

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

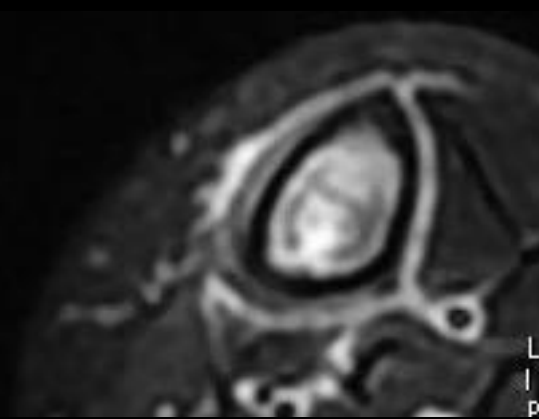
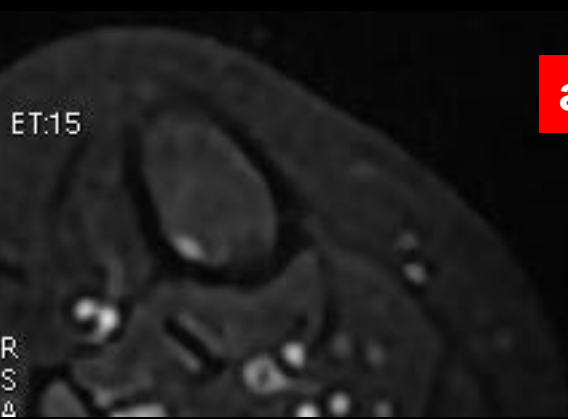
avril 2016



avril 2016

ET:15

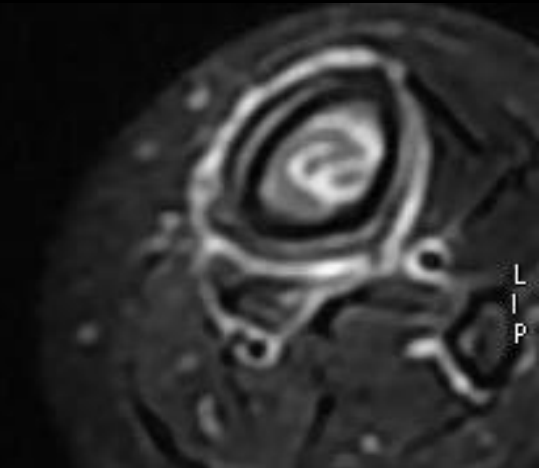
R  
S  
A



hypersignal T2  
intense de la  
diaphyse intéressant  
la cavité médullaire

ET:15

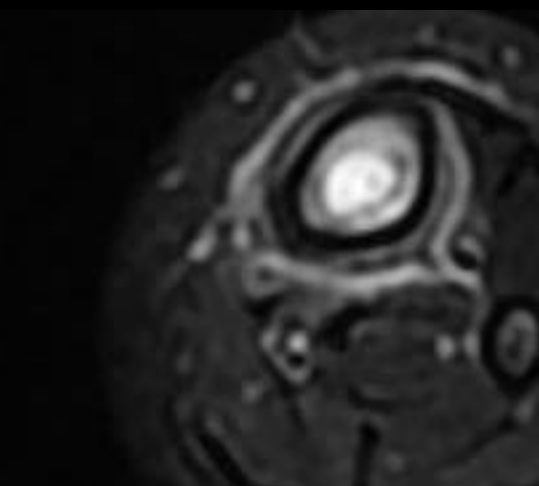
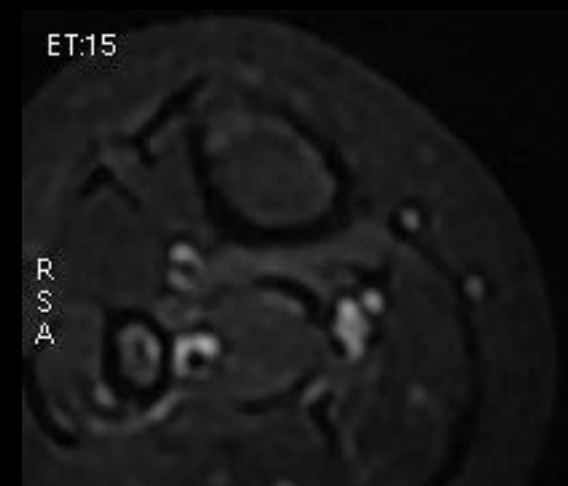
R  
S  
A



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

ET:15

R  
S  
A



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

MR360 MRU1 OCUT  
1/22

37.4  
1.0cm

L/90

f  
10kHz

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

/3.00 NEX  
/1TR/2512

juin 2017

FARA  
M12Y

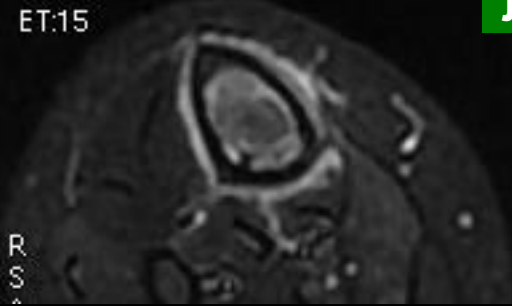
WWW

IPR

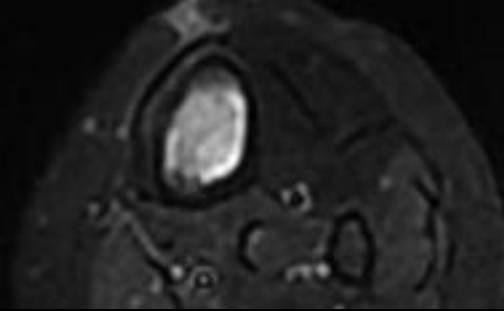


juin 2017

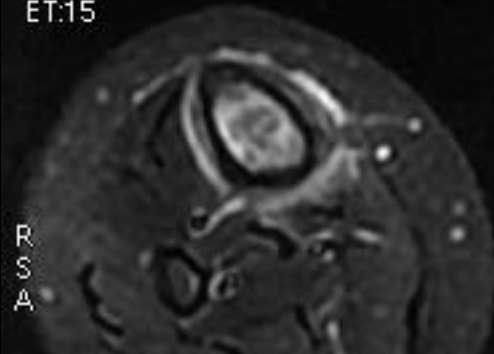
ET:15



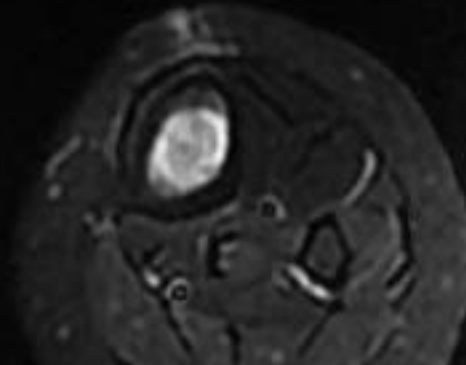
R  
S  
A



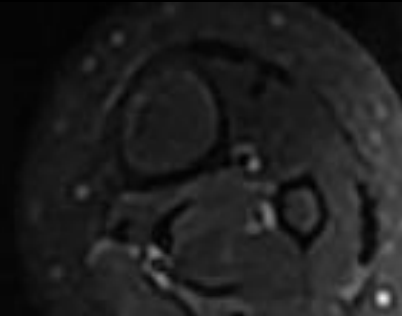
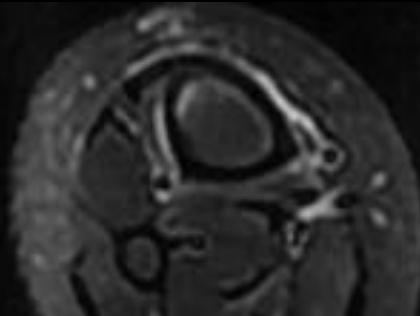
ET:15



R  
S  
A



R  
S  
A

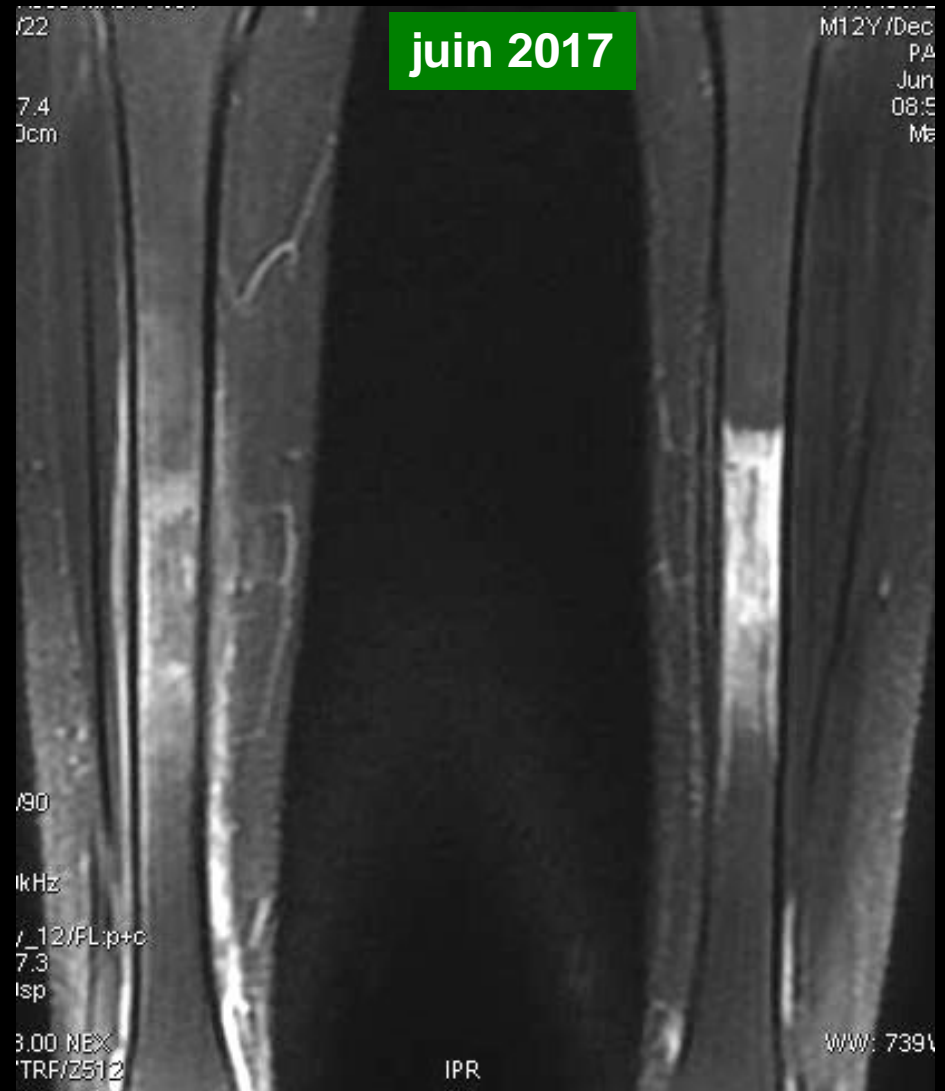


les anomalies  
observées du côté  
droit en juin 2017  
sont du même type  
que celles observées  
en avril 2016 à  
gauche

avril 2016



juin 2017



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

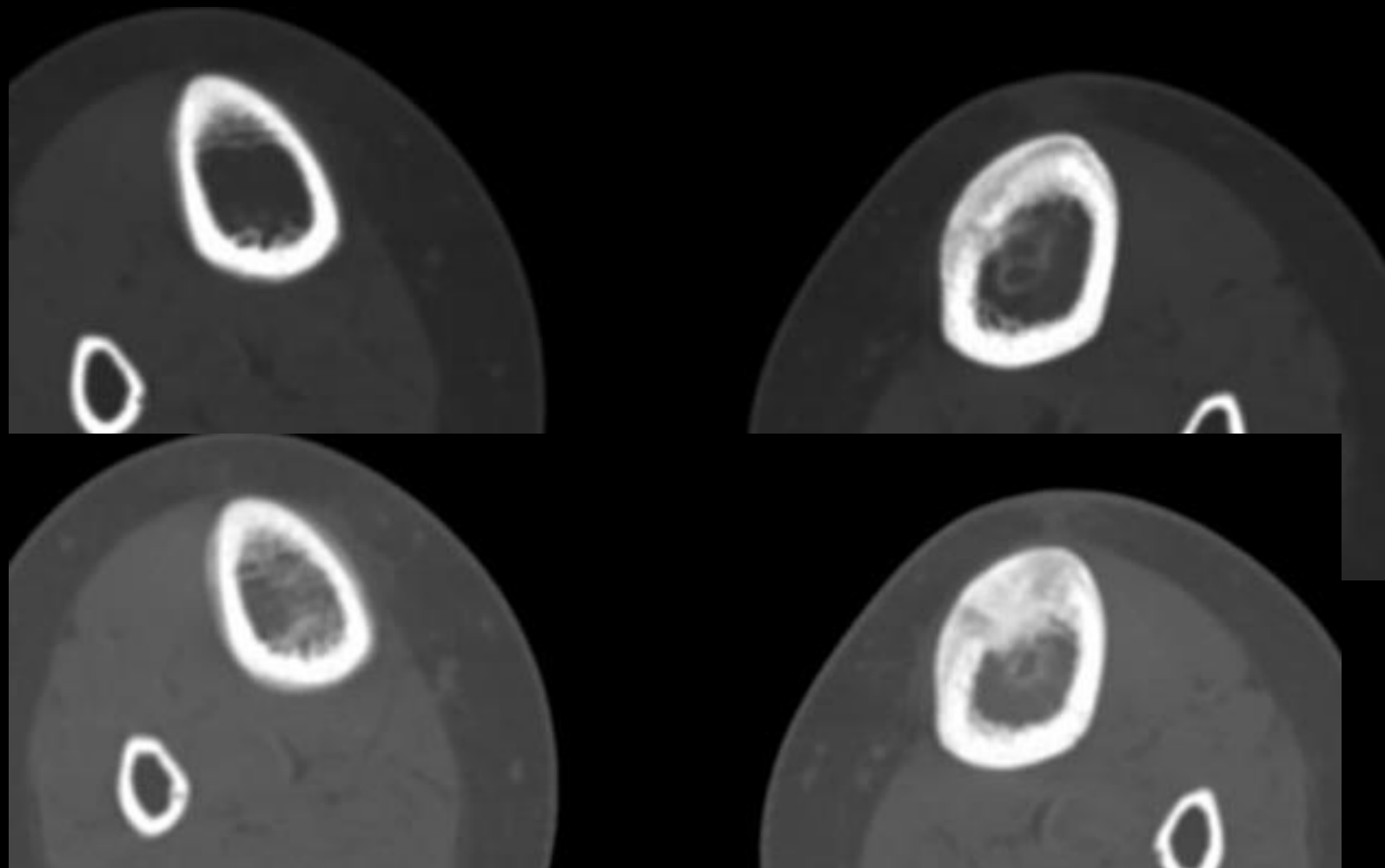
avril 2016

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 **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

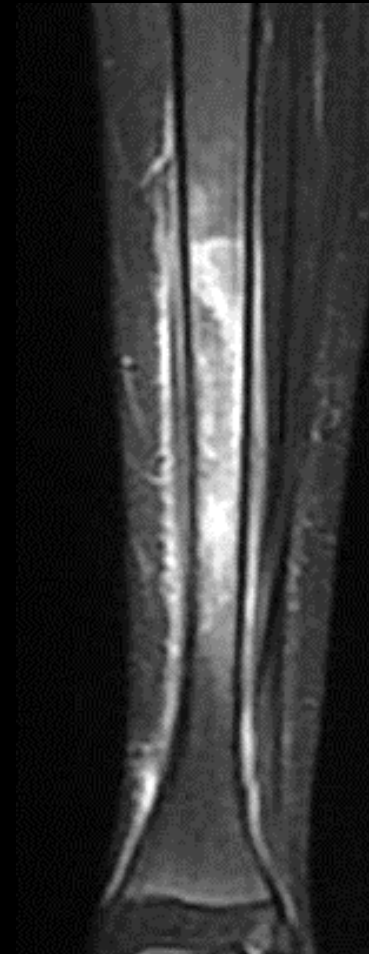
la scintigraphie aux diphosphonates marqués au  $^{99m}\text{Tc}$  , par son caractère d'examen "corps entier" , est la technique de choix pour la mise en évidence des atteintes multifocales.

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...

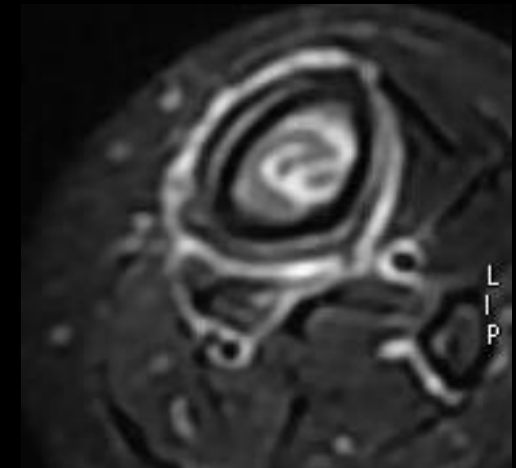
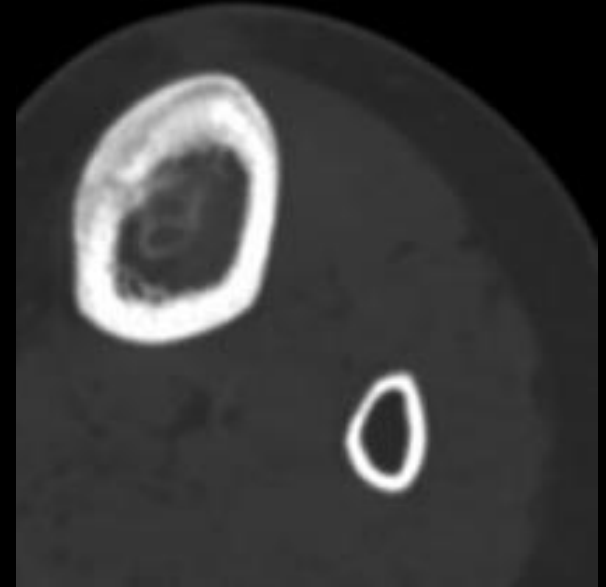
la **distribution symétrique des lésions** est un  
élément de valeur pour le diagnostic



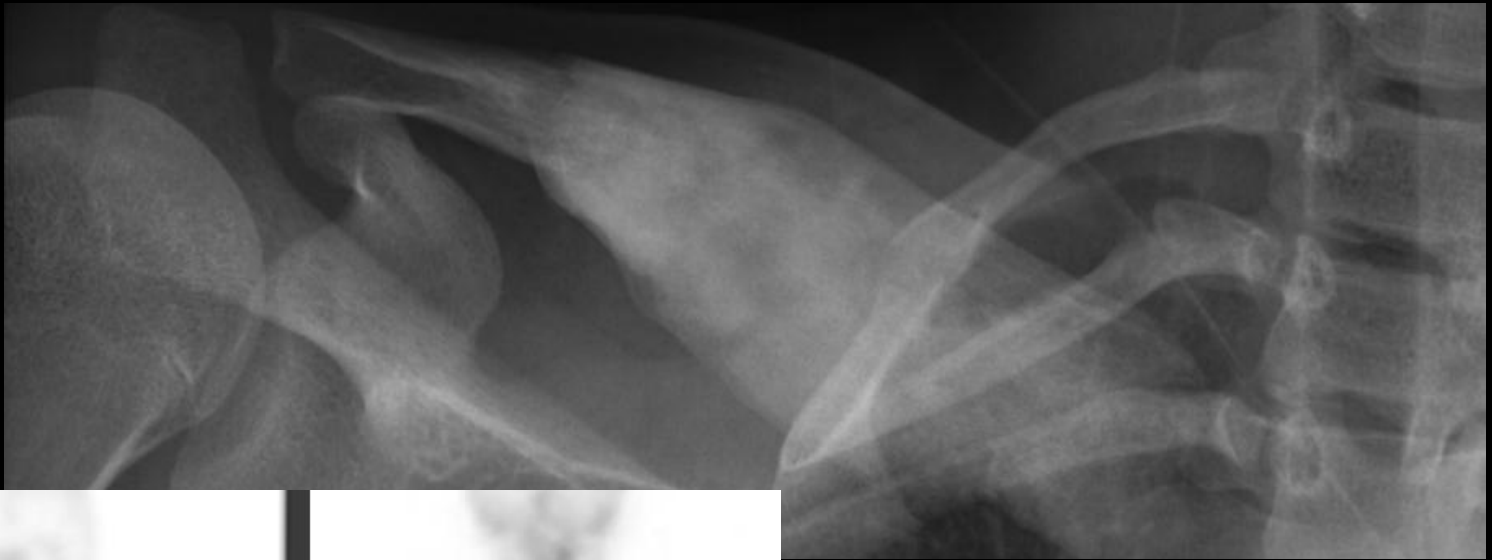
la réaction périostée est un trait de caractère des OCM.R

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