



PRÉSENTATION D'UN CAS D'OSTEOCONDENSATION DIFFUSE

LANGBOUR CAMILLE & BOUCHARDIE ROMANE
INTERNES CHRU TOURS

*ASPECT TYPIQUE D'OSTÉOPÉTROSE AUTOSOMIQUE DOMINANTE DE TYPE 2 OU MALADIE D'ALBERS-SCHÖNBERG,
VERTÈBRES EN « MAILLOT DE RUGBY ». DIU GRIO 2020-2021

CAS DE M. D

- Homme de 58 ans
- Pas d'antécédent spécifique. Marié, 2 enfants, autonome, maçon. Pas d'intoxication éthylo-tabagique
- Traitements antalgiques uniquement
- Histoire de la maladie:

Patient adressé dans le service pour suspicion de PPR devant des douleurs inflammatoires des ceintures pelviennes et scapulaires et altération de l'état général (perte de 5kg en 3 mois, sueurs nocturnes, asthénie).

CAS DE M. D

■ Dans le service:

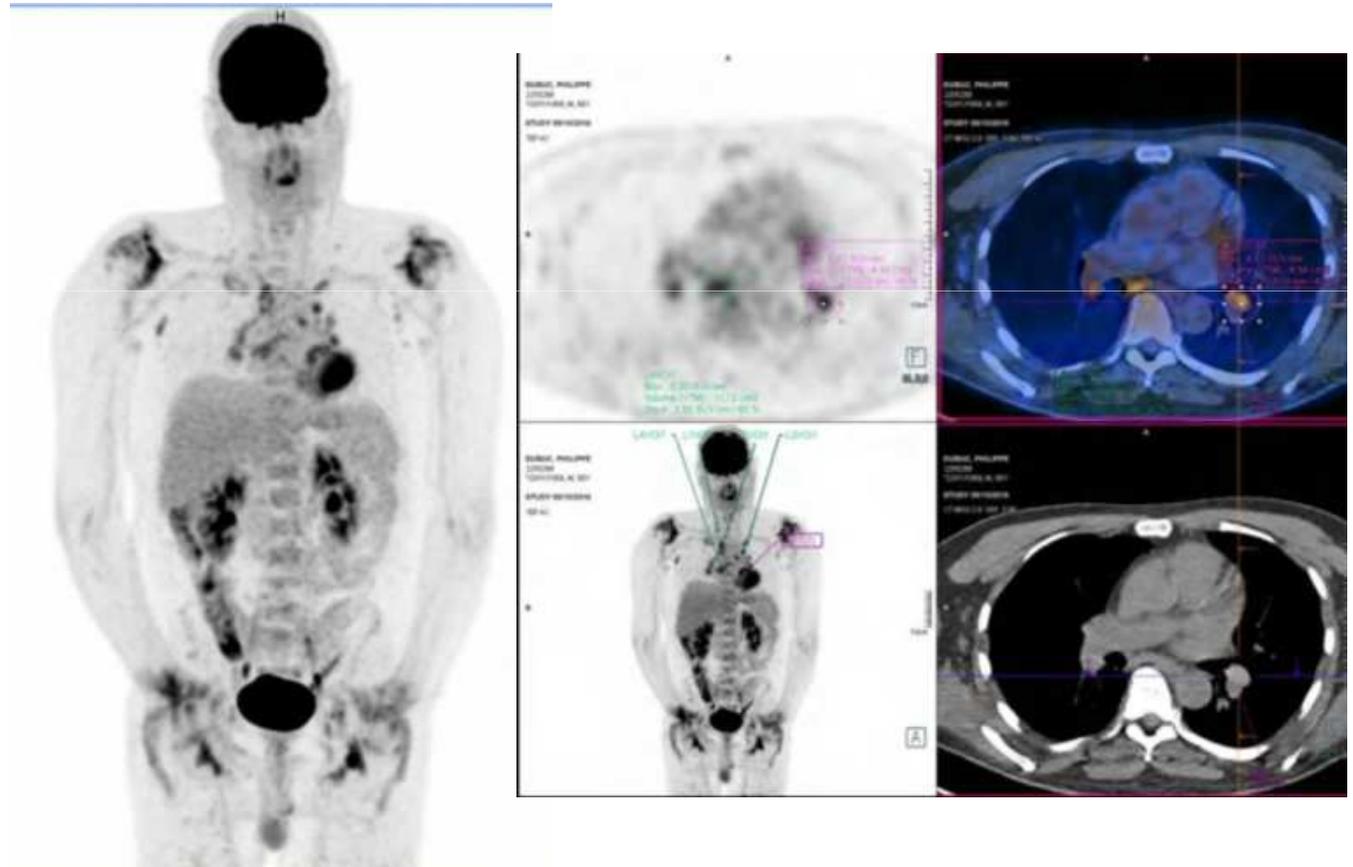
❖ Concernant la prise en charge de l'AEG/sueurs nocturnes: bilan biologique et TEP TDM

- NFS normale
- Ionogramme normale
- Fonction rénale normale
- Bilan hépatique normal
- **CRP 80 mg/L; VS 109 mm**
- LDH normaux
- **Beta 2 microglobulines légèrement augmentée 2,56 mg/L**
- EPPS: profil inflammatoire
- Sérologies VHB, VHC, VIH: négatives; PvB19 et rubéole : infections anciennes

CAS DE M. D

■ TEP TDM:

- ❖ Poly adénopathies hypermétaboliques médiastino-hilaires et axillaires bilatérales suspectes
- ❖ Confirmation du diagnostic de PPR
- ❖ Pas d'argument pour une vascularite des gros vaisseaux



CAS DE M.D

- Dans le service:
 - ❖ Concernant la prise en charge de la PPR: Réalisation d'une ostéodensitométrie dans le bilan pré-corticothérapie

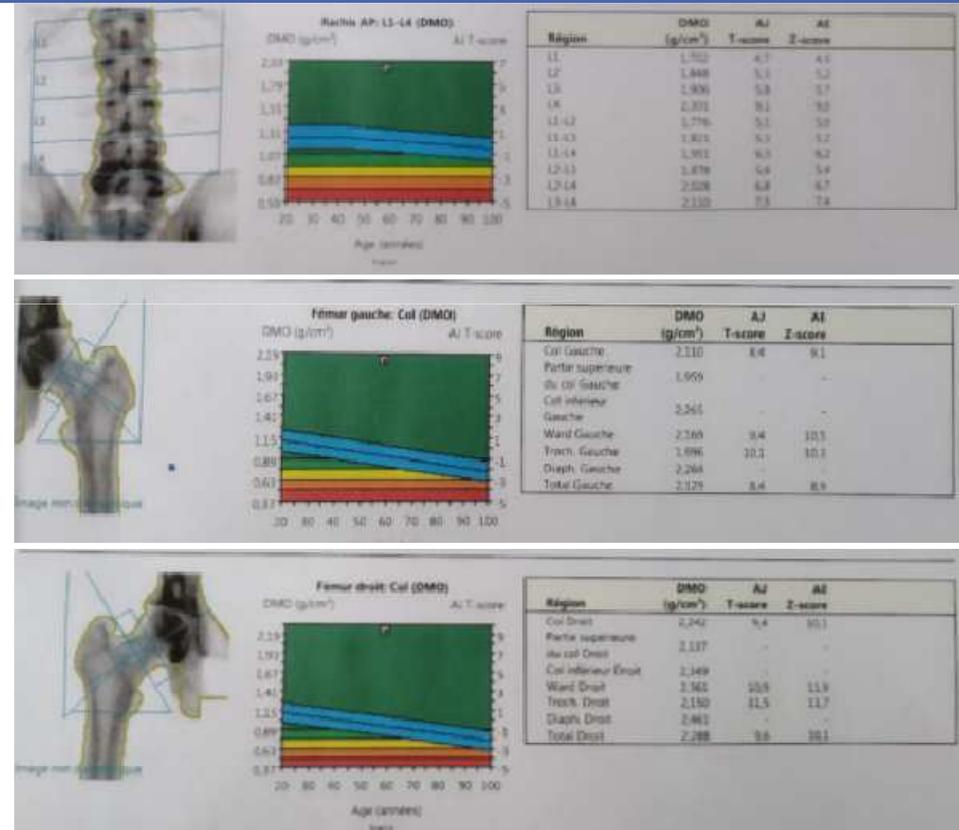
Résultats de l'ostéodensitométrie:

Rachis : T-score **+ 6,3 DS** et **1.951 g/cm²** (L1 T-score 4,7 DS (1,702 g/cm²))

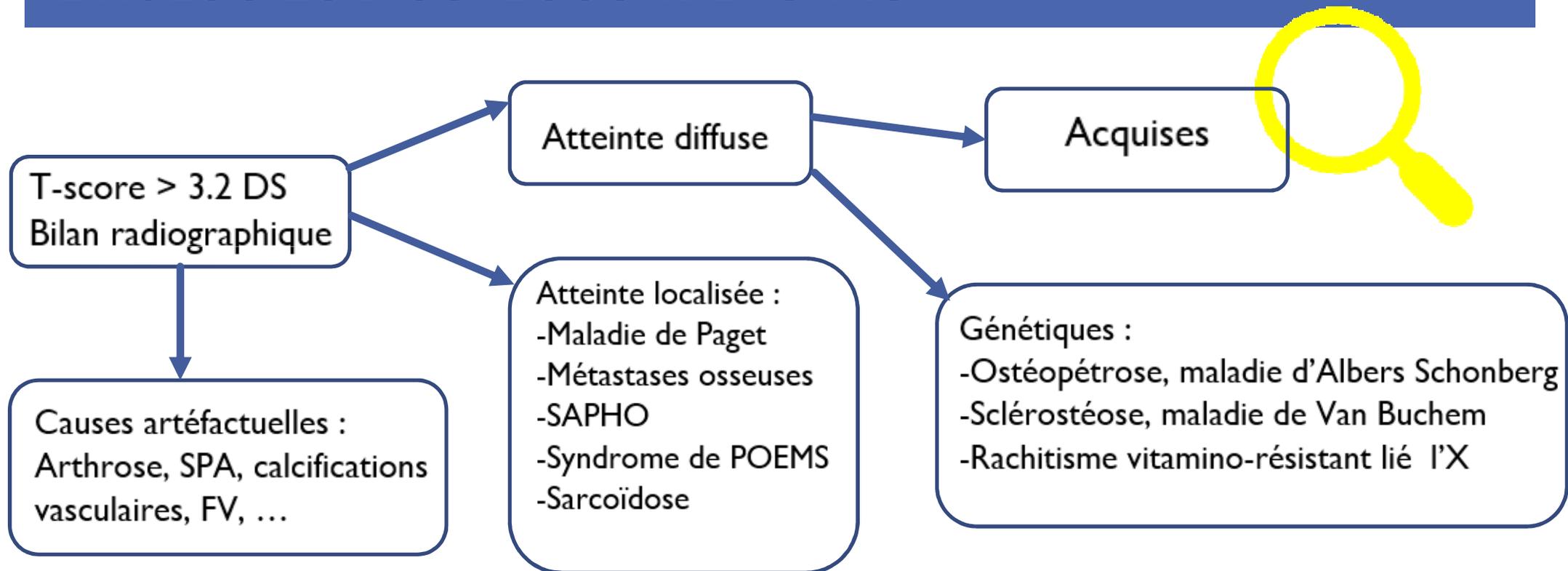
Col fémoral gauche : T-score **+ 8,4 DS** et **2.110 g/cm²**

Col fémoral droit : T-score **+ 9,4 DS** et **2.242 g/cm²**

TBS L1-L4: 1,572



ETIOLOGIES D'OSTEOCONDENSATION



ETIOLOGIES D'OSTEOCONDENSATION

Acquises:

Fluorose

Ostéodystrophie rénale

Acromégalie

Mastocytose condensante

Hépatite C

Myélofibrose primitive et secondaire

Myélome condensant

Leucémie, lymphome

Ostéomalacie axiale

Néoplasie solide

Hypoparathyroïdie chronique, pseudo-hypoparathyroïdie



ETIOLOGIES D'OSTEOCONDENSATION

Fluorose → dosage taux fluor sanguin: normal

Ostéodystrophie rénale → créatinine, uricémie: normales

Acromégalie → GH, IGF1, anomalie morphologique : 0 anomalie morphologique

Mastocytose condensante → tryptase sérique: normale

Hépatite C → sérologie VHC: normale

Ostéomalacie axiale → bilan phosphocalcique: Ca, albumine, Ph, PTH, 25 OH vit D, PAL, 1,25 OH vit D, calciurie, phosphaturie, créatininurie

Néoplasie solide → PSA, TSH : normales

Hypoparathyroïdie chronique, pseudo-hypoparathyroïdie → PTH, bilan phosphocalcique : normaux

Myélome condensant, myélofibrose primitive et secondaire, leucémie, lymphome → NFS, EPPS, LDH, Beta2m : légère augmentation B2m, EPPS:

CAS DE M. D

Pour rappel : poly-adénopathies hypermétaboliques médiastino-hilaires et axillaires bilatérales suspectes au TEP-TDM.

Conduite tenue dans le service :

- ❖ Ponction ganglionnaire axillaire sous échographie : non contributive
- ❖ Médiastinoscopie avec biopsie hilare: lymphadénite réactionnelle, pas d'argument pour une hémopathie.
- ❖ Complément du bilan d'ostéocondensation :
 - Biopsie osseuse trans-iliaque : moelle hématopoïétique modérément cellulaire, polymorphe, sans localisation tumorale
- ❖ Introduction de la corticothérapie. Pas d'étiologie retrouvée concernant l'ostéocondensation diffuse.
- ❖ Suivi du patient pendant 1 an. Amélioration clinico-biologique de la PPR. Absence d'apparition de d'autre symptôme. Patient perdu de vu au bout d'un an de suivi.

A PROPOS DE LA FLUOROSE OSSEUSE (OU OSTÉOSE FLUORÉE)

- Maladie rare caractérisée par une fixation osseuse massive du fluor.
- Etiologies:
 - Anomalies nutritionnelles (consommation excessive de thé, de pâte dentifrice, ingestion chronique d'eau de Vichy Saint-Yorre, prise de fluor à visée thérapeutique autrefois...)
 - Intoxication hydrotellurique
 - Intoxication industrielle
- Bilan phosphocalcique normal en général
- Complications : compression radiculaire et médullaire → en fait la gravité
- Prise en charge: Pas de traitement spécifique sauf arrêt facteur étiologique.

A PROPOS DE LA FLUOROSE OSSEUSE (OU OSTÉOSE FLUORÉE)

- Aspect radiographique :
 - Ankylose
 - Déformations articulaires
 - Condensation du squelette axiale (91%) et os long (16%)
 - Ossification des insertions tendineuses (37%)
 - Ossification membrane interosseuse avant bras (66% cas pathognomonique)



MERCI DE VOTRE ATTENTION