

homme 24 ans , toxicomane IV , VHC +

Se présente au SAU pour douleur et œdème de l'avant-bras gauche d'aggravation progressive

Un bilan d'imagerie est pratiqué

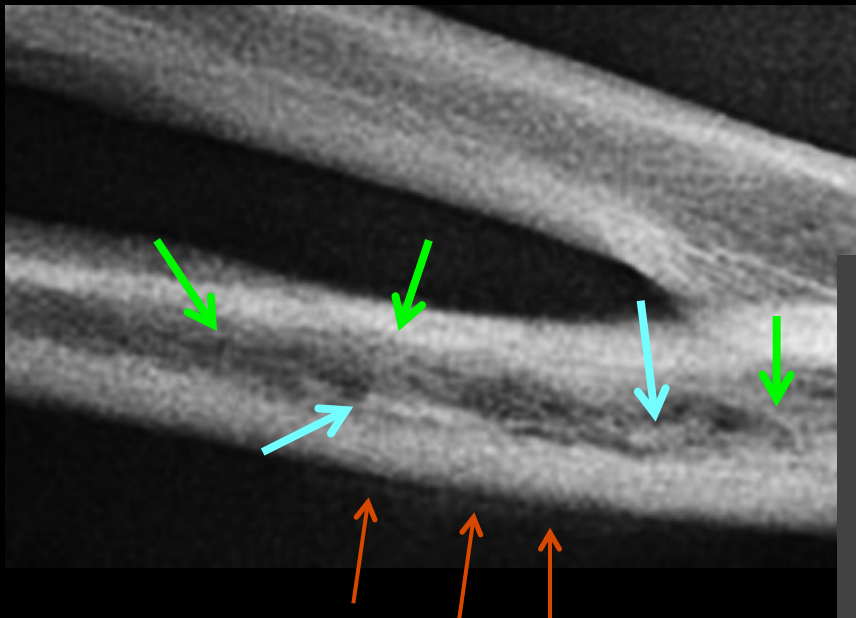
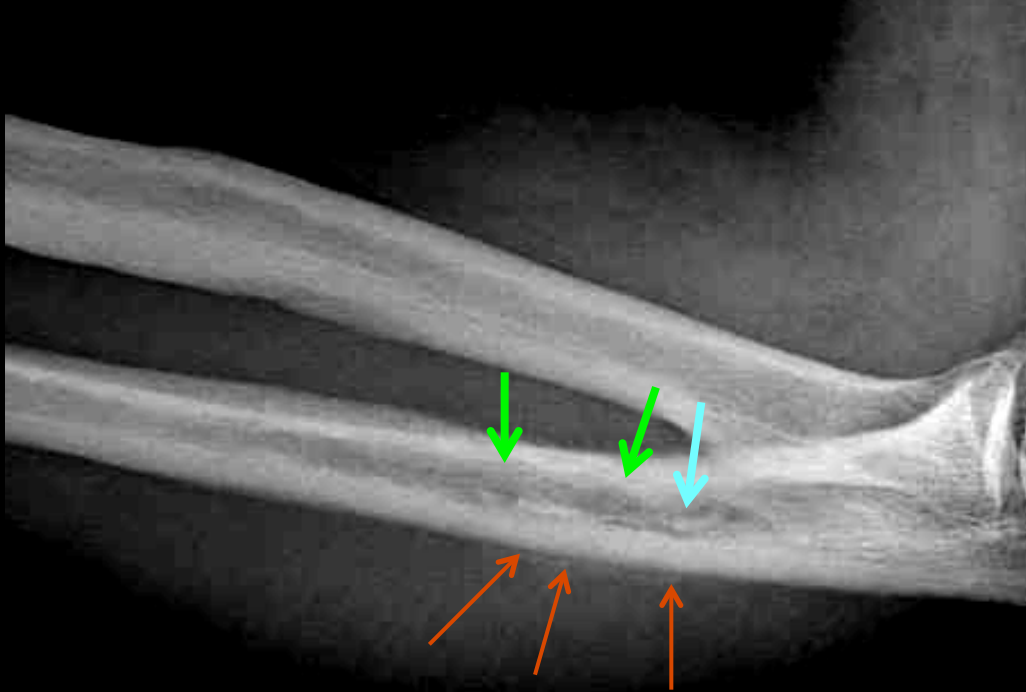


quel(s) élément(s) sémiologique(s)
peut-on retenir sur ces images



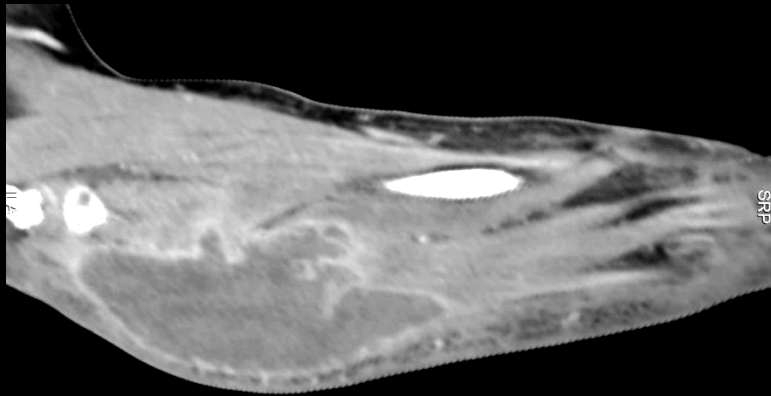
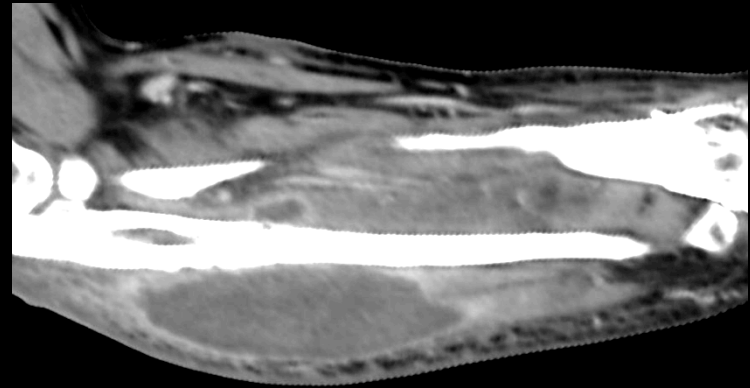
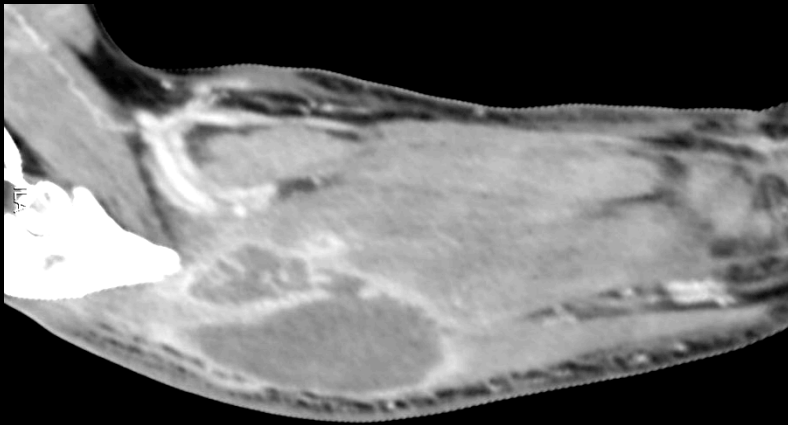
-tuméfaction marquée des parties
molles de l'avant-bras gauche

-os difficilement analysable à ce
format d'image



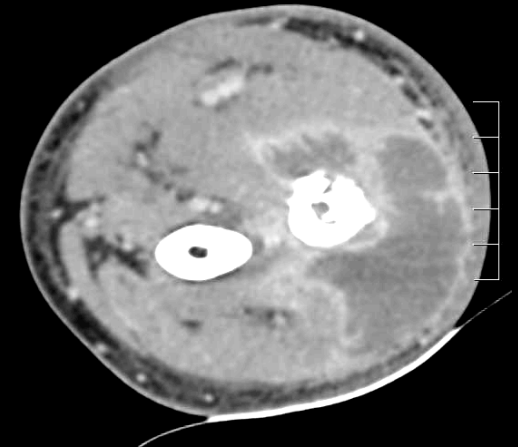
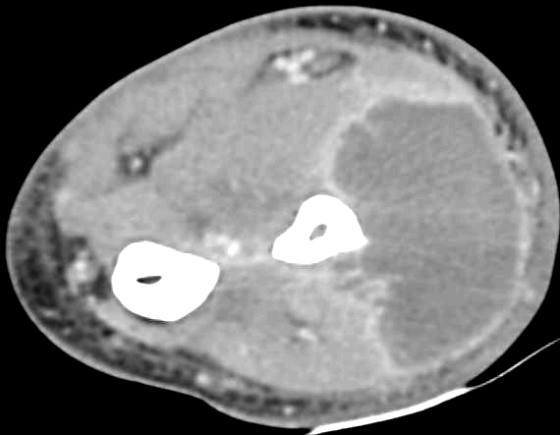
en agrandissant l'image on objective :

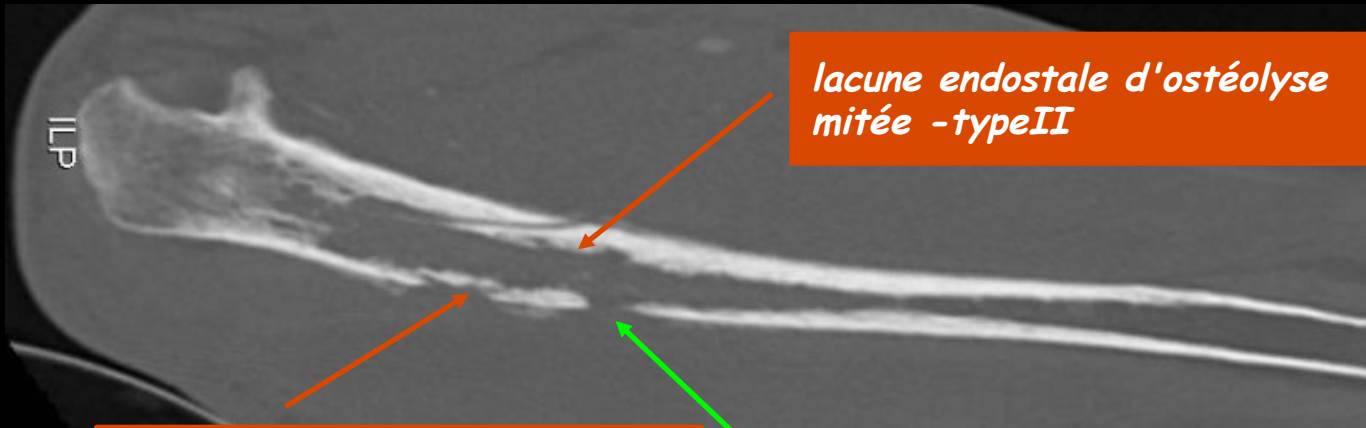
- une ostéolyse du spongieux métaphyso-diaphysaire du cubitus ,à contours géographiques de type IC
- des érosions en festons du versant endostal de la corticale antérieure du cubitus
- des séquestres linéaires denses
- une très fine apposition périostée lamellaire



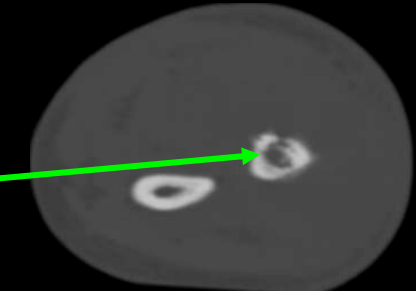
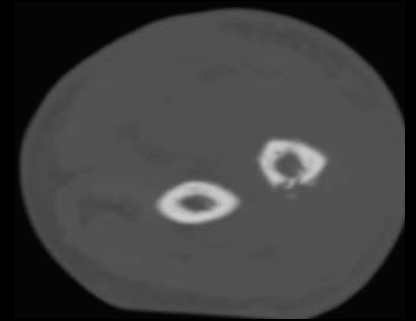
le scanner injecté en fenêtre "parties molles" :

- confirme la présence de volumineux abcès péri-osseux
- montre deux fistules transcorticales sur la diaphyse cubitale



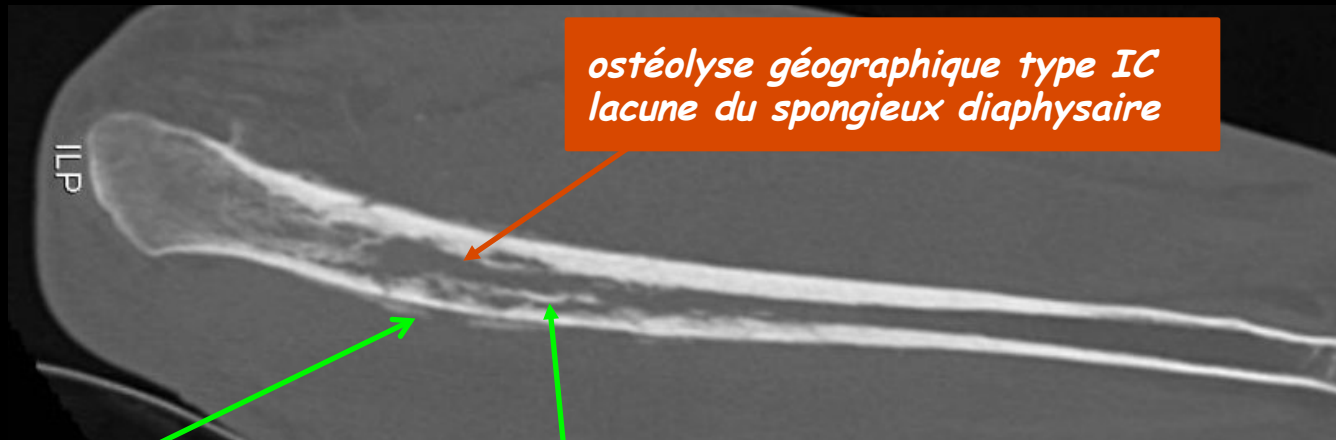


*lacune endostale d'ostéolyse
mitée -typeII*



*ostéolyse infiltrante type III
striation corticale*

lyse corticale ; fistule

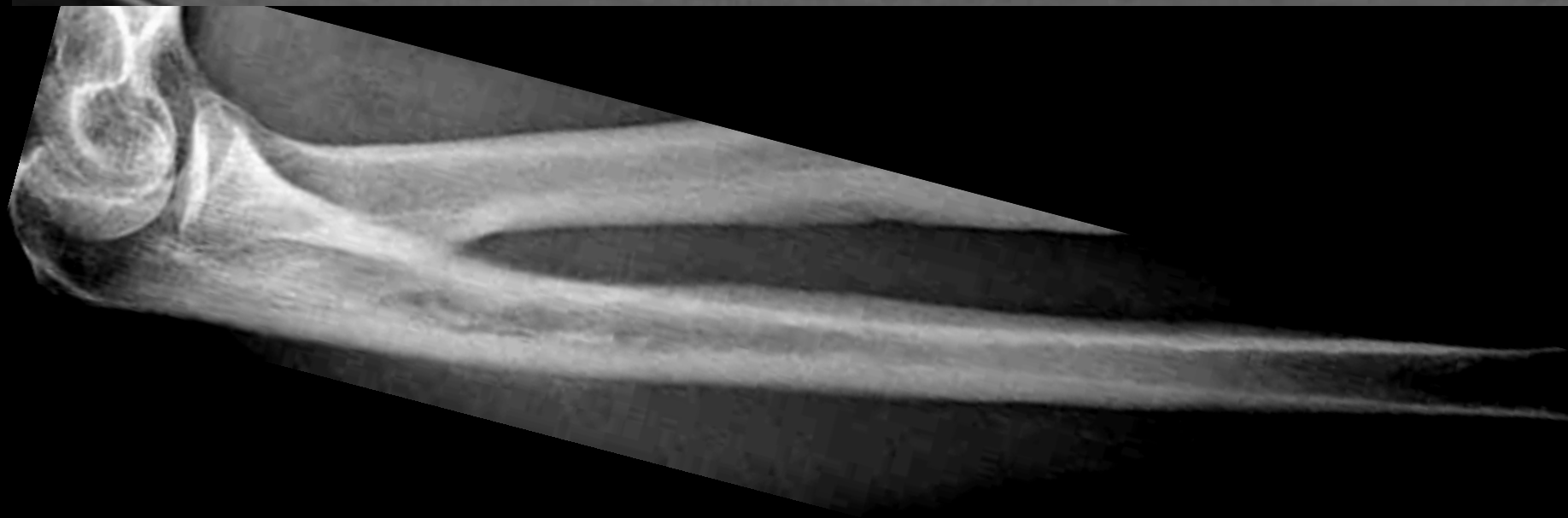


*ostéolyse géographique type IC
lacune du spongieux diaphysaire*

*apposition
périostée
lamellaire*

séquestre osseux

le scanner en fenêtre os et en haute-
résolution permet l'analyse la plus précise
des remaniements du tissu osseux cortical
et trabéculaire



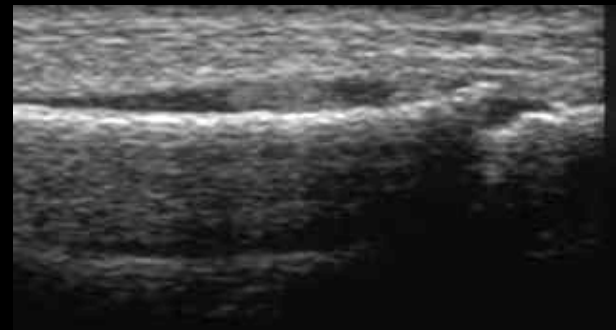
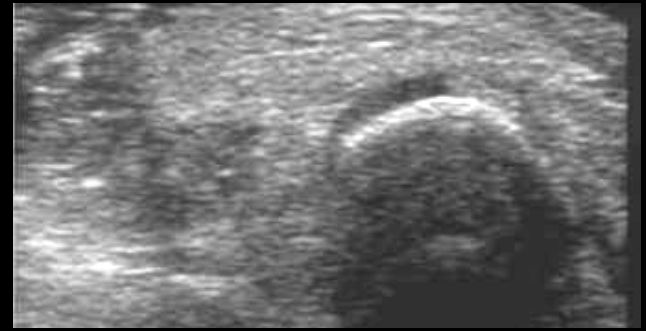
Ostéomyélite aiguë

Clinique:

Début brutal , douleurs importantes,
signes inflammatoires locaux , impotence
fonctionnelle et **tableau septique général**

Echographie:

Anomalie des **tissus mous** adjacents
Épaississement du **périoste**
Décollement périosté avec collection sous-
périostée
Rupture de la **corticale**

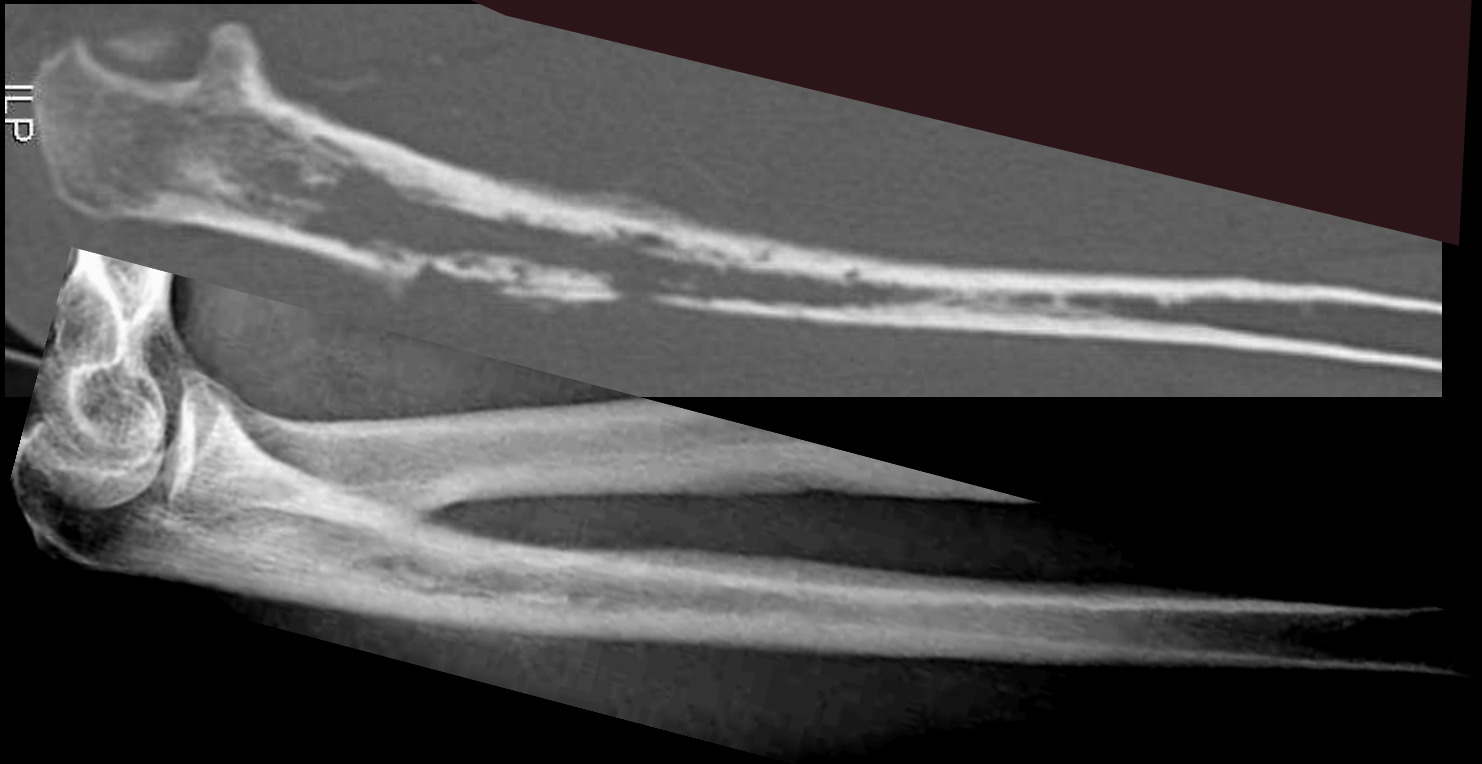


Radiographies standard : Initialement normale puis discret épaissement des parties molles et soulèvement des plans graisseux péri-osseux

Au bout d'une à deux semaines raréfaction osseuse puis ostéolyse mal limitée atteinte corticale (résorption endostée et lacunes intra-corticales)
appositions périostée lamellaires ou décollement périosté

TDM:

seule méthode sûre d'analyse précise des remaniements du tissu osseux calcifié (cortical et spongieux)



IRM :

Os spongieux: hypoS T1, hyperT2, rehaussement (homogène au début puis hétérogène)
Objective l'atteinte corticale, la réaction périostée et l'extension dans les tissus mous

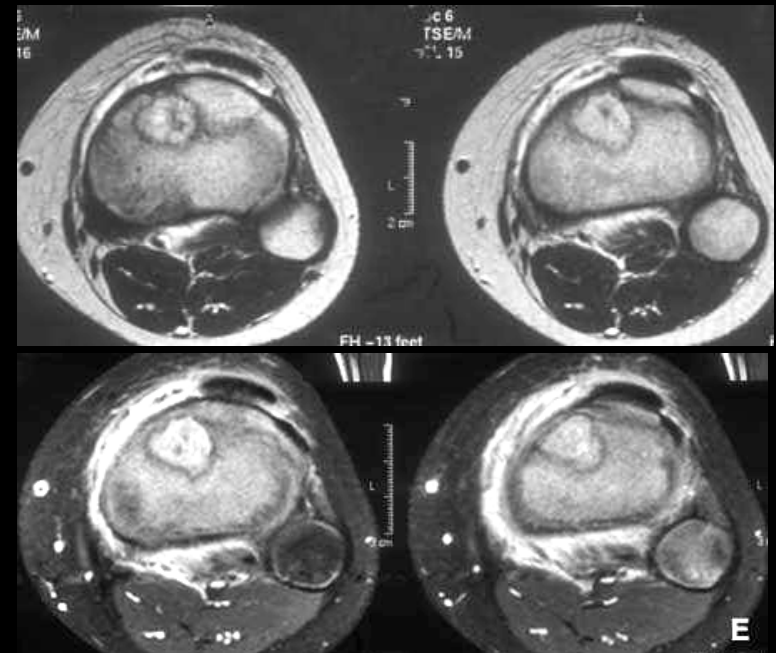
Scintigraphies (diphosphonates marqués Tc99m ; , leucocytes marqués ^{111}In en cas de doute):

Hyperfixation aux trois phases dès J3

Détection d'autres localisations

PET CT 18FDG se fixe sur tous les processus inflammatoires ou infectieux osseux → forte valeur localisatrice

Coût, accessibilité, faible spécificité → pas préférable à l'IRM



Ostéomyélite subaiguë

Présentation clinique souvent "masquée" ou trompeuse

Tableau infection peu marqué, signes locaux discrets

Retard diagnostique de deux à trois semaines



Abcès de Brodie

Rx: plage d'ostéolyse arrondie allongée dans l'axe de l'os, bien circonscrite

cernée par une réaction d'ostéosclérose mal limitée

apposition périostée périphérique

TDM: mêmes signes + séquestre osseux

IRM: Aspect caractéristique en cible

centre en hypoS T1, HyperS T2

Tissu de granulation périphérique en IsoS T1, HyperS T2, se rehaussant après injection

Zone de fibrose périphérique en HypoS sur toutes les pondérations



Ostéomyélite chronique

Rare dans les pays développés:

après 4 à 6 semaines d'évolution chez un patient non traité

après une phase aiguë chez un patient qui a bénéficié d'un traitement antibiotique non adapté

Rx:

Os élargi et remodelé

Ostéocondensation liée à:

- .une augmentation du nombre et de l'épaisseur des travées
- .des appositions périostées épaisses et irrégulières incorporées à l'os (hyperostose corticale vraie)

Signes d'infection active ou réactivée :

modification par rapport l'imagerie antérieure
réaction périostée active, fine, non incorporée à la corticale
ostéolyse mal définie ou abcès de Brodie
séquestres



TDM:

Séquestres osseux,
Degré de destruction osseuse
Trajets fistuleux et abcès intra osseux ou
des parties molles

IRM:

abcès
séquestres osseux (hypoS T1 et T2),
fistules (mieux vues après injection)

Scintigraphie osseuse et TEP: fixation intense

