



SOCIÉTÉ DE
RHUMATOLOGIE
DE L'OUEST



CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE NANTES

Cas clinique

Emeline Vignaud

G en charge

Patiente de 18 ans



Antécédent : Amygdalectomie dans l'enfance

Habitus : BTS production agricole

Tableau de **lombalgies inflammatoire depuis août 2020.**

Consultation chez le médecin généraliste :

Poids 37 kg, taille 157 cm, IMC 15,0

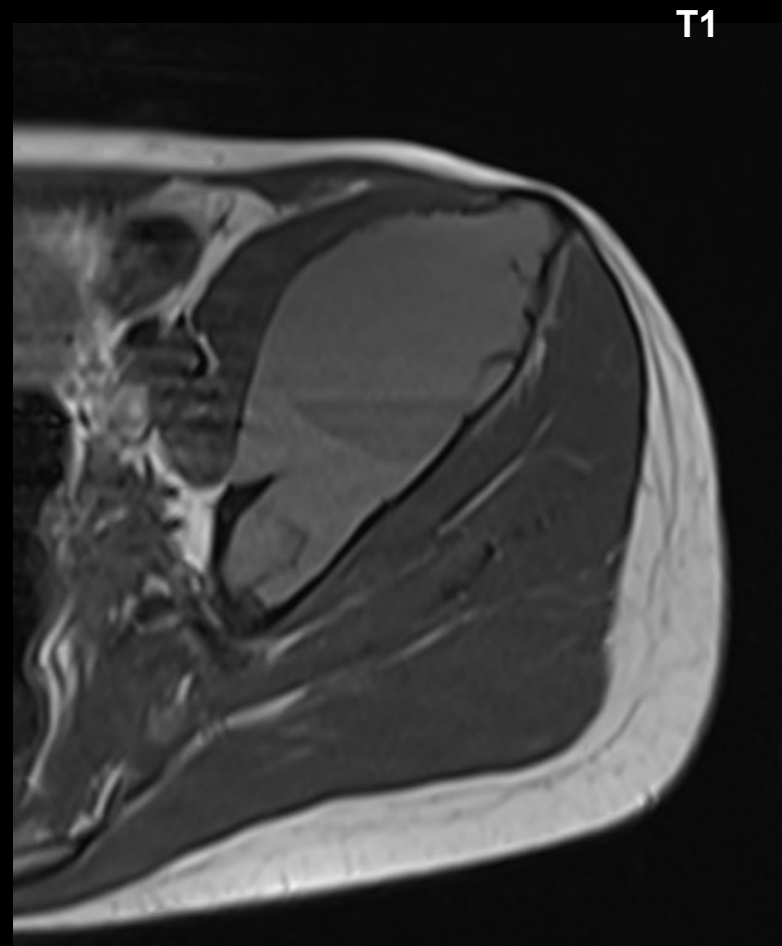
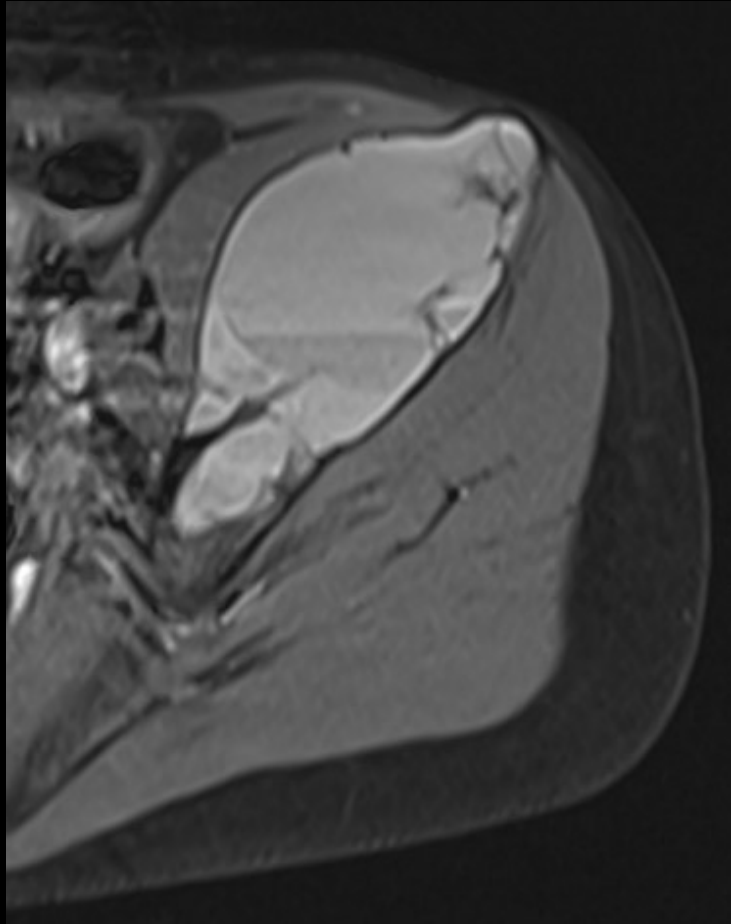
Gibbosité gauche.

Pas de syndrome rachidien. Pas de radiculalgie. Pas de douleur de hanche.

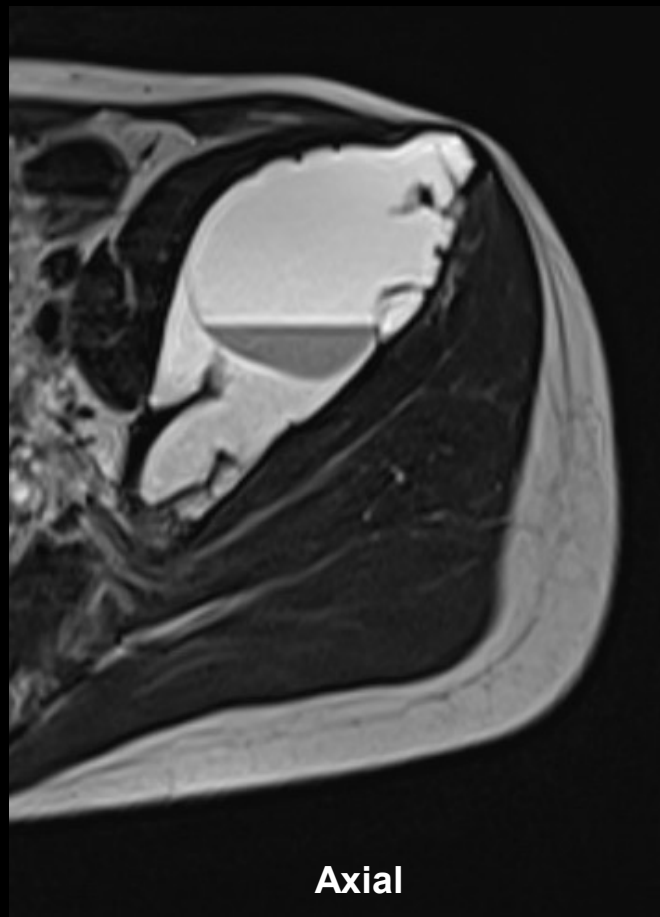
Pas de syndrome inflammatoire biologique.

Bilan complété par un EOS.





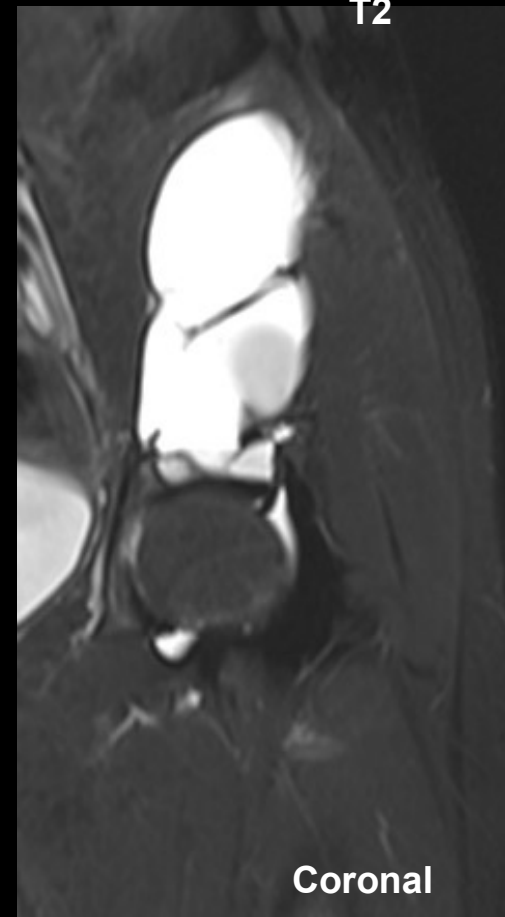
T2



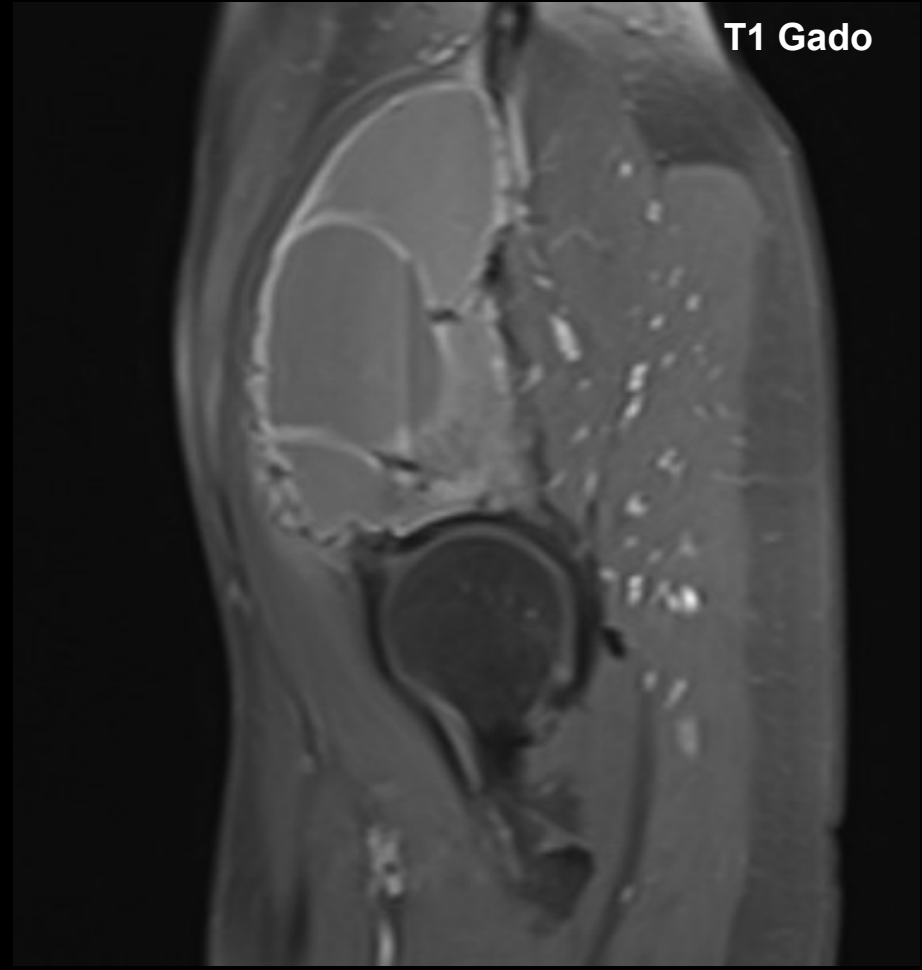
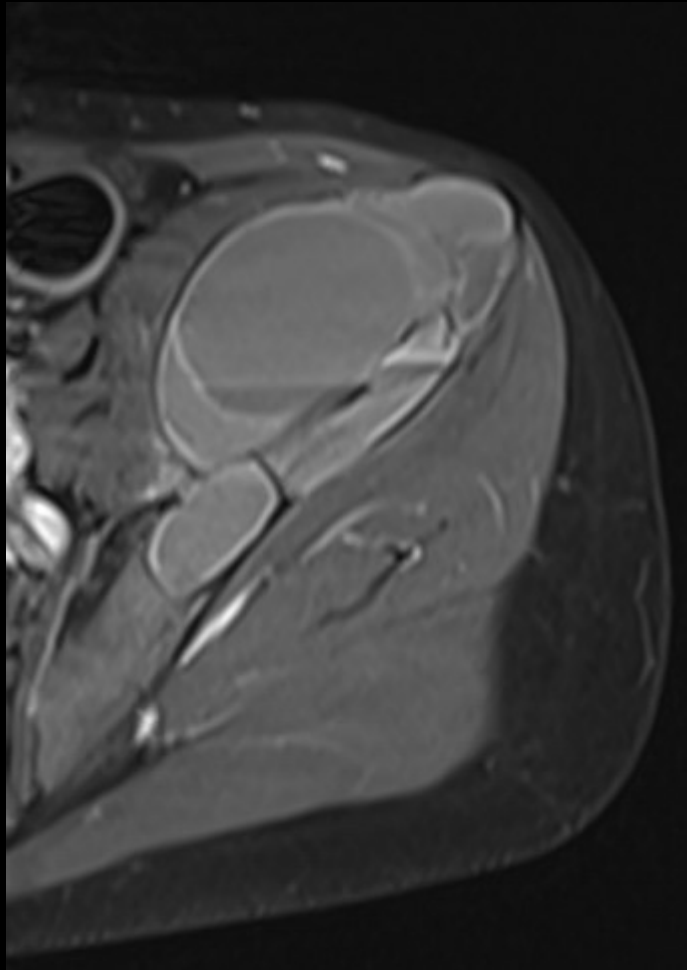
Axial



Sagittal



Coronal



Kyste osseux anévrysmal

Tumeur osseuse bénigne, ostéolytique, soufflante, constitué de multiples cavités vasculaires anastomosées remplies de sang
10% des tumeurs osseuses bénignes

Le plus souvent métaphysaire ou métaphyso-diaphysaire à centre métaphysaire
Os longs

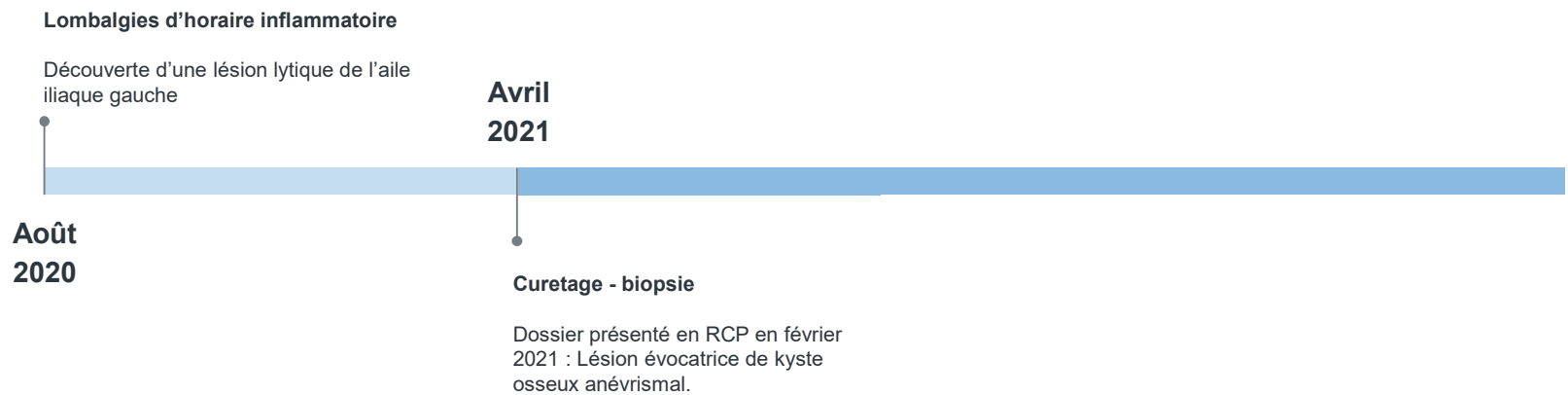
Radiographie : Limites nettes, corticale soufflée, contours lobulés, cloisons osseuses
IRM : Niveaux liquide-liquide

→ Biopsie systématique





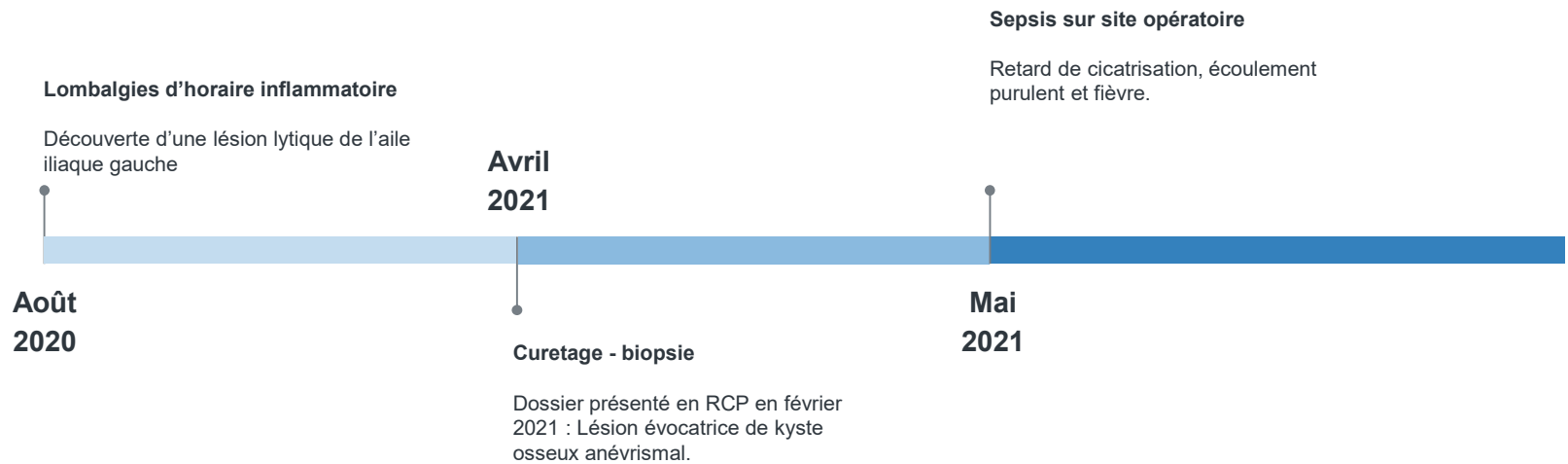
Histoire de la maladie



Histologie

Kyste osseux essentiel siège de remaniements anévrismatiques.
Pas d'argument en faveur d'un ostéosarcome télangiectasique.

Histoire de la maladie



Hospitalisation en orthopédie

Sur le plan du sepsis :

Prise en charge chirurgicale : reprise de cicatrice et évacuation d'un hématome surinfecté de l'aile iliaque gauche

Prélèvement per-opératoires positifs à *S. aureus* et *K oxytoca*.

Antibiothérapie post-opératoire par Tazocilline-Linézolide relayée par Clindamycine-Levofloxacin pour une durée de 6 semaines.

Hospitalisation en orthopédie

Découverte d'une hypercalcémie à 4,8 mmol/L

Hospitalisation en orthopédie

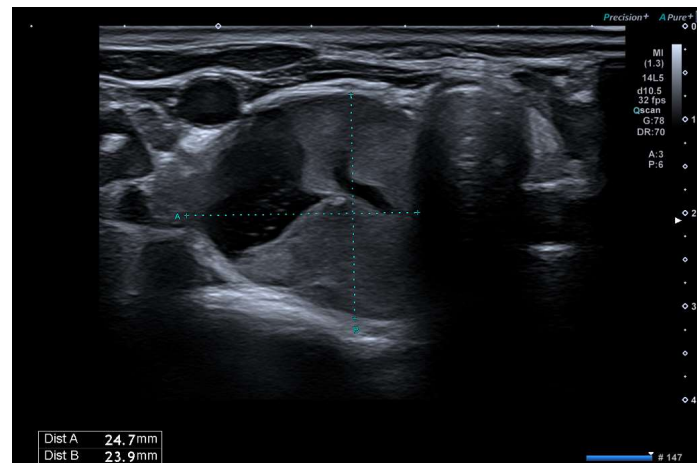
Découverte d'une hypercalcémie à 4,8 mmol/L

Tableau d'hyperparathyroïdie primaire sévère (P 0,46 mmol/L, PTH 546 pg/mL, vitamine D 13 ng/mL)

Prise en charge initiale en réanimation :
Hyperhydratation + Biphosphonate (Aredia 90 mg).
Supplémentation d'une hypokaliémie, hypomagnésémie.
Puis introduction de Mimpara.

Bilan étiologique

Echographie cervicale : Volumineuse lésion tissulaire hétérogène de la parathyroïde supérieure droite.



Bilan étiologique

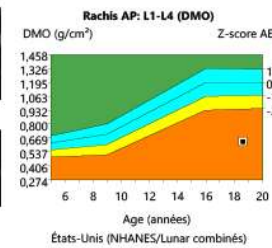
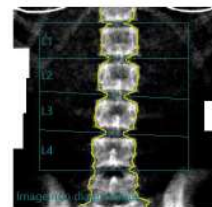
Pas d'antécédents familiaux d'endocrinopathies.

Bilan endocrinien :

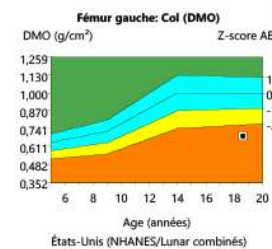
- Calcitonine dans les normes.
- Pas d'anomalie sur le bilan antéhypophysaire.
- TSH normale
- Dérivés méthoxylés normaux.
- Bilan génétique (mutation NEM1, NEM2) : en cours

Bilan étiologique

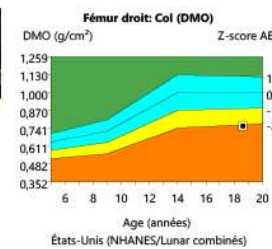
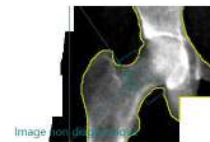
Ostéodensitométrie



Région	DMO (g/cm ³)	AJ (%)	AJ T-score	AE (%)	AE Z-score
L1	0,568	-	-	50	-4,5
L2	0,615	-	-	51	-4,7
L3	0,687	-	-	58	-4,1
L4	0,669	-	-	57	-4,1
L1-L4	0,638	-	-	54	-4,3



Région	DMO (g/cm ³)	AJ (%)	AJ T-score	AE (%)	AE Z-score
Col Gauche	0,688	-	-	69	-2,4
Troch. Gauche	0,521	-	-	66	-2,2
Total Gauche	0,681	-	-	67	-2,6



Région	DMO (g/cm ³)	AJ (%)	AJ T-score	AE (%)	AE Z-score
Col Droit	0,759	-	-	76	-1,9
Troch. Droit	0,587	-	-	74	-1,5

Bilan étiologique

TEP 18F-Choline (31/05/2021) :

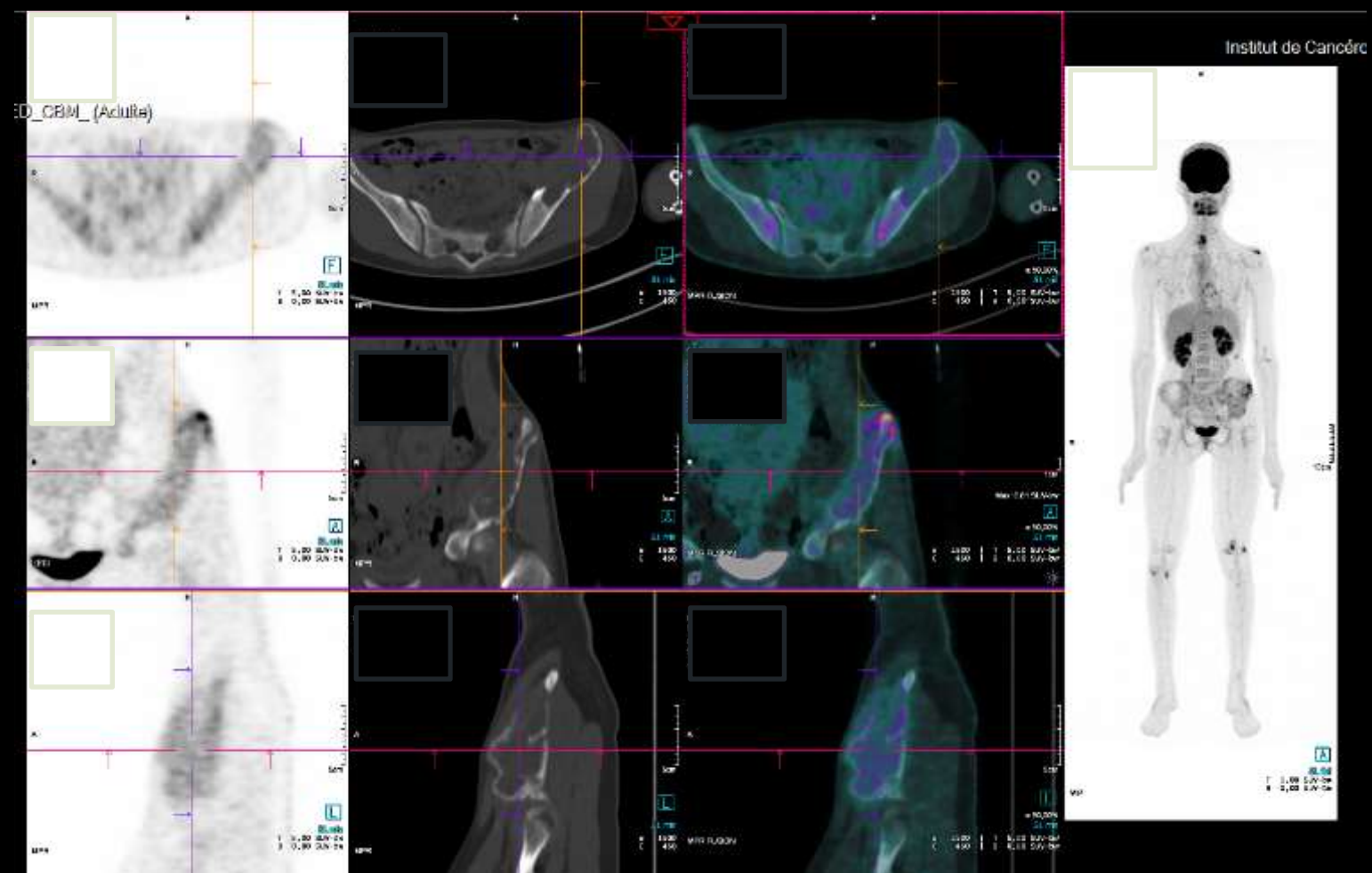
Lésion paratrachéale droite hyperfixante

Atteinte osseuse multiple :

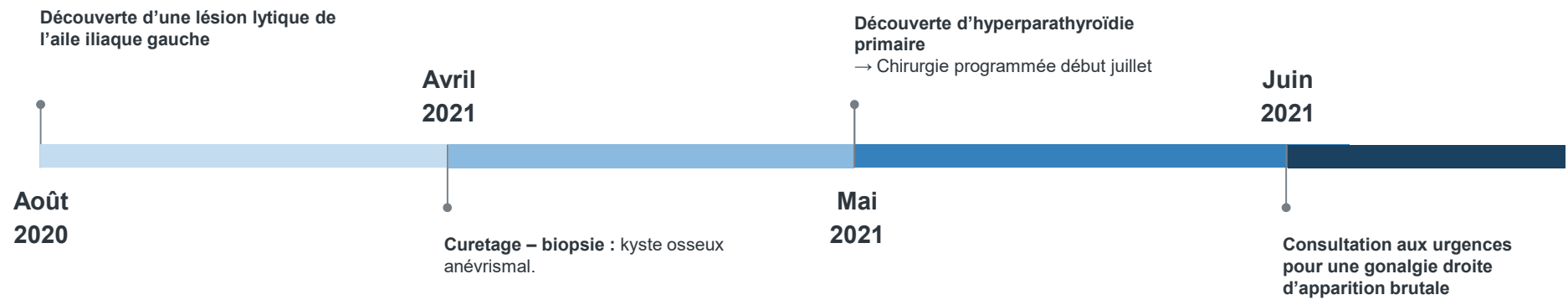
- Extrémité distale de l'épine scapulaire droite
- Petite lésion de l'extrémité distale de l'humérus gauche
- Lésion des extrémités proximales des tibias
- Ostéolyse tibiale supérieure droite
- Fixation très modérée de la lésion de l'aile iliaque gauche

TEP TDM FDG (17/06/2021):

Idem



Histoire de la maladie





Prise en charge chirurgicale

Résection de la glande parathyroïde supérieure droite le 21/06/2021

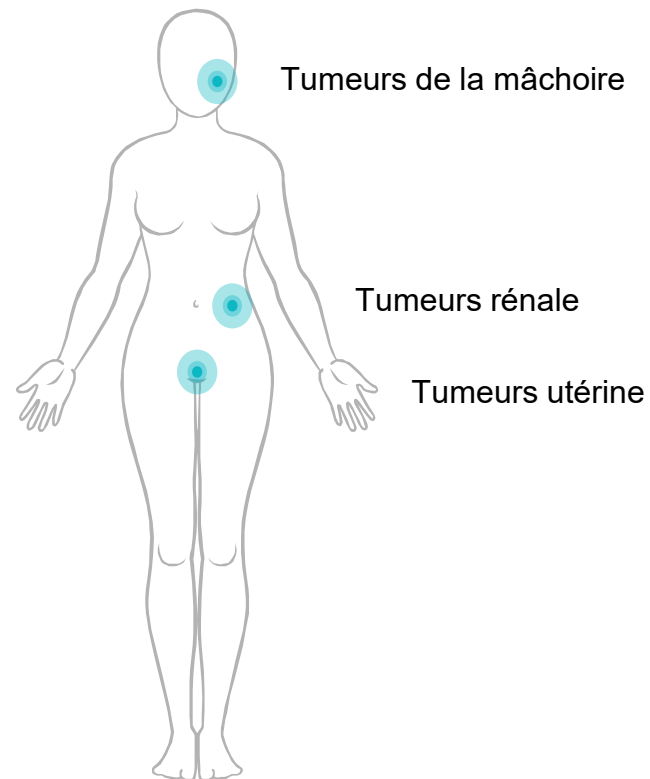
Bilan biologique de sortie :

Ca 2,18 mmol/L, P 0,53 mmol/L, PTH 29 pg/mL, vit D 35 ng/mL

Histologie : Adénome parathyroïdien sans atypie nucléaire ni mitose

Bilan génétique

Mutation du gène HRPT2 / CDC73
Mutation autosomique dominante.
Possibilité de mutation de novo.

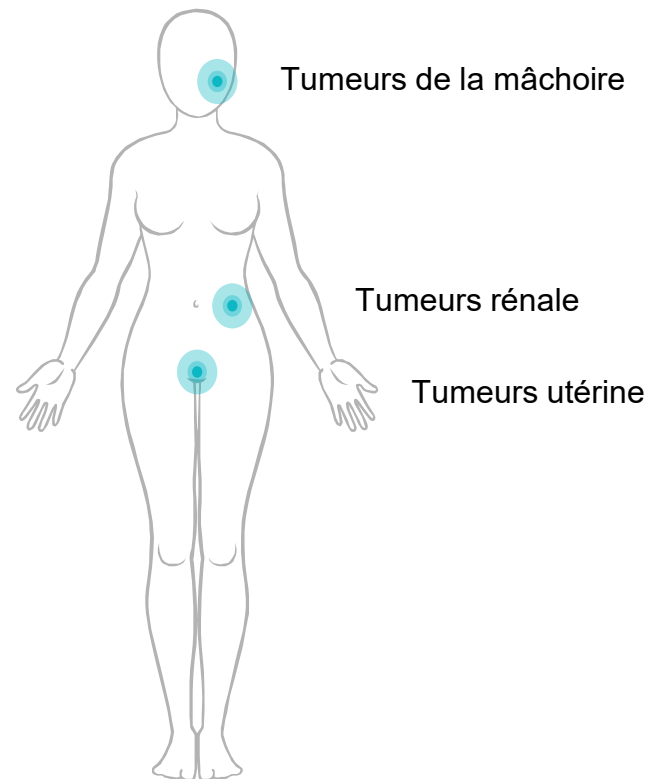


Bilan génétique

Mutation du gène HRPT2 / CDC73
Mutation autosomique dominante.
Possibilité de mutation de novo.

Surveillance :

- Bilan phosphocalcique (2/an)
- Panoramique dentaire (/5ans)
- Echographie rénale et utérine (/5 ans)



Relecture radiologique et histologique

Confirmation du diagnostic de tumeur brune de l'aile iliaque gauche



Tumeurs brunes

Prolifération non tumorale localisée de tissu fibreux et d'ostéoclastes

Le plus souvent au squelette axial (côtes, os iliaques)

Mais aussi : mandibules, fémurs, mains

Rx : lésion lytique, sans sclérose le plus souvent

IRM : hypoT1, hyperT2

Possible évolution kystique avec cloisonnement mimant un kyste osseux anévrysmal

Conclusion

Intérêt du dosage de la calcémie dans les lésions ostéolytiques !

Une tumeur brune peut mimer une kyste osseux anévrismal.



Merci pour votre attention