

Une patiente de 57 ans est envoyée pour mise bilan de lombalgies et "contrôle de l' évolution" de lésions osseuses. Comment analyser de façon logique une image radiographique en pathologie ostéo-articulaire



Nikias Colignon,  
Olivier Heck,  
Oriane Bazin  
IHN

vous pouvez appliquer une méthode acronymique

les ABC ' S de la radiographie  
ostéo-articulaire

A = alignement

B = OS (bone)

C = cartilage

S = tissus mous (soft tissue)

en commençant par le S  
pour ne pas l'oublier ! ! !





1991

les tuméfactions "en fuseau" des  
tissus mous sont bien visibles, en  
regard de zones de modification de  
la texture et de la densité osseuse  
les interlignes articulaires sont  
normaux

Deux ans plus tard

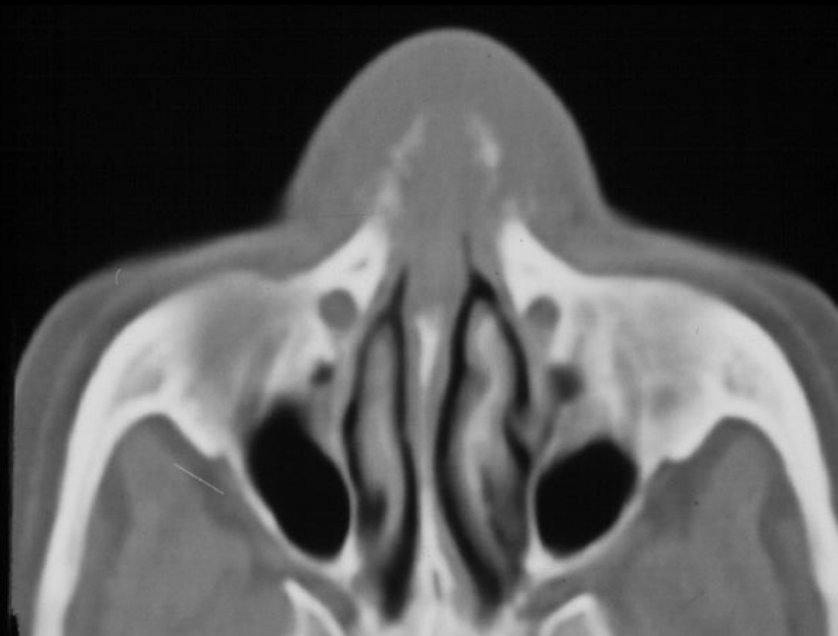


1991



1993



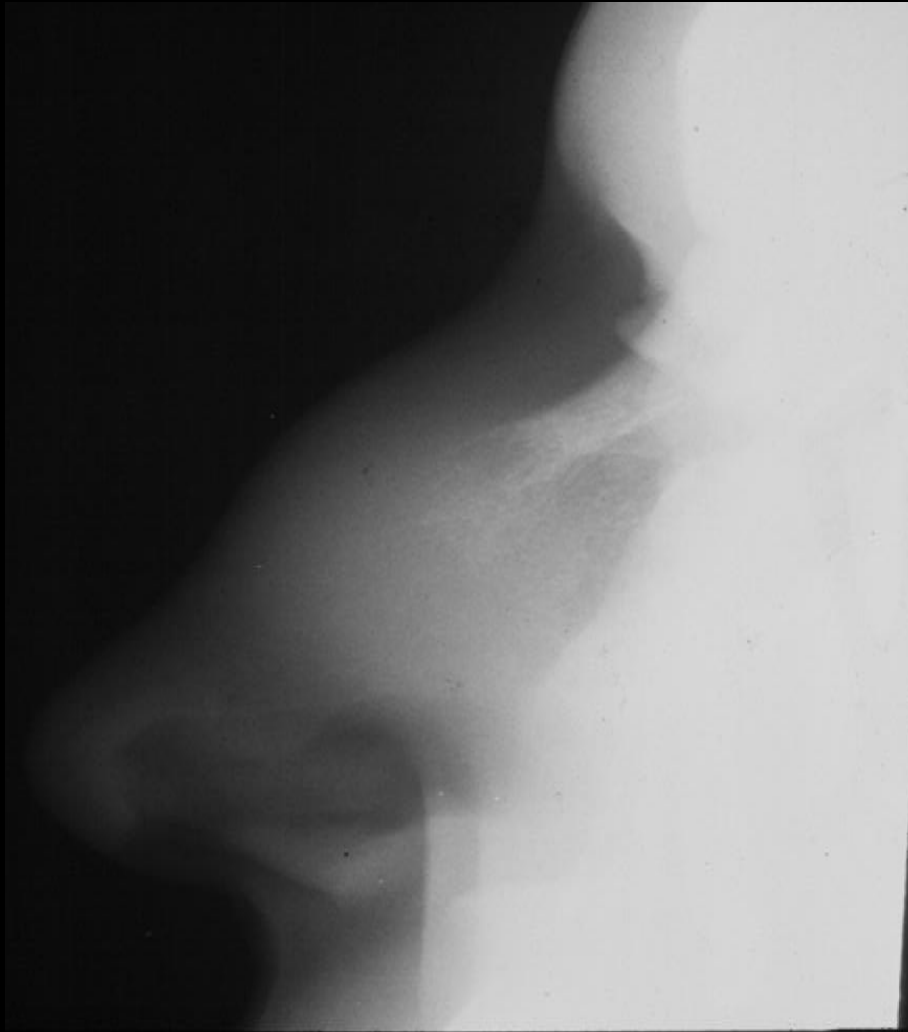


**une petite masse nasale est perçue  
par la patient avec une gêne  
respiratoire**

**elle correspond au cartilage et à  
l'arrête osseuse nasale**

D





1991



2007

1991



1002-1012  
D



G  
2007

voire diagnostic est  
probablement établi, avec une  
ferme conviction

voici quelques cas compagnons

# cas compagnon n° 1

Homme 41 ans ; Originaire du Maroc,  
professeur des universités

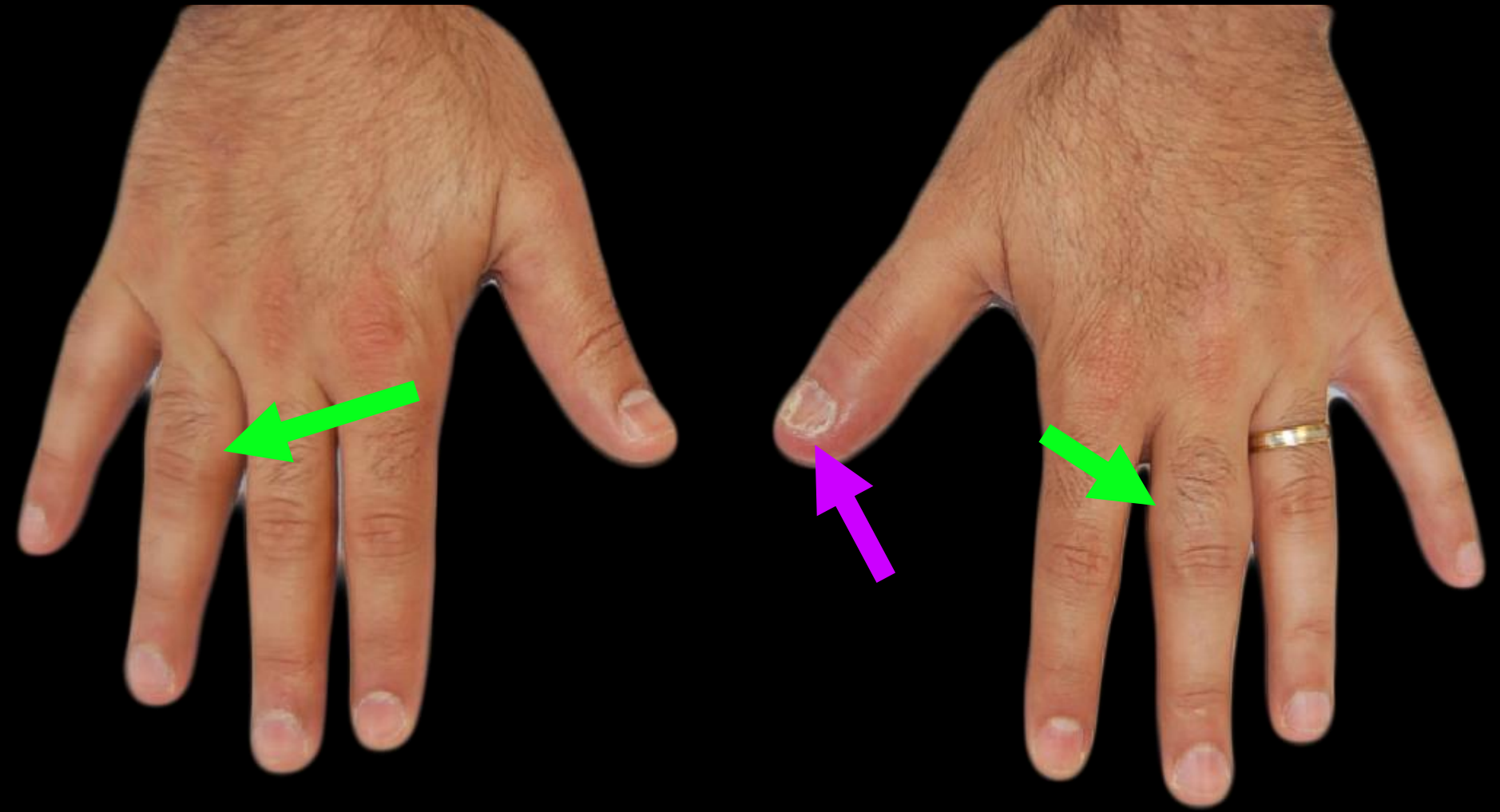
Depuis 3 semaines: tuméfaction de P2  
de l'hallux droit avec périonyxis

2007: dystrophie d'apparition  
progressive de l'ongle du pouce G (ttt  
anti mycotiques inefficaces)

Tuméfactions de doigts peu gênantes  
au quotidien

Notion de lésions cutanées fluctuantes  
de la face dorsale des deux mains





tuméfactions localisées circonférentielles multifocales



**D**

V droit



IV droit



I gauche



notez l'épaississement des tissus mous correspondant aux tuméfactions localisées circonférentielles multifocales, en regard des lésions osseuses



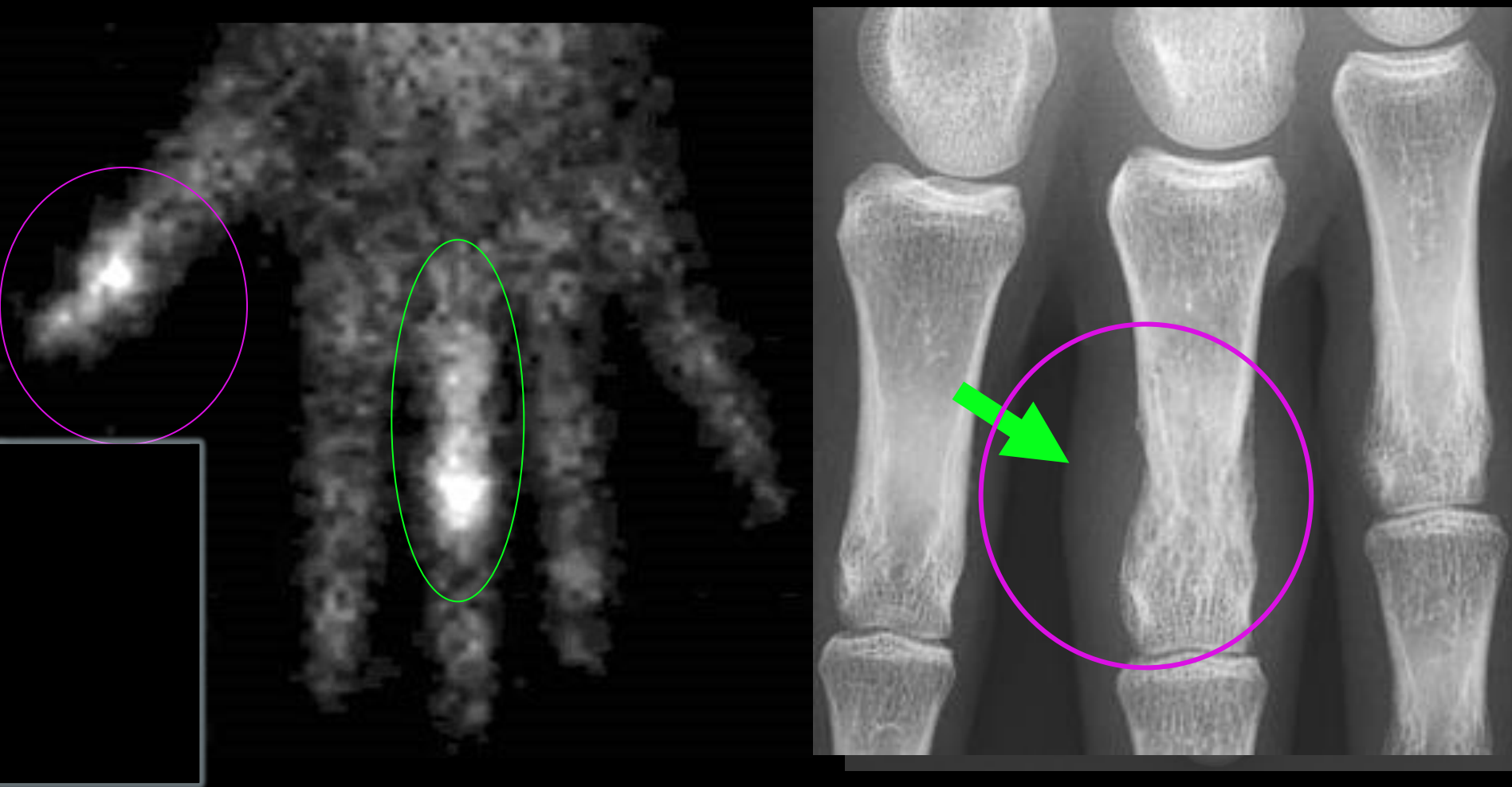
**D**



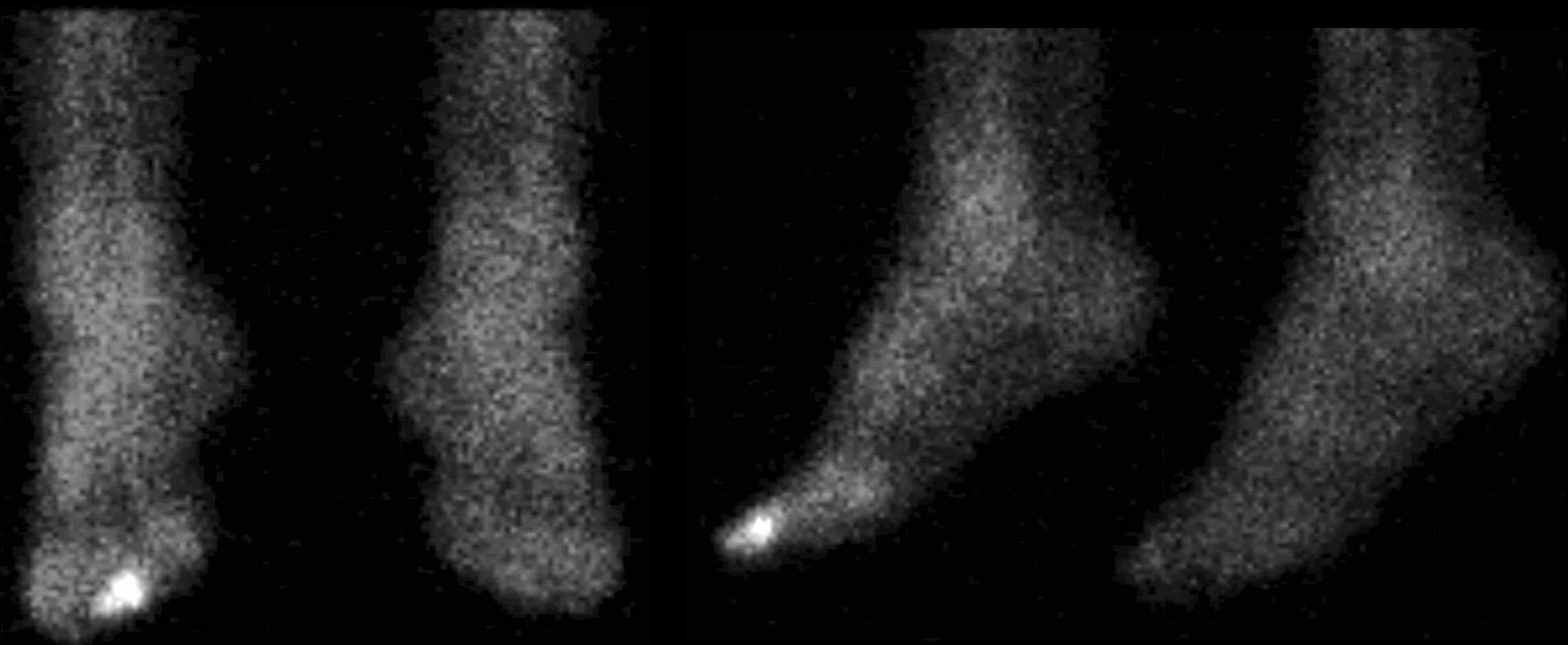
Temps précoce

Temps tardif



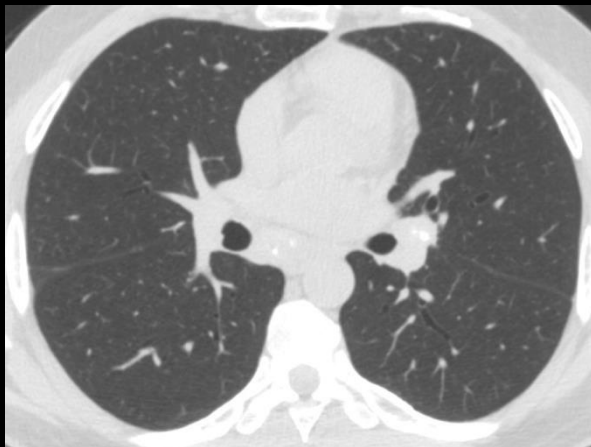
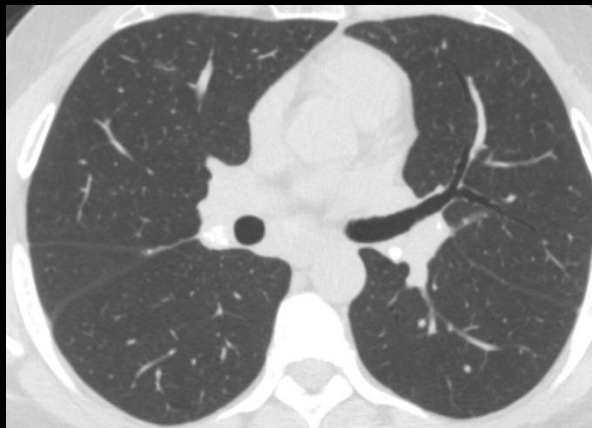
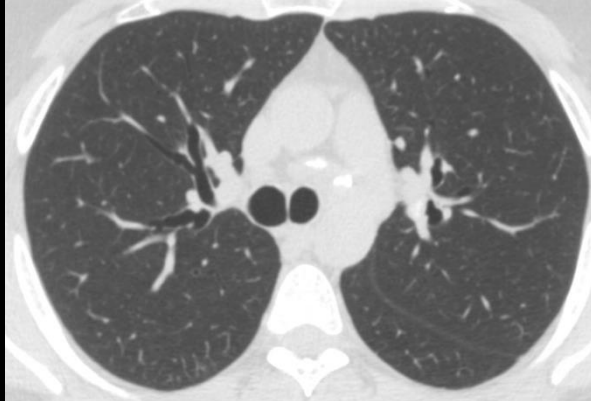


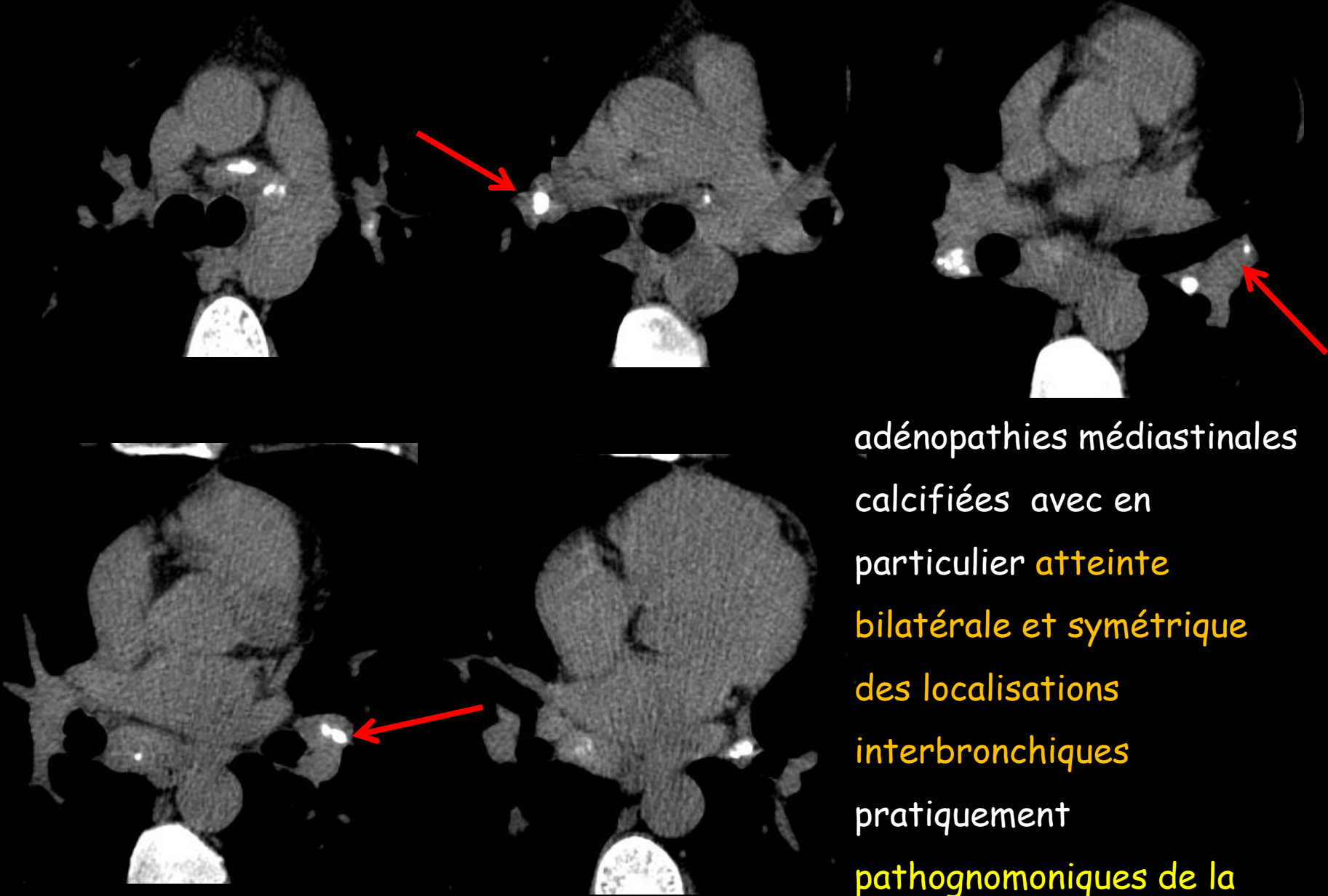
la juxtaposition de l'épaississement des tissus mous et des lésions osseuses est un élément très précieux pour le diagnostic positif radiologique de la **dactylite sarcoidosique**. Notez l'hyperfixation des diphosphonates marqués au  $^{99m}\text{Tc}$  dans tout le tissu granulomateux intra et extra-osseux





I droit





adénopathies médiastinales  
calcifiées avec en  
particulier atteinte  
bilatérale et symétrique  
des localisations  
interbronchiques  
pratiquement  
pathognomoniques de la  
sarcoïdose

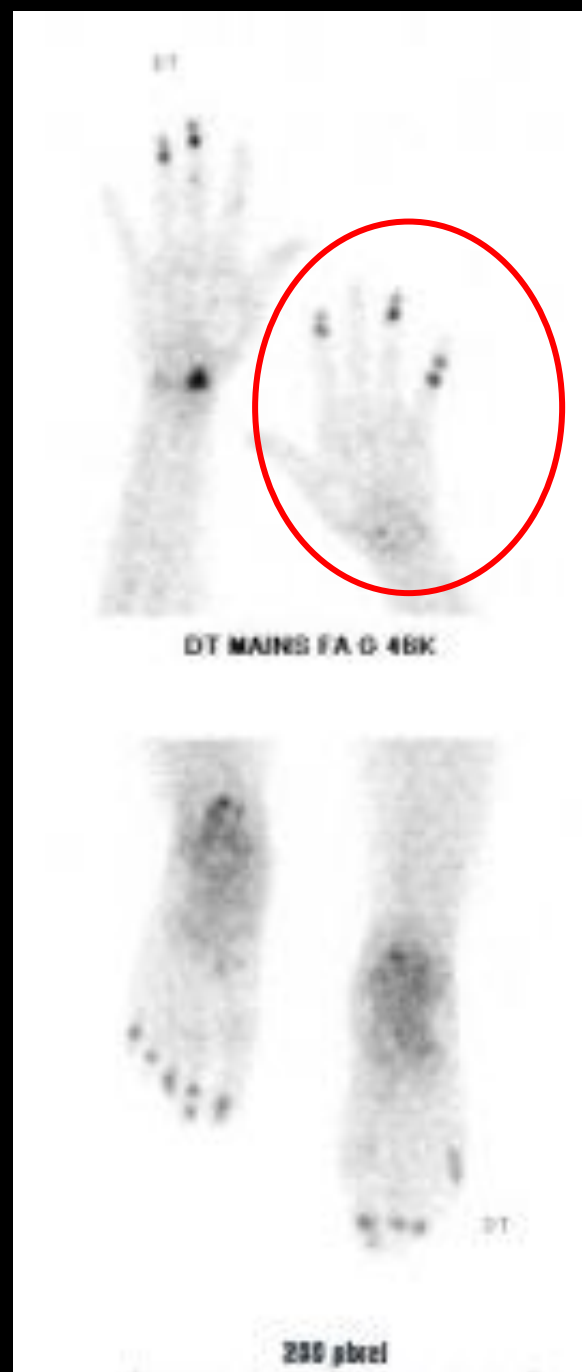
## cas compagnon n° 2

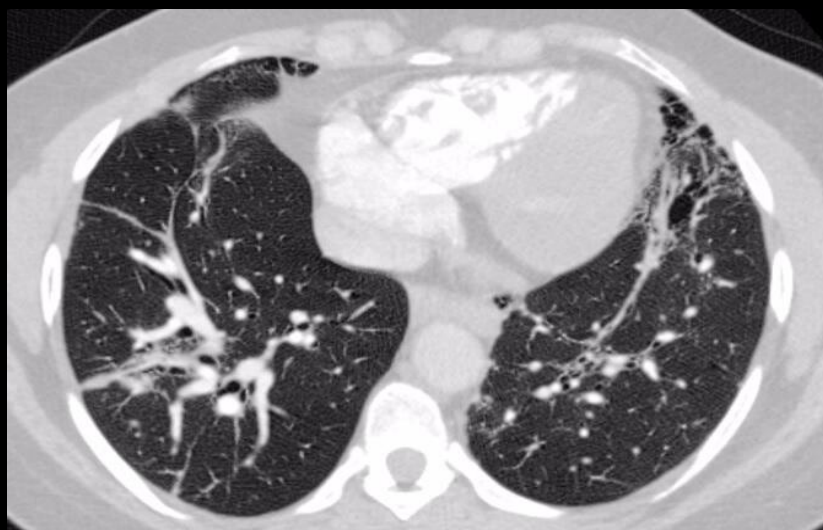
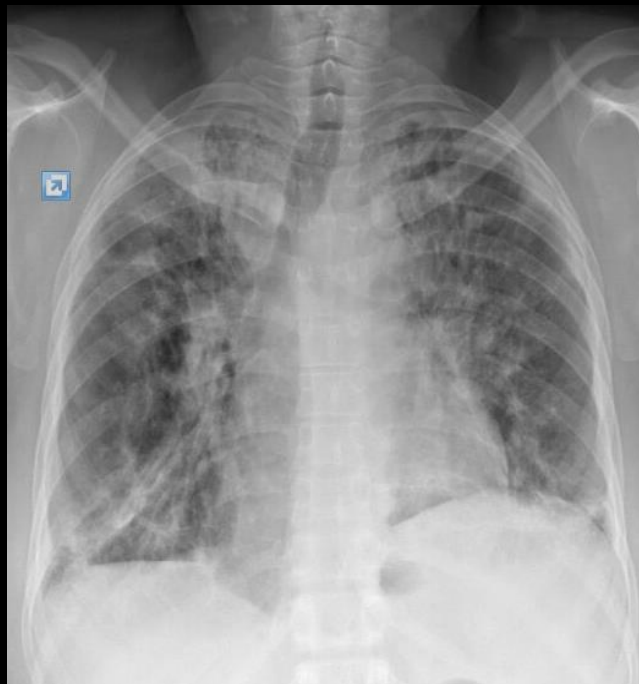
Femme de 42 ans, origine africaine . ATDC: uvéite antérieure

Oligo-arthrite de cheville droite et genou gauche . Rythme inflammatoire

Signes inflammatoires locaux . CRP 21,7 mg/L







**sarcoïdose de type fibreux.** L'atteinte rétractile biapicale symétrique sans excavation ni dissémination bronchogène est, à elle seule, très évocatrice.

# l'imagerie de la dactylite sarcoïdique ou maladie de Perthes-Jungling.

forme la plus typique de l'atteinte osseuse de la sarcoïdose, **la maladie de Perthes-Jungling** était un des "morceaux de bravoure" (ou de bravitude comme le disent certain(e)s énarques) des "vieux radiologues" de la génération de l'Oncle Paul (ou plus vieux encore; cela existe mais devient rare...!)

à cette époque paléoradiologique, la connaissance de cette forme de sarcoïdose était considérée comme un marqueur du "niveau médical" du radiologue .

On ne saurait trop recommander aux jeunes radiologues de bien connaître ces images et leur dénomination "à l'ancienne", pour le cas où ils croiseraient un "fossile" radiologique dont ils souhaiteraient gagner (ou garder) l'estime.

# les atteintes osseuses de la sarcoïdose.

-elles touchent 5 à 10 % des patients atteints de sarcoïdose et représentent 5 à 15 % des manifestations extra-thoraciques de la maladie . Les atteintes articulaires sont plus fréquentes (50 % des atteintes extrathoraciques)

-les atteintes osseuses des extrémités sont les plus caractéristiques :

multiples, bilatérales, asymétriques

elles touchent essentiellement les phalanges

(P1-P2) des mains et des pieds

elles peuvent s'accompagner +/- atteinte cutanée (*lupus pernio*), d'un gonflement des parties molles et/ou d'une ténosynovite.(dactylite)



-plusieurs formes radiologiques d'atteinte osseuse sarcoïdique ont été décrites dans les localisations aux petits os tubulaires des extrémités :

. forme lytique à grande bulle



. forme kystique circonscrite cystoïde (diagnostic différentiel historique : la spina ventosa ou dactylite tuberculeuse de l'enfant)



.forme diffuse micro-géodique grillagée

*Journal of Postgraduate Medicine, Vol. 52,  
No. 4, October-December, 2006, pp. 314*

-les atteintes sarcoïdiques du **squelette axial** sont rares  
mais posent de difficiles problèmes de diagnostic en raison  
de leur caractère protéiforme

**l'atteinte rachidienne** exceptionnelle

- touche préférentiellement le rachis thoracique

bas et lombaire

- est souvent multifocale et respecte les disques

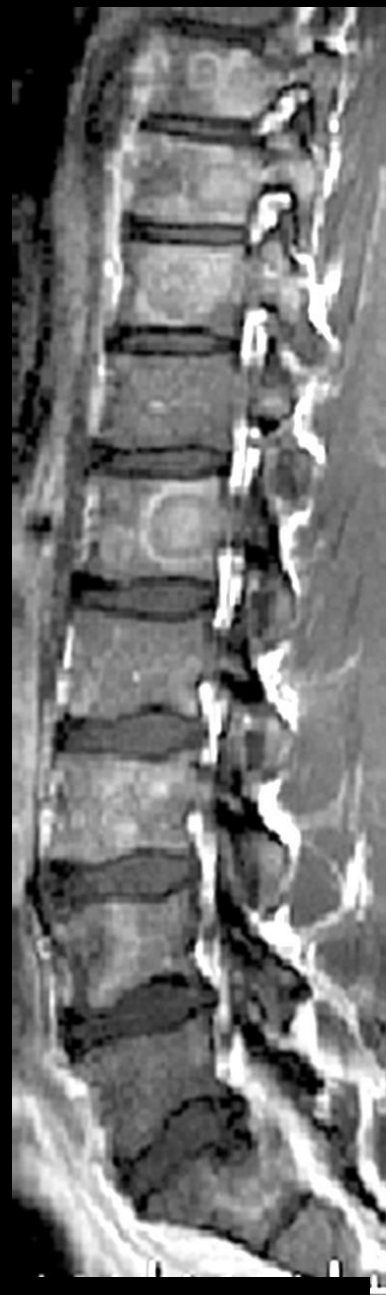
intervertébraux

- peut revêtir un aspect lytique, sclérotique ou

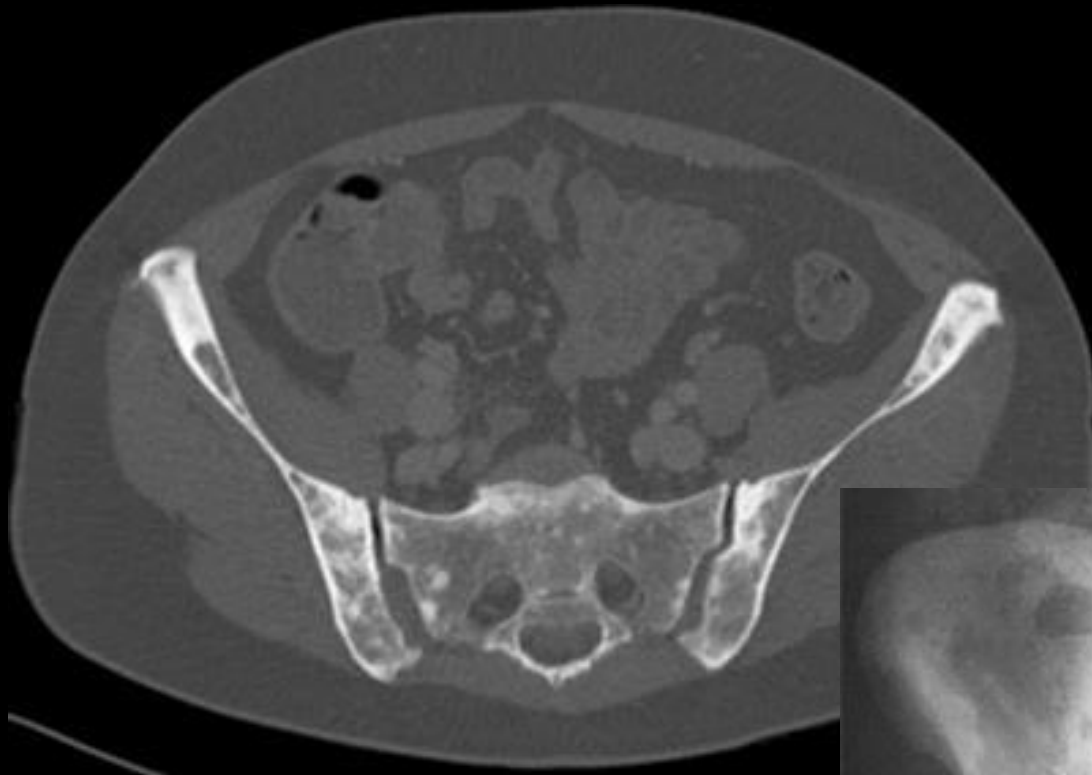
**mixte**



**-sarcoïdose rachidienne  
condensante multifocale**

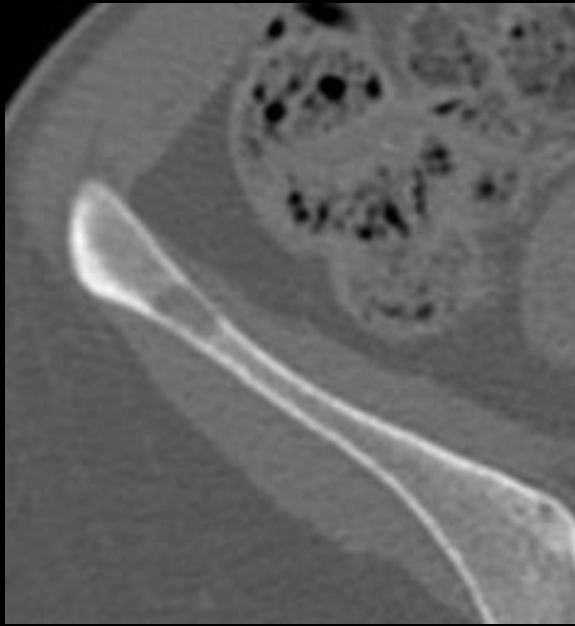


-sarcoidose rachidienne condensante multifocale

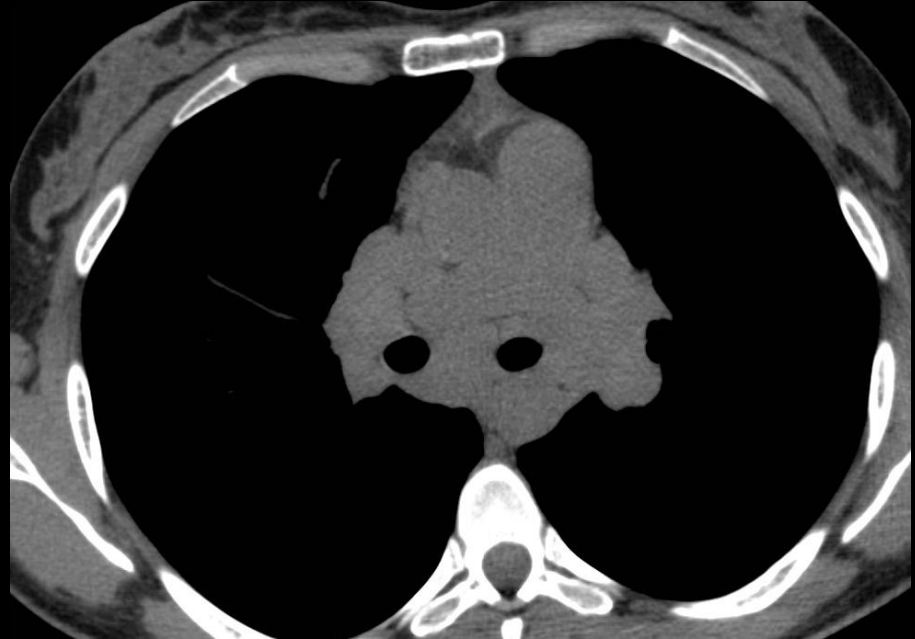
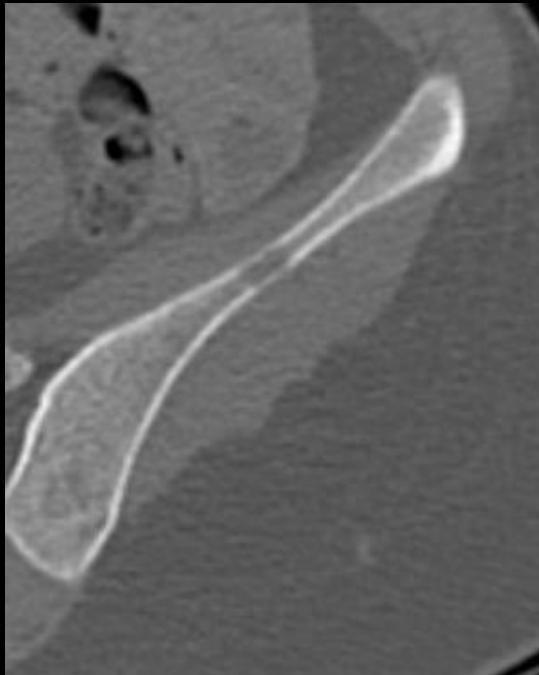


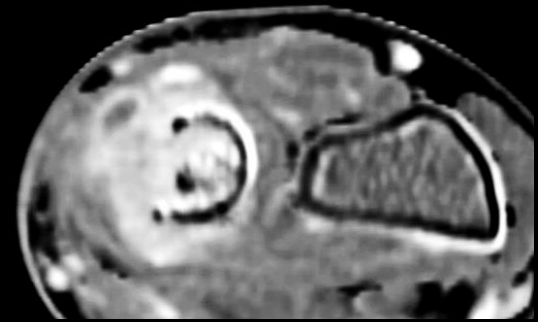
-sarcoïdose condensante  
multifocale de la ceinture  
pelvienne



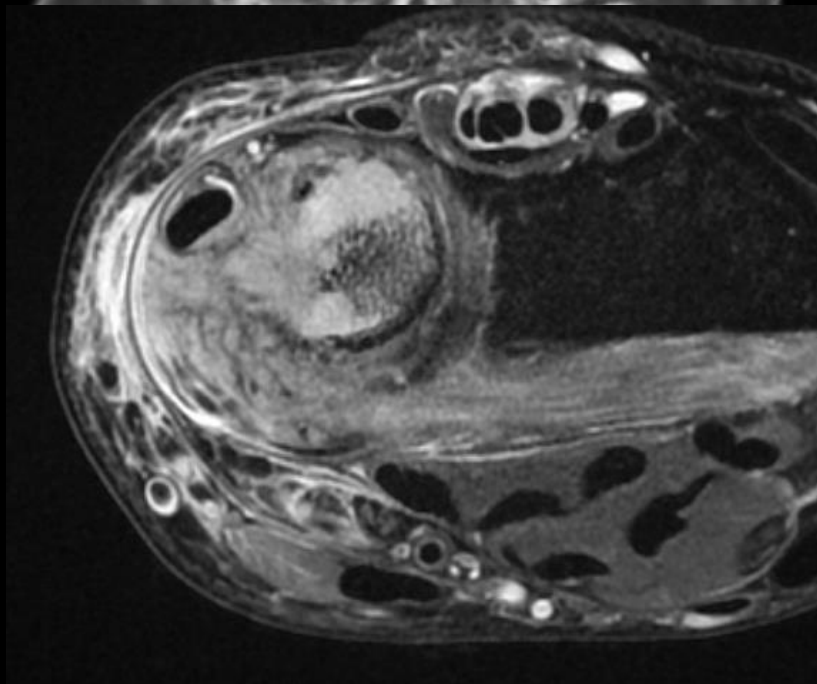


-localisations sarcoïdiques  
lytiques des ailes iliaques  
jeune femme 25 ans





-localisation sarcoïdique au poignet chez un jeune sujet oligophrène



# take home messages

-la **dactylite** est l'**atteinte** "rhumatologique" la plus fréquente, la plus typique et la plus connue de la sarcoïdose

-elle se caractérise sur le plan clinique par des **tuméfactions localisées** des parties molles des doigts, "en fuseau", peu symptomatiques, touchant avec prédilection les 2 et 3<sup>èmes</sup> phalanges



-l'aspect radiographique ou **maladie de Perthes-Jungling** est lui aussi caractéristique associant à un épaissement localisé des tissus mous des remaniements du segment osseux sous-jacent : images lytiques de taille variable pouvant prendre des **aspects très évocateurs : grillagé, cystoïde (kystique circonscrit)**

-le diagnostic radiologique ne nécessite ni scanner, ni IRM, ni biopsie....**seulement un peu de mémoire visuelle et de méthode dans la lecture des clichés standards**

-l'essentiel est dans **la reconnaissance d'une anomalie localisée des tissus mous** autour ou au contact d'un remaniement focal de la trame osseuses

-souvenez vous et adoptez au quotidien les ABC'S de la lecture des images en pathologie ostéo-articulaire, en commençant par le S (soft tissues) pour ne pas

l'oublier **A**(lignement) **B**(one = os) **C**(artilage) **S**(oft tissues)