	Isoniazid and rifampin	6 months	Surgical debridement	Recovered	21
9 months/M	BCG vaccination	None	Isoniazid and rifampin and streptomycin	6 months	Surgical debridement	Recovered	22
47/M	BCG bladder instillation	Bladder carcinoma	Isoniazid and rifampin	NA	Surgical debridement	Recovered	23
4/F	BCG vaccination	None	Isoniazid and rifampin and ethambutol	12 months	Surgical debridement	Recovered	24
4 months/F	BCG vaccination	None	Isoniazid and rifampin	6 months	Surgical debridement	Recovered	25
2 months/M	<i>Staphylococcus aureus</i> and <i>Acinetobacter</i>	Bronchiolitis	NA	NA	None	Recovered	26
37/M	<i>Staphylococcus aureus</i>	Blunt chest trauma	Cephalexin	2 weeks	Surgical debridement	Recovered	27
38/M	<i>Staphylococcus aureus</i>	Placement of central venous catheter	Cefadyl	6 weeks	Surgical debridement	Recovered	28
54/M	<i>Staphylococcus aureus</i>	None	Floxacillin	6 weeks	None	Recovered	29
40/M	<i>Staphylococcus aureus</i>	None	Cefazolin	12 weeks	Surgical debridement	Recovered	30
53/M	<i>Staphylococcus aureus</i>	None	Cefazolin	12 weeks	Extensive surgical debridement	Recovered	30
60/F	<i>Staphylococcus aureus</i>	None	NA	8 weeks	Surgical debridement	Recovered	31

(Continued)

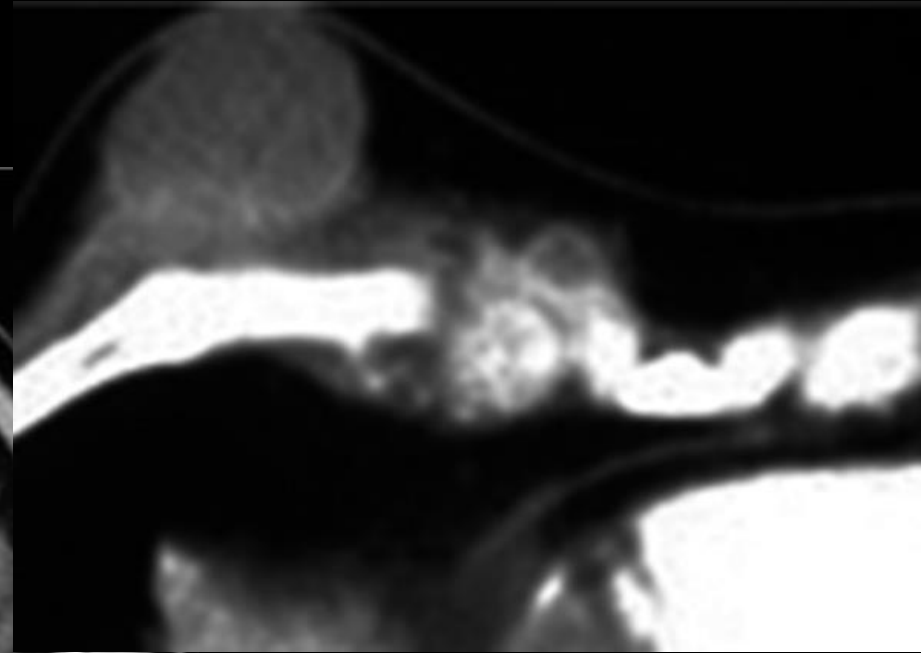
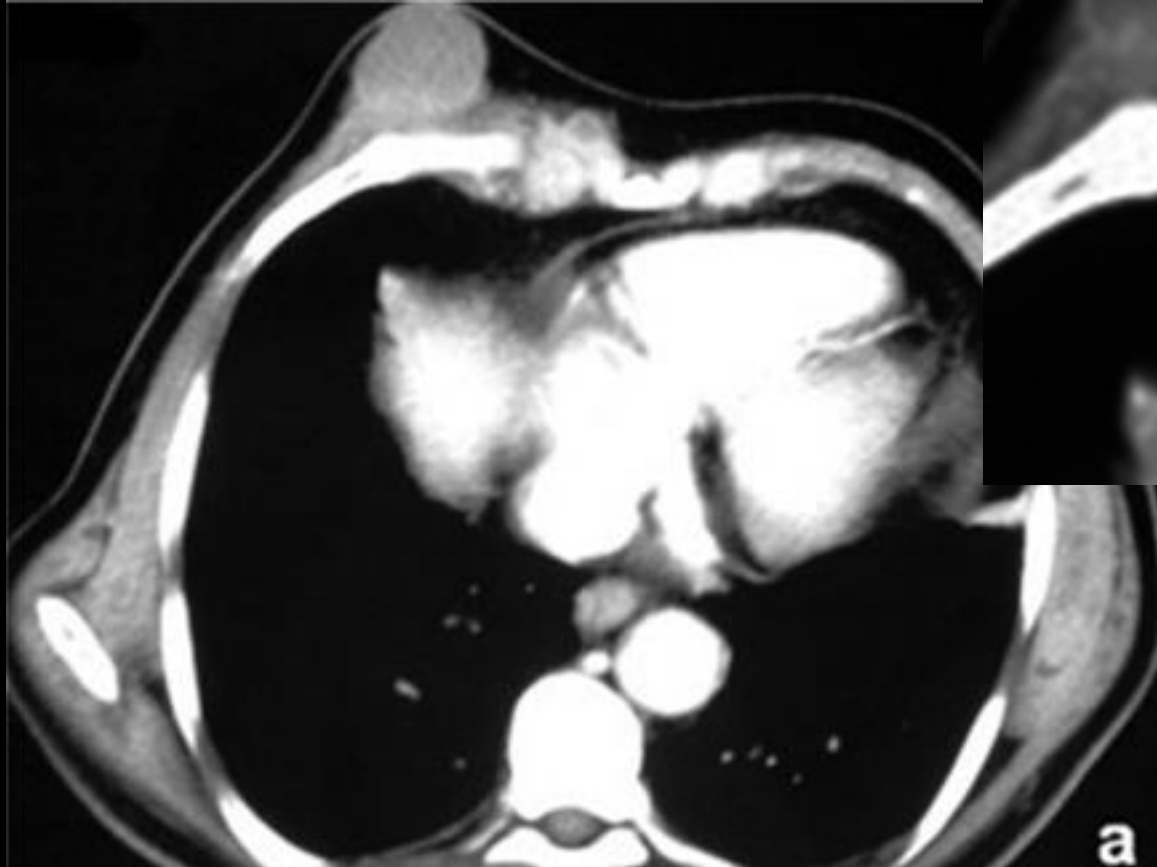
Chondrite infectieuse

- Par contiguïté: le plus souvent à *Mycobacterium tuberculosis*
 - Rare: 1-5% des localisations ostéoarticulaires, 0,1% des tuberculoses
 - Par extension parenchymateuse d'un empyème ou par drainage lymphatique d'une plèvre infectée



Abcès parasternal en rapport avec une tuberculose ganglionnaire de la chaîne mammaire interne avec atteinte pleurale

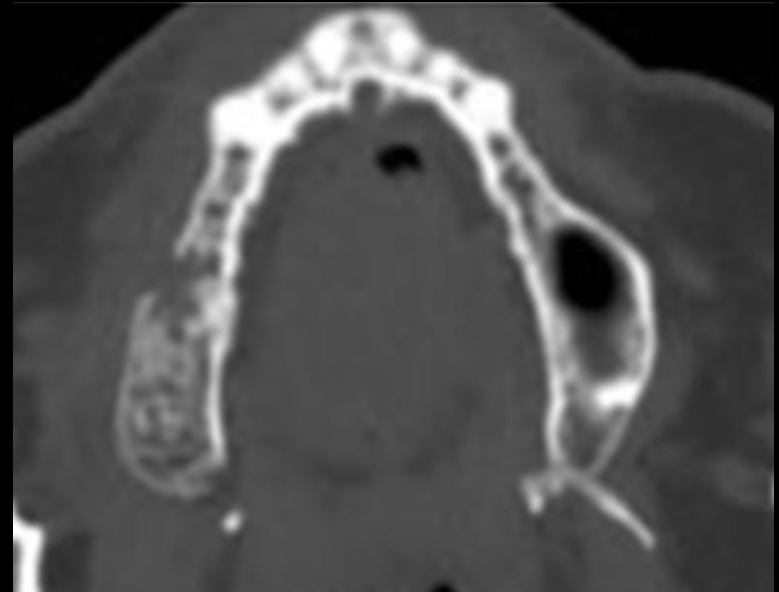
- Par inoculation directe transcutanée: abcès froids



a
Tuberculose de l'articulation costo
chondrale de la 6^{ème} côte droite

Infection à Fusobacterium

- Anaérobies à gram négatif de la cavité buccale, des voies aériennes supérieures, du tube digestif et de l'appareil génital féminin
- Possibles abcès à distance
 - épidural, psoas, sous phrénique
- Mauvais état bucco dentaire +++



Syndrome de Lemierre



Infection ORL à *Fusobacterium necrophorum*



Exotoxines prothrombotiques: thrombose septique d'extension progressive



Thrombose unilatérale de la veine jugulaire interne



Bactériémie

Emboles septiques



Pulmonaires ++
Autres: foie, SNC, os



- Genou
- Hanche
- Epaule

"Syndrome de Lemierre - like " thrombose veines sus hépatiques, veines ovariennes....

Gonzalez-Gay MA, Sanchez-Andrade A, Cereijo MJ, Pulpeiro JR, Armesto V. Pyomyositis and septic arthritis from *Fusobacterium nucleatum* in a nonimmunocompromised adult. J Rheumatol 1993;20:518–20.

Discussion

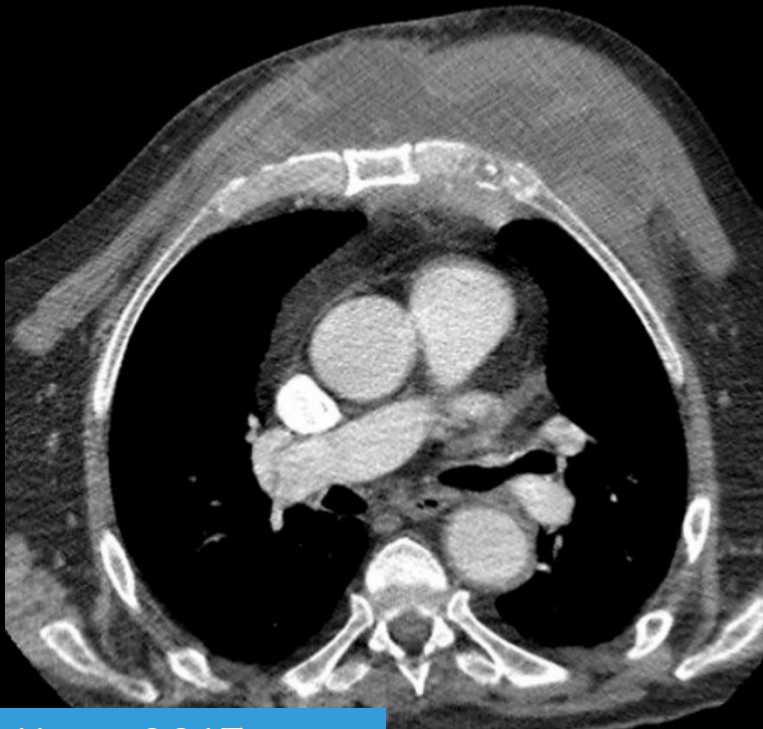
- **Costochondrite à *Fusobacterium necrophorum* jamais décrite**
 - 1 cas décrit d'arthrite sterno claviculaire d'origine possiblement digestive

Lau ES, Shuckett R. Fusobacterium septic arthritis of the sternoclavicular joint. J Rheumatol 1993;20:1979–81.

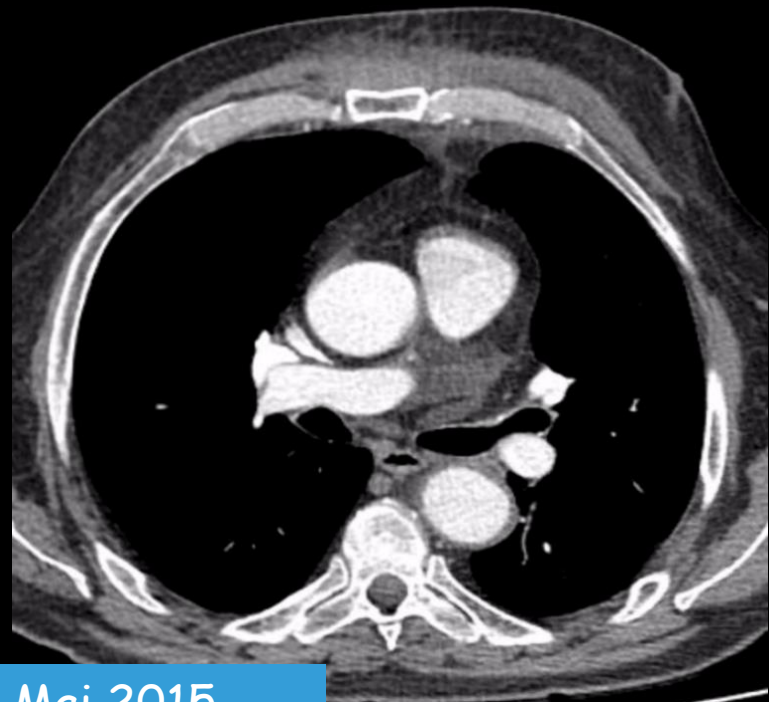
- **Absence de fièvre** chez notre patient, pas d'immunodépression retrouvée
- Pas de preuve de la thrombophlébite jugulaire ou d'autre localisation

Evolution clinique

- Prise en charge:
 - Drainage scanoguidé
 - Antibiothérapie de 6 semaines par Métronidazole
- TDM de contrôle à 6 semaines: régression



Mars 2015



Mai 2015

Conclusion

- Devant des douleurs et un syndrome de masse de la paroi thoracique:
 - Penser à une origine chondro costale
 - Cartilage vascularisé: donc possible atteinte infectieuse de dissémination hématogène
 - *Candida albicans* si patient toxicomane IV +++
- Chondrite infectieuse à *Fusobacterium necrophorum*: jamais décrite, abcès isolés à ce germe rare +++, le plus souvent dans un contexte de syndrome de Lemierre