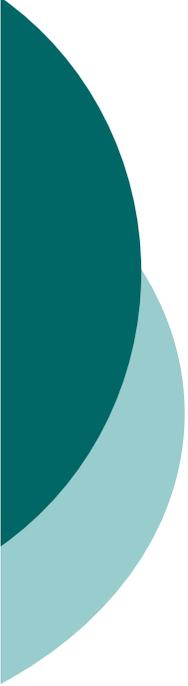


# SRO

28/09/2013

---

Flais jérémy  
Interne DES rhumatologie  
CHU Rennes



---

Le « Pott » peut être  
un faux ami!



## Monsieur D. 55 ans

---

- Origine caucasienne
- Pas d'ATCD hormis une intoxication éthylique chronique et tabagisme sevré (10 PA)
- Pas ttt habituel
- Professeur de géographie



## HDM

---

- **Lombalgie** de rythme mixte depuis 5 mois s'aggravant progressivement
- **AEG** avec perte de poids de 5kg en 3 mois
- Apparition d'une **toux productive** persistante depuis 3 mois
- Contexte: voyage en Estonie pendant 1 mois plusieurs semaines avant le début des douleurs



# Clinique

---

- Apyrétique
- Lombalgie reproduite à la palpation des épineuses
- Raideur rachidienne multi-directionnelle
- Examen neurologique normal
- ADP inguinale gauche et cervicales

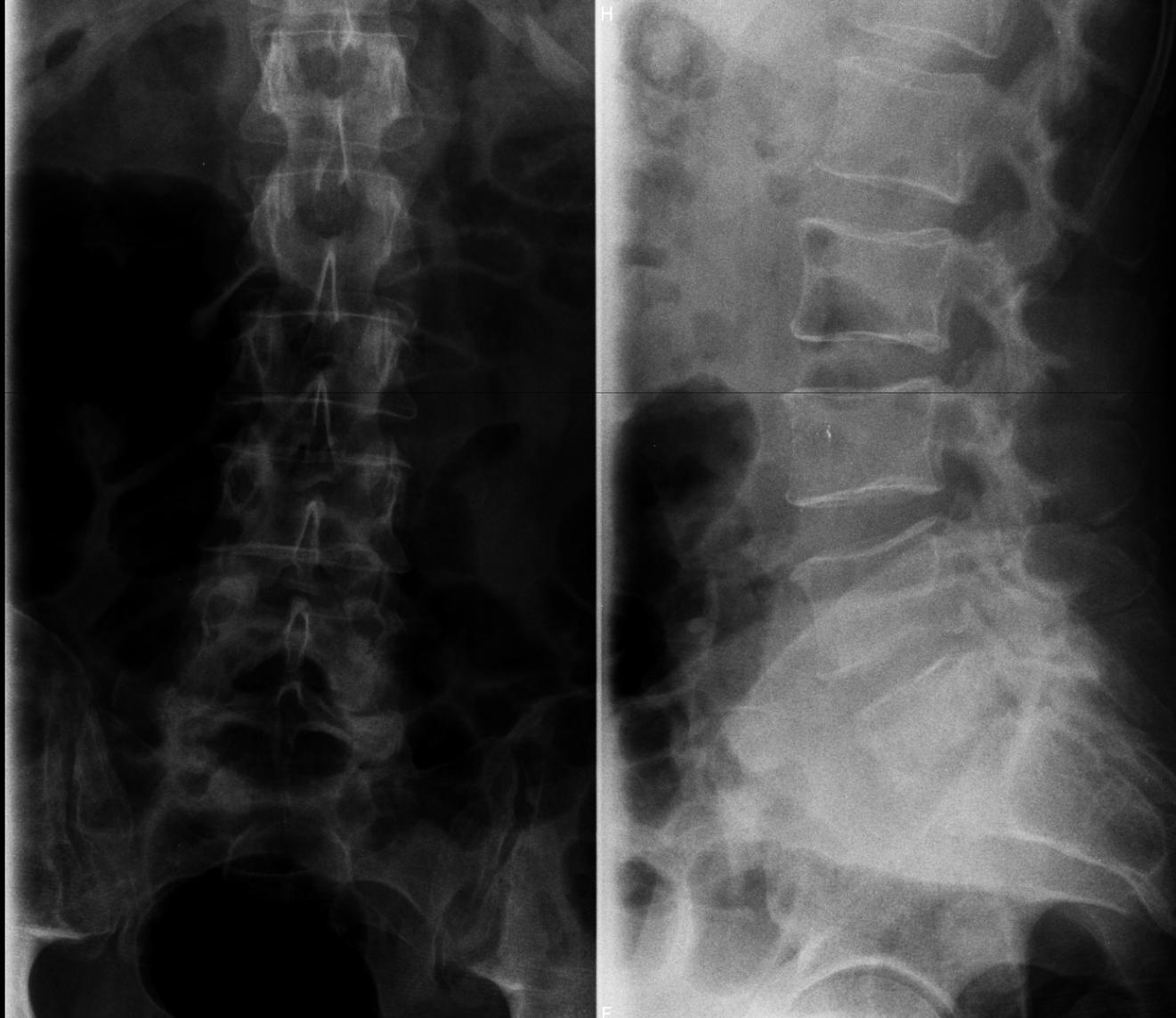


# Biologie

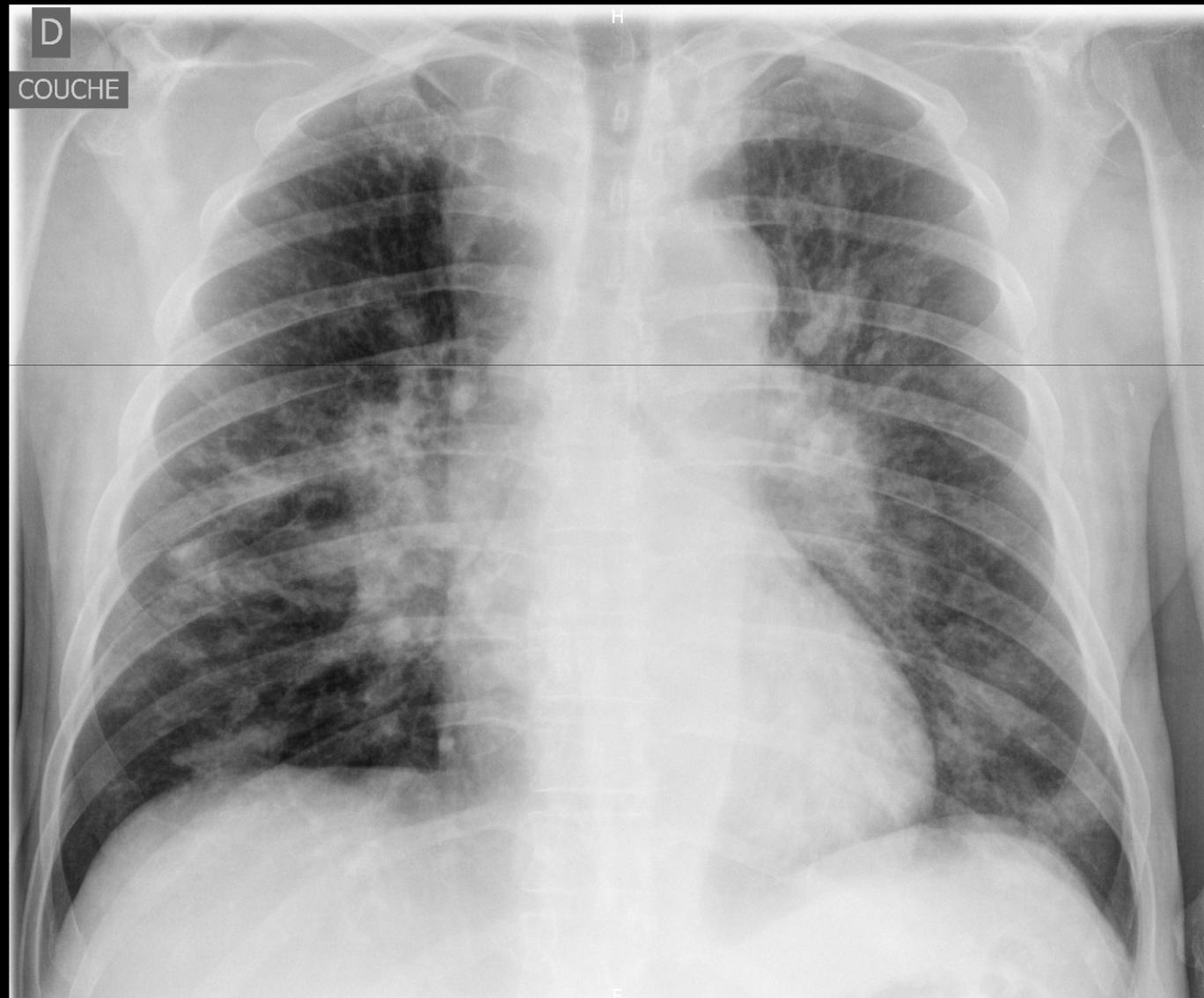
---

- Sd inflammatoire bio:
    - CRP: 79,8 mg/l (à l'arrivée)  
110 mg/l (5 jours après)
    - EPS: profil inflammatoire chronique
    - BH: cholestase anictérique 2N
- Sans cytolyse

# Radio rachis lombaire



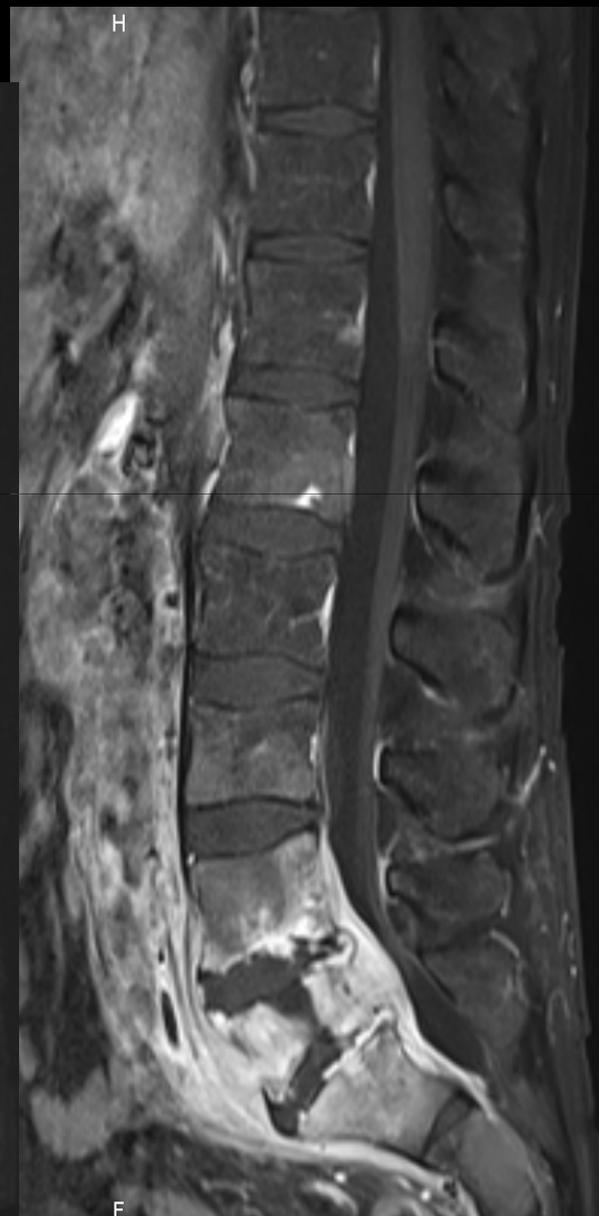
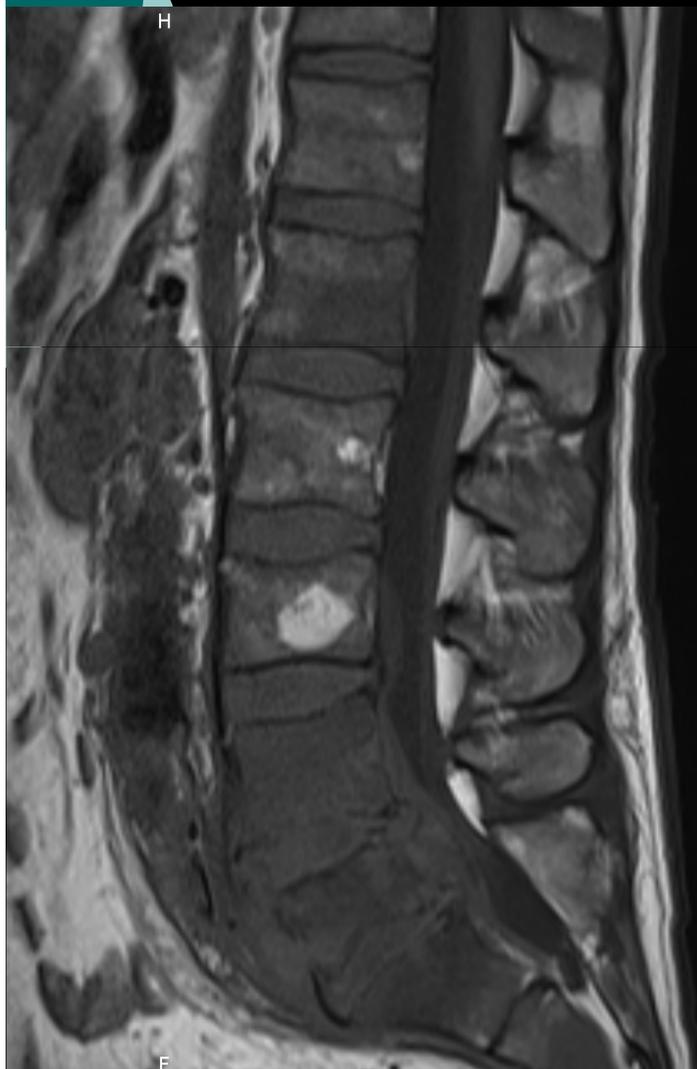
# Cliché thoracique face



Seq T1

Seq T2 stir

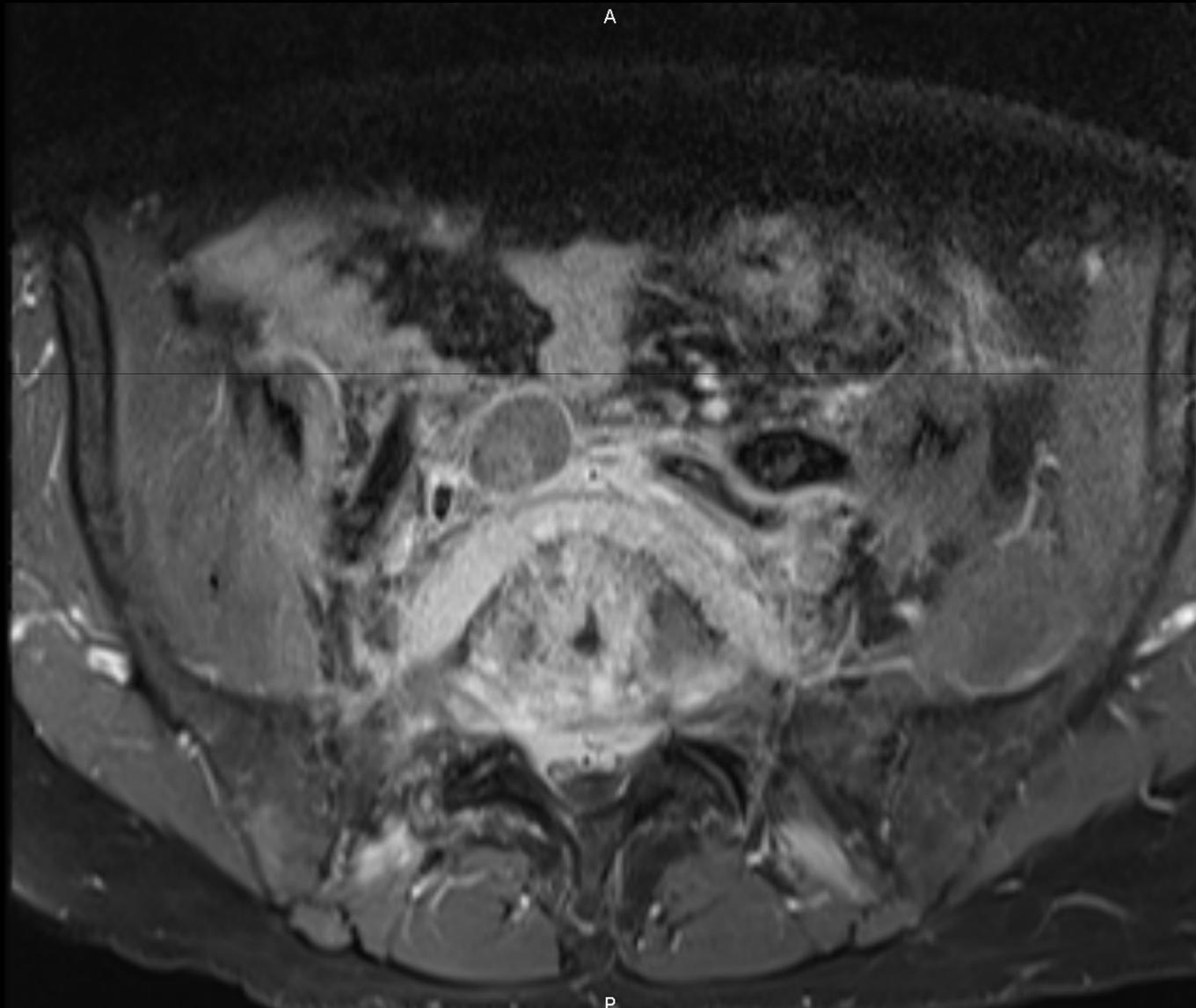
Seq T1 gado



# Seq T2



# Seq T1 gado



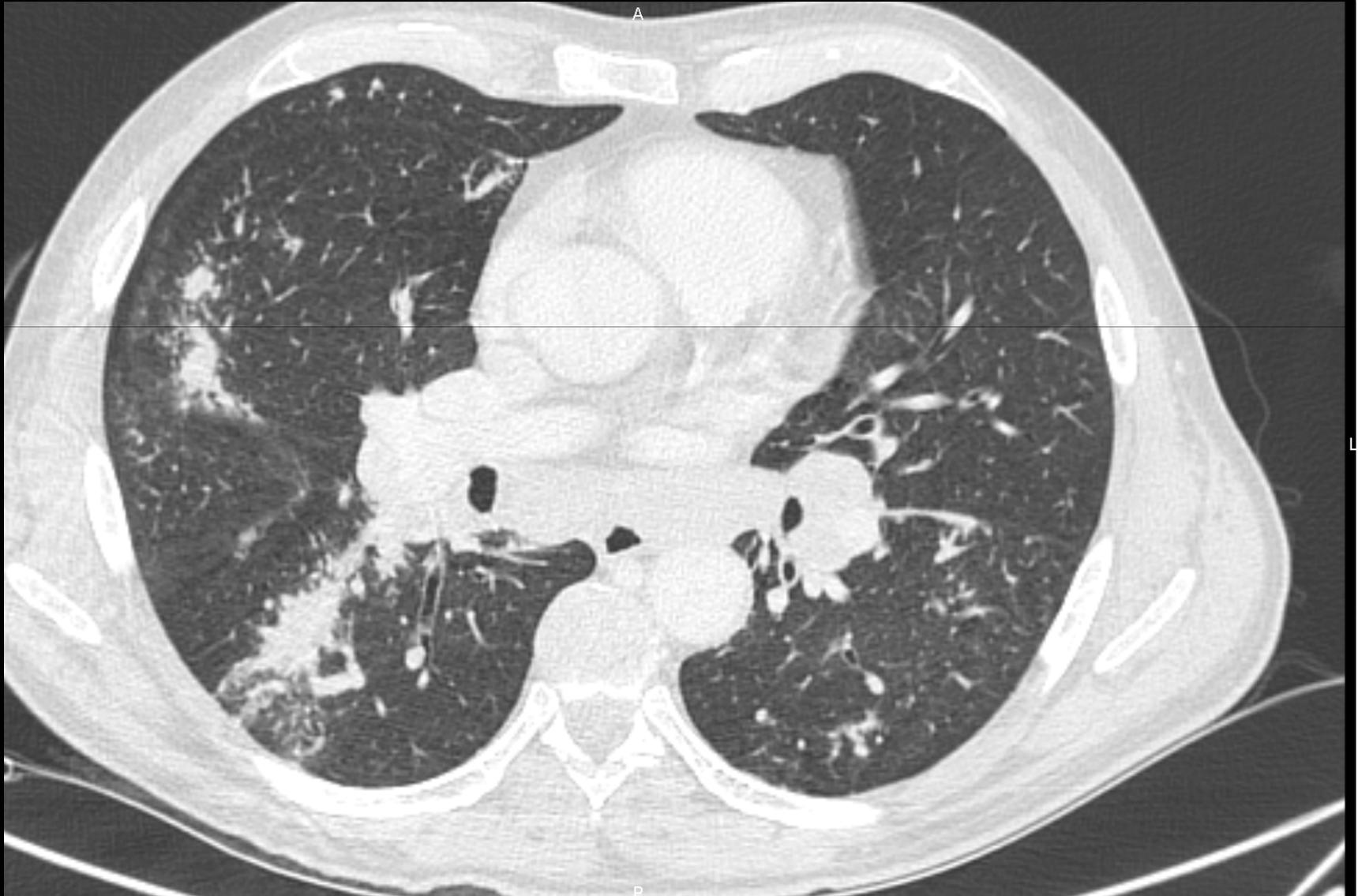
# TDM TAP



# TDM TAP

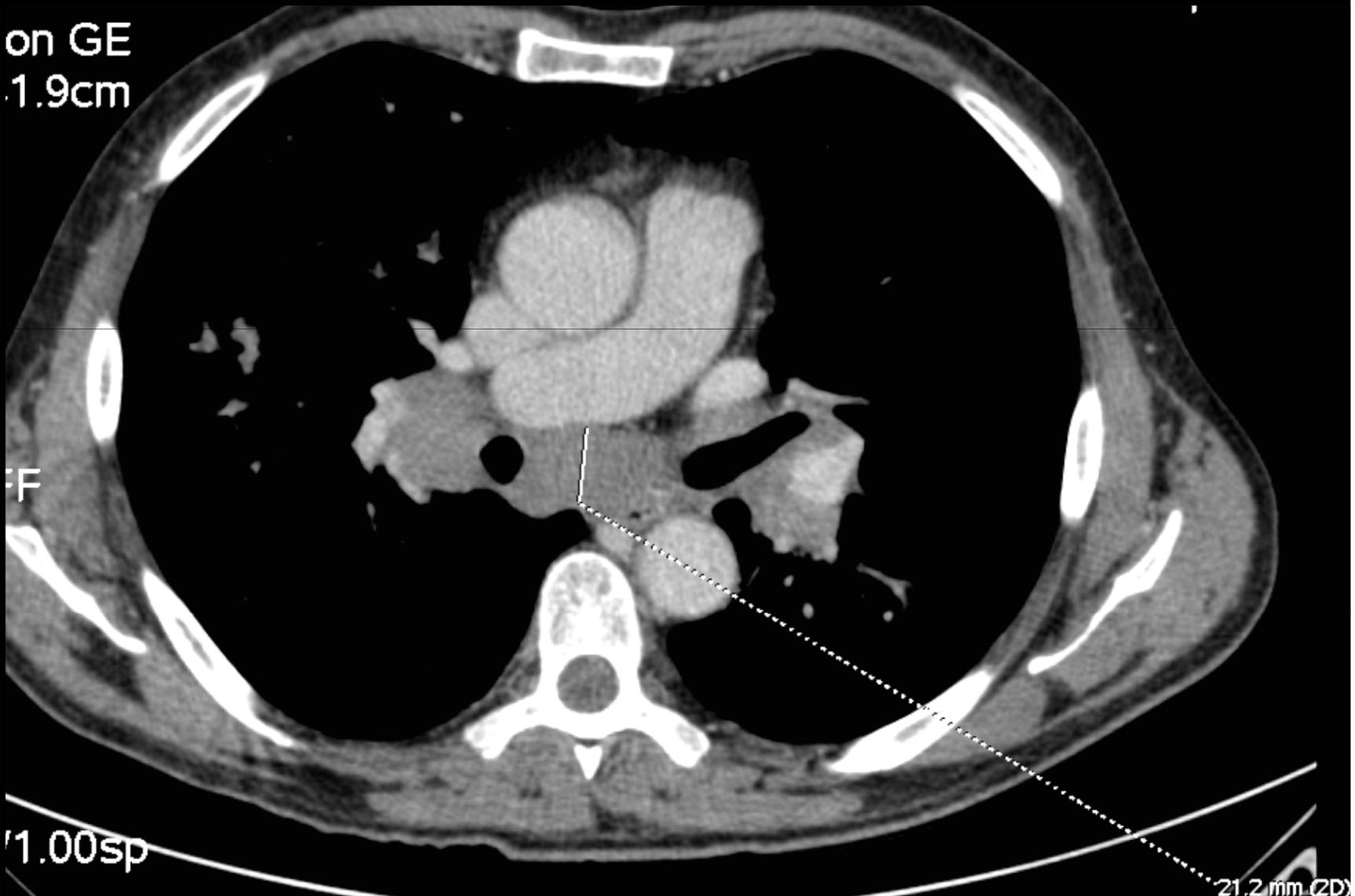


# TDM TAP



# TDM TAP

on GE  
1.9cm



F

1.00sp

21.2mm (ZD)

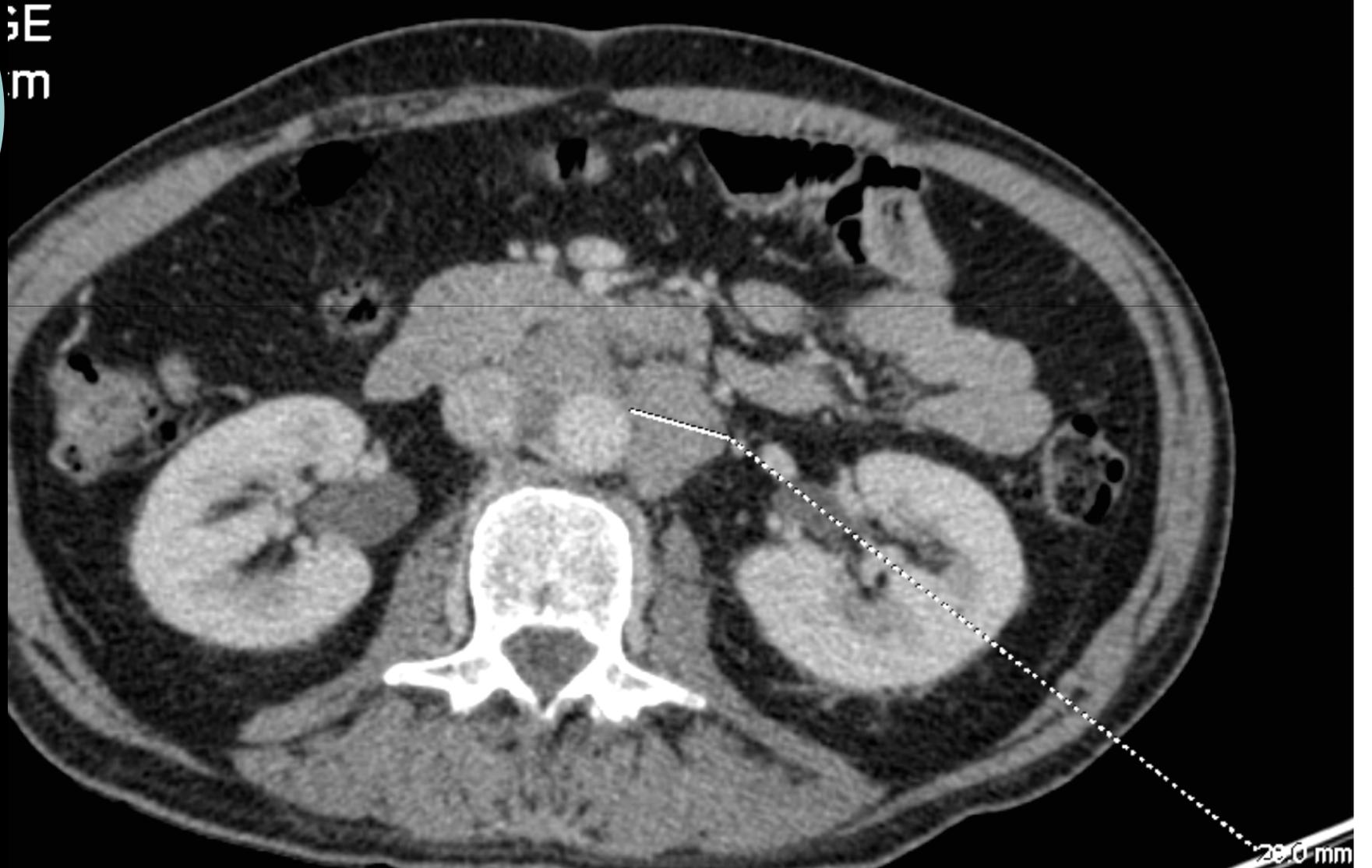
# TDM TAP

Ex: Apr 12 20

on GE  
1.9cm



# TDM TAP



SE  
m

# TDM TAP





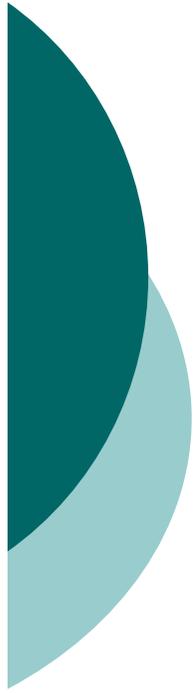
# Prélèvements bactériologiques

---

- LBA: alvéolite macrophagique 78%  
et lymphocytose 16% sans BAAR

- hémoculture  
ECBC  
ECBU

} négatif



Diagnostic ?

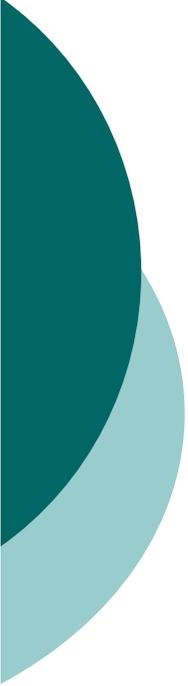


## Suspicion de tuberculose disséminée avec atteinte pulmonaire, ganglionnaire et osseuse

---

- Amélioration clinico-biologique initialement sous quadrithérapie anti-tuberculeuse
  - diminution des douleurs
  - diminution de la CRP (110 mg/l à 45.8mg/l en 8 jours)
- Culture prolongée des prélèvements négative

MAIS...



## Biopsie ganglionnaire inguinale gauche

---

- Anatomopathologie:

### **Adénocarcinome prostatique**

(score de gleason 4+4=8)

- Confirmation:

- Dosage secondaire des PSA= 6170 ng/ml
- ponction-biopsie disco-vertébrale devant l'atypie du tableau: métastases osseuses



# Métastase osseuse d'origine prostatique

---

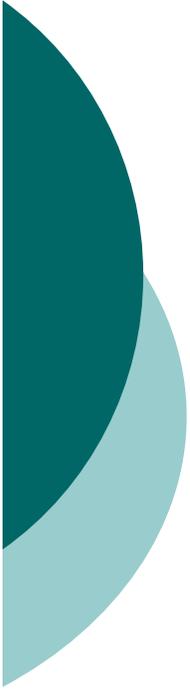
- Aspect morphologique classique avec forme ostéoblastique (75%), ostéolytique (10%), mixte (15%)
- Aucun cas rapporté de métastase osseuse d'origine prostatique mimant une spondilodiscite tuberculeuse



# références

---

- Bone tumors: clinic,radiologic pathologic correlation, Joseph M.Mira (piero picci; richard M.gold) 2ème éd,1989
- stocker DJ: metastatic bone disease in Donald Resnick H.P, skeletal radiology PP 321-337.London merit communication 1992
- Br J Cancer. 2009 Oct 20;101(8):1225-32. doi: 10.1038/sj.bjc.6605334. Epub 2009 Sep 29.Imaging metastatic bone disease from carcinoma of the prostate
- forme pseudo-sarcomateuse des metastases osseuses du cancer prostatique: 2 cas et revue de littérature;magali gisors; jacques glowinski(S.I):(s.n.),1992
- Imaging metastatic bone disease from carcinoma of the prostate C Messiou1, G Cook2 and N M deSouza1



Merci de votre attention