

avril 2016

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

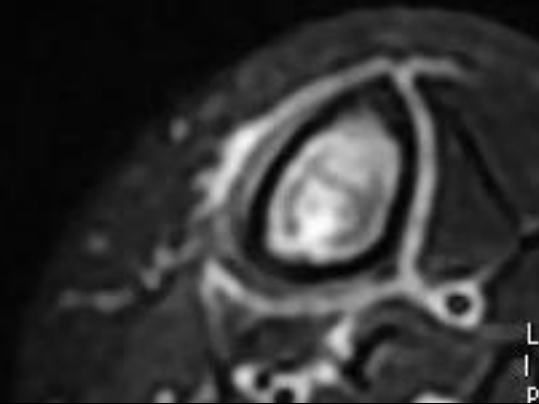
avril 2016



avril 2016

ET:15

R
S
A



L
I
P

hypersignal T2
intense de la
diaphyse intéressant
la cavité médullaire

ET:15

R
S
A

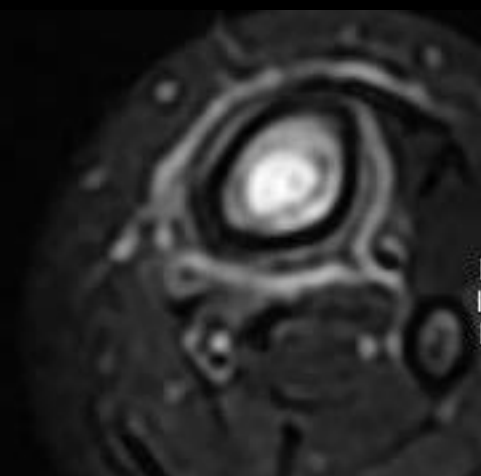
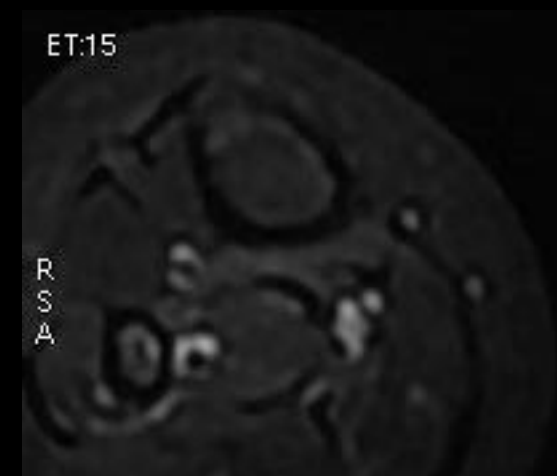


L
I
P

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

ET:15

R
S
A



L
I
P

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

VR360 MR01 OCUT
1/22

37.4
1.0cm

L/90

if
10kHz

ay_12/FL:p+c
27.3
.0sp

/3.00 NEX
/TRF/2512

juin 2017

PARA
M12Y

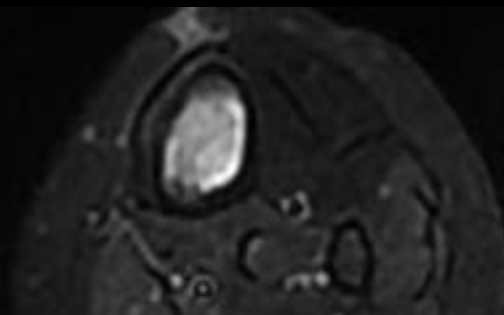
WWW

IPR

juin 2017

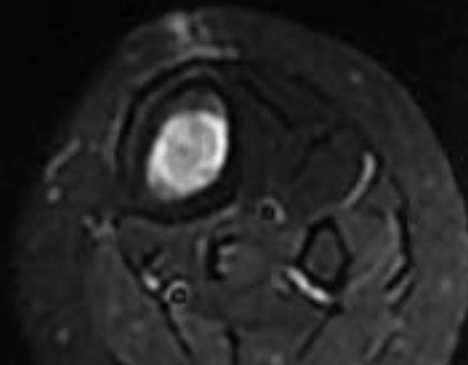
ET:15

R
S
A

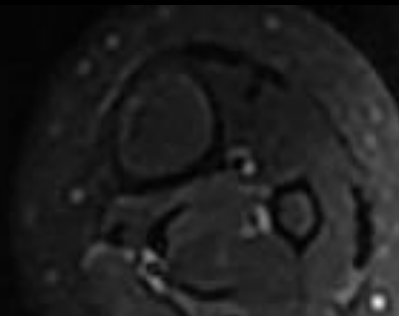
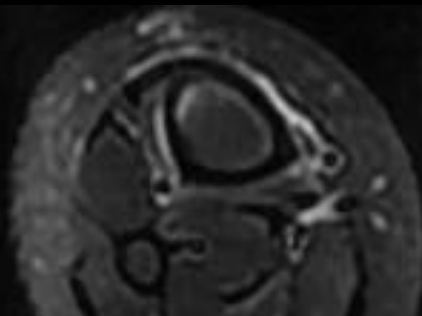


ET:15

R
S
A



R
S
A

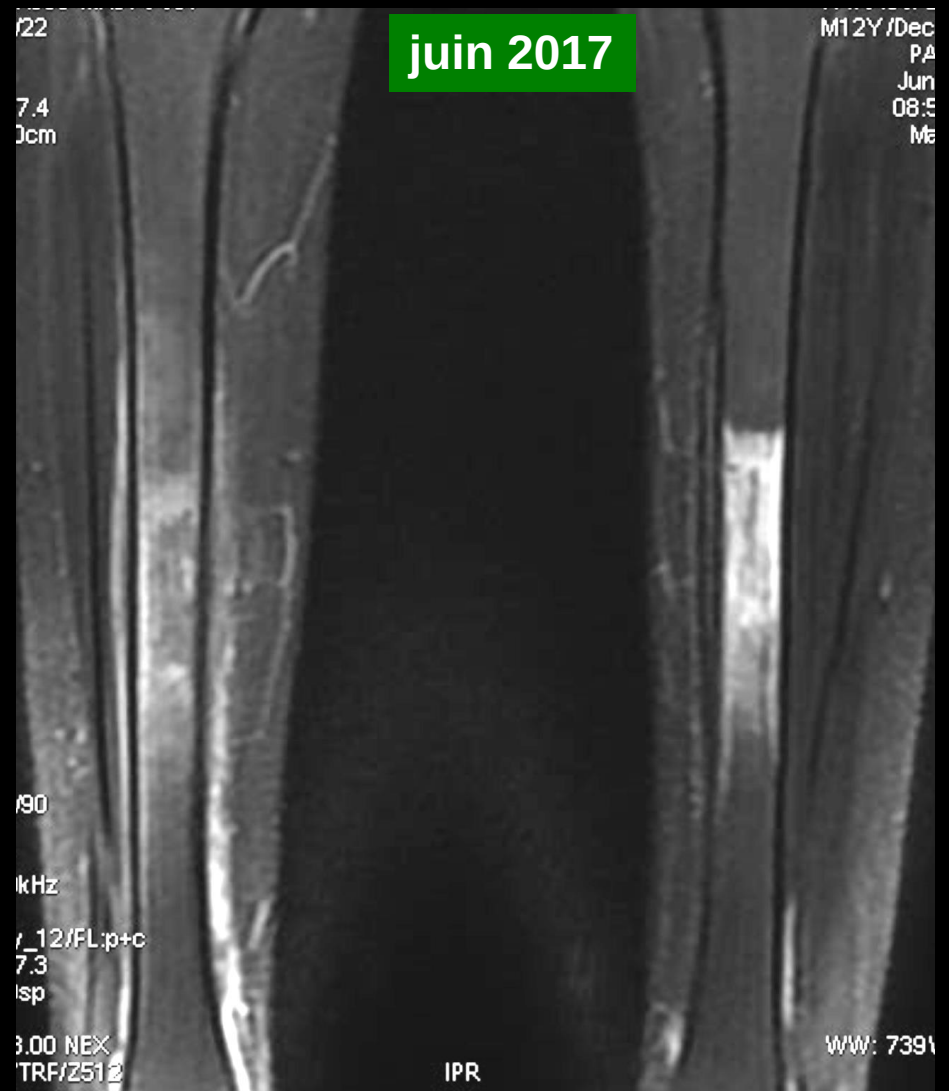


les anomalies
observées du côté
droit en juin 2017
sont du même type
que celles observées
en avril 2016 à
gauche

avril 2016



juin 2017



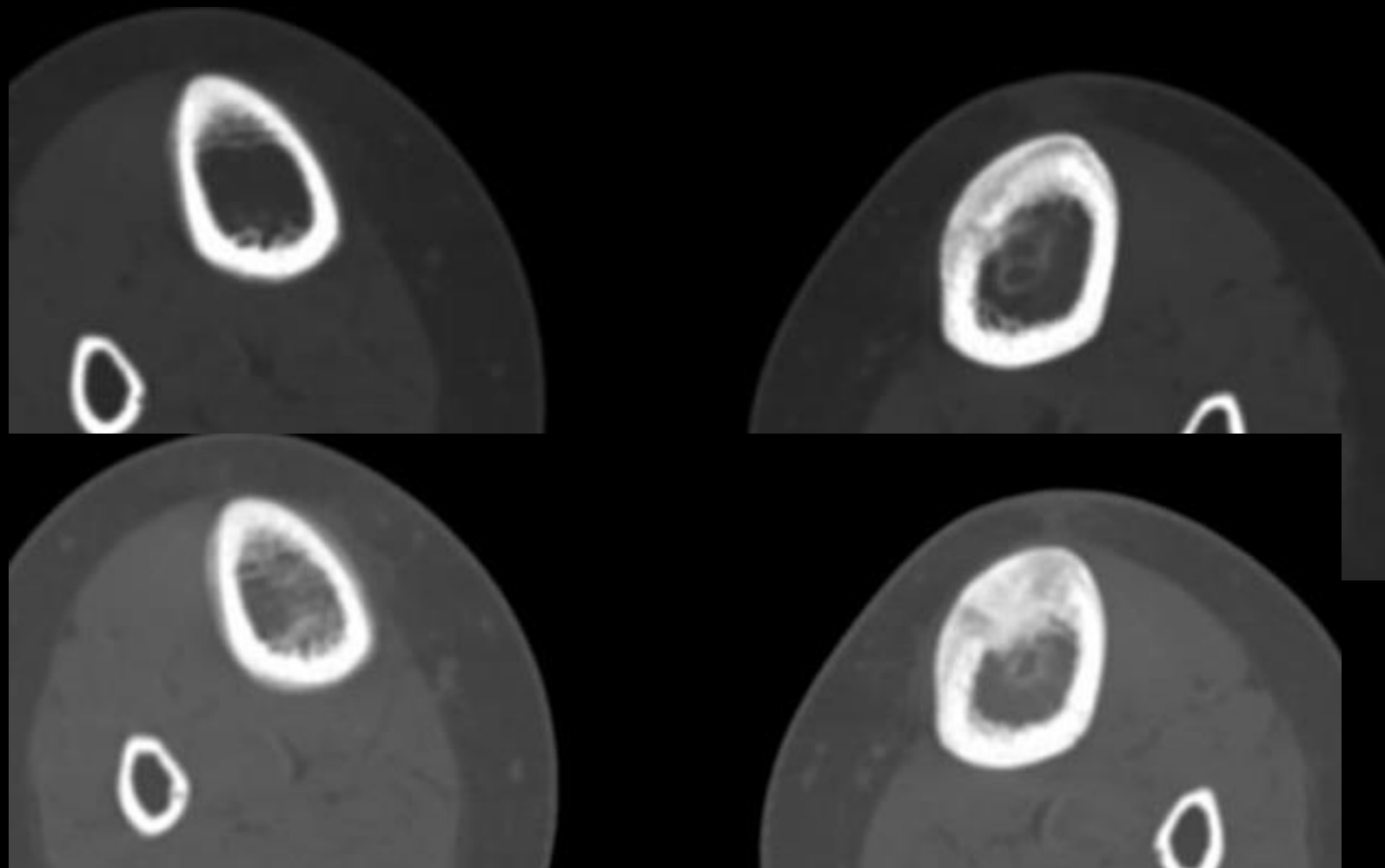
comparaison des images pondérées T2 avec saturation du signal de la graisse ,
avril 2016 vs juin 2017

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 **rares** (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

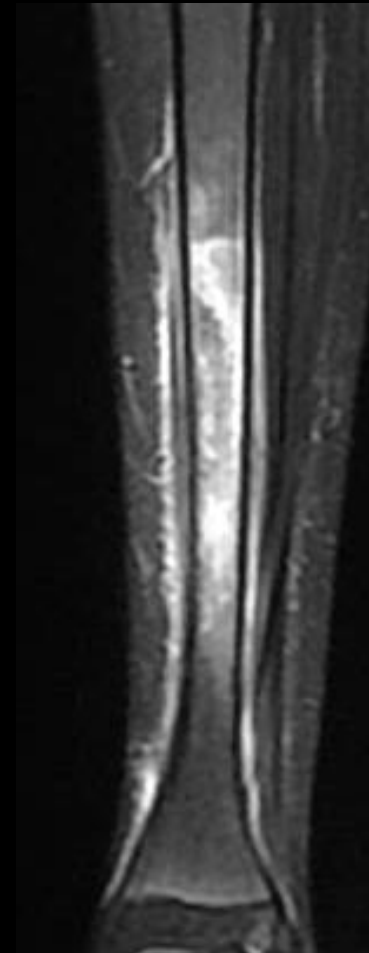
Imagerie

la scintigraphie aux diphosphonates marqués au ^{99m}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...

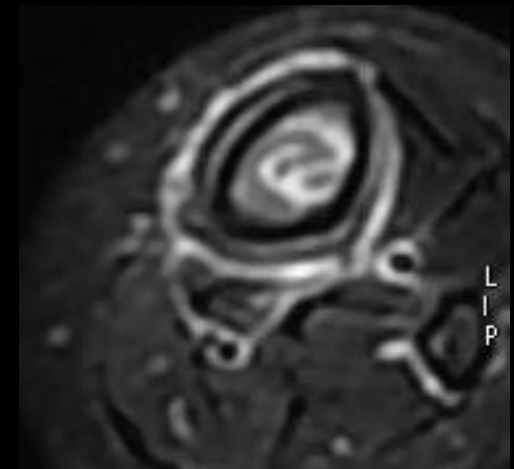
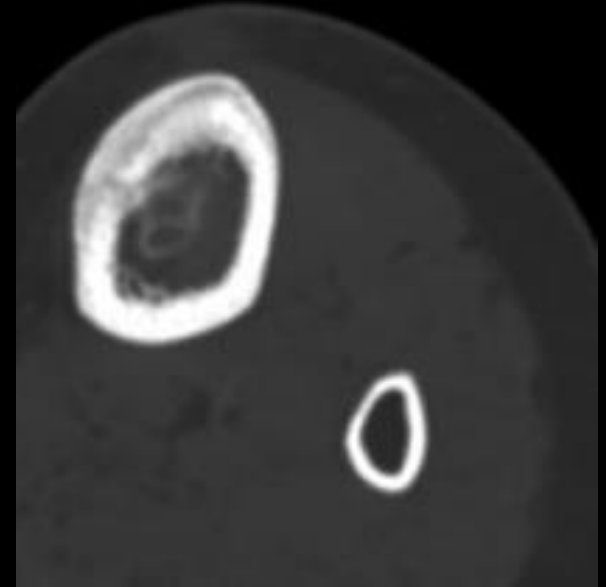
la **distribution symétrique des lésions** est un
élément de valeur pour le diagnostic



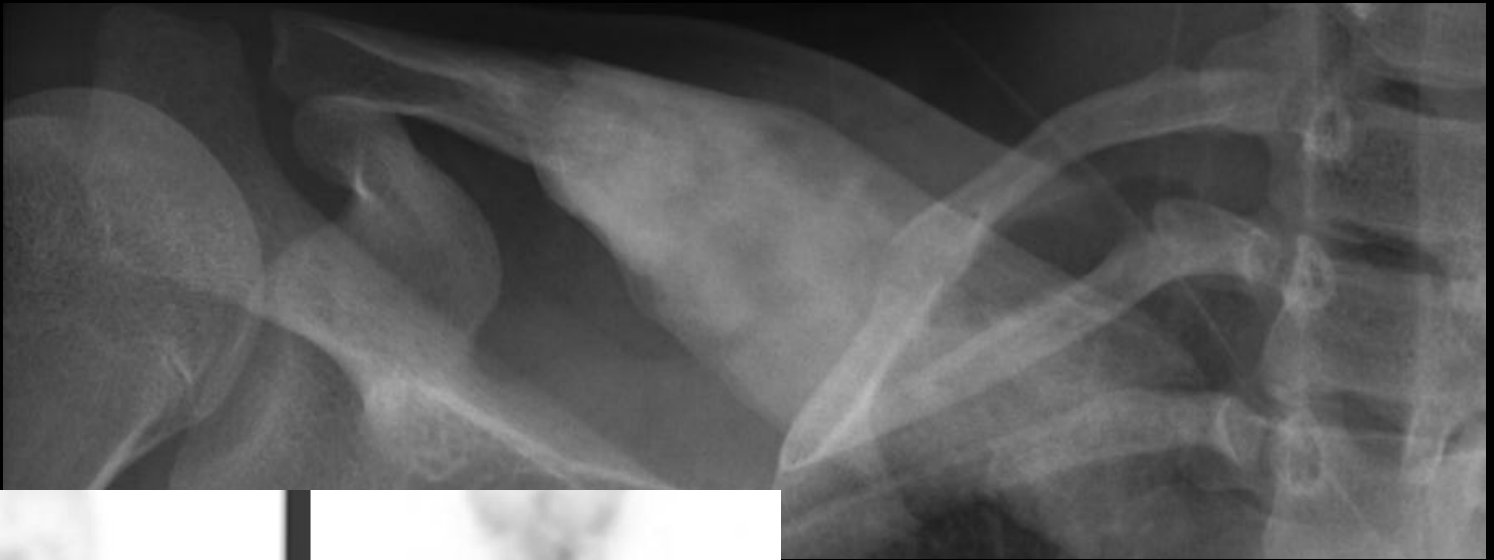
la réaction périostée est un trait de
caractère des OCM.R

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-costoclaviculaire) 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

