

Cas clinique N° 12 M Laroche

Mr G., 48 ans, 1,72 m, 63 kg, présente, à la suite d'un semi-marathon, une douleur de hanche droite. Cliniquement le syndrome de coxopathie est indiscutable, mais la radiographie standard du bassin est normale (le radiologue, tout au plus, évoque un aspect un peu déminéralisé du squelette).

Dans les antécédents de ce sportif d'hygiène de vie irréprochable, il faut noter 2 épisodes de coliques néphrétiques, il y a 3 et 2 ans où des calculs oxalo-calciques avaient été émis. Il n'avait pas bénéficié d'explorations biologiques.

Questions :

- 1) Commentez les anomalies sur l'IRM (séquences en T1 et T2) quelle maladie évoquez vous ?
- 2) Quel autre examen complémentaire aurait pu être réalisé ? quelles auraient été les anomalies visualisées sur cet examen ?
- 3) Dans le contexte, quelles autres affections aurait-on pu suspecter, à l'origine d'un syndrome de coxopathie à radiographies normales ? quelles anomalies aurait-on alors vues sur l'IRM ?
- 4) Quel examen allez vous demander pour confirmer ou infirmer l'impression du radiologue sur les radiographies standards ?
- 5) Cet examen confirme la décalcification : quel peut être le lien entre cette pathologie de hanche, la déminéralisation et les lithiases rénales ?
- 6) Le bilan biologique est le suivant : NFS : N ; VS : N ; Electrophorèse des protides : N, TSH, Testostéronémie : normales, Créatininémie : 70 μ mol/l, calcémie : 2.70 mmol/l, phosphorémie : 0.70 mmol/l, calciurie des 24 heures : 7.6 mmol, phosphaturie : 25 mmol ; créatininurie : 8.000 μ mol. Analysez les anomalies biologiques, quel diagnostic évoquez vous ?
- 7) Comment confirmer ce diagnostic ?
- 8) Quel sera le traitement ? Pourquoi ?
- 9) Envisagez vous d'autres examens d'imagerie avant de proposer cette solution thérapeutiques ?

Réponses Cas clinique N°12

- 1) Hyposignal T1 et hyper signal T2 diffus de l'extrémité supérieure du fémur. Algodystrophie sympathique réflexe.
- 2) Scintigraphie osseuse : hyperfixation diffuse tête et col fémoraux
- 3) Ostéonécrose aseptique, fracture de fatigue sous chondrale . Dans l'ONA : zone limitée par une bande d'hyposignal T1 et T2 triangulaire ou semi circulaire. Iso ou hyper signal de cette zone correspondant au séquestre nécrosé. Image linéaire en Hypo signal enT1, quelques millimètres en dessous le la corticale céphalique, avec éventuellement une ligne hypersignalante en T2 la jouxtant correspondant à la fracture sous chondrale.
- 4) Ostéodensitométrie avec détermination de la DMO au rachis et au col sain.
- 5) L'algodystrophie spontanée d'une articulation du membre inférieur peut compliquer une ostéoporose qui elle peut résulter d'une hypercalciurie d'origine rénale favorisant les lithiases.
- 6) Hypercalcémie modérée, hypophosphorémie, hypercalciurie modérée : hyperparathyroïdie
- 7) Dosage simultané du calcium ionisé (élevé) et de la PTH élevée et inadaptée.
- 8) Cervicotomie car l'HPT primitive occasionnant une ostéoporose compliquée et des lithiases doit être opérée.
- 9) La scintigraphie au MIBI et l'échographie crvicale peuvent aider le chirurgien à localiser l'adénome parathyroïdien (s'il s'agit d'un adénome et non d'une hyperplasie)

Iconographie cas clinique N°12

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.