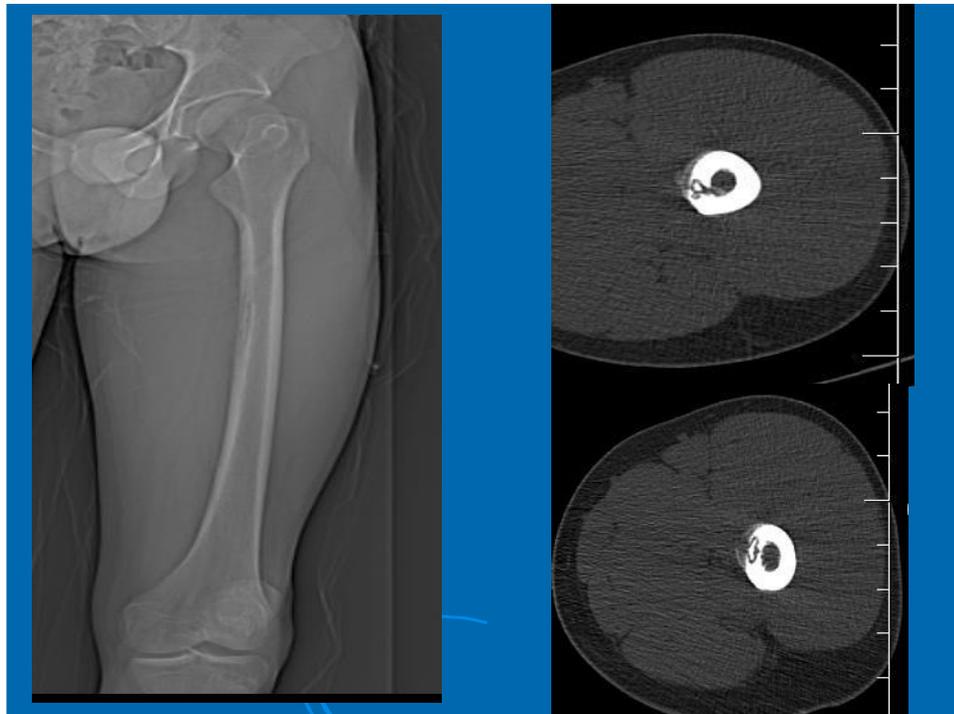
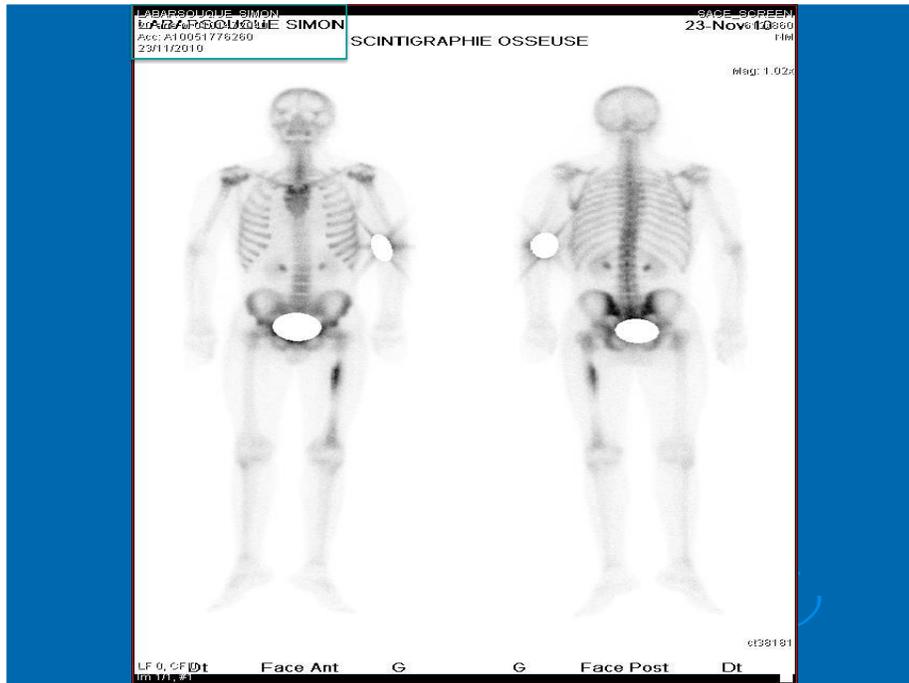


Cas clinique 2

- •Patient de 20 ans jeune ostréiculteur
- •Présente depuis un mois une douleur de la cuisse gauche irradiant dans la hanche et le genou, douleur insomnante.
- •Douleur initialement étiquetée cruralgie traitée par AINS et bolus de Solumédrol
- •A l'examen, il présente une importante amyotrophie du quadriceps gauche. Pas de déficit sensitivo-moteur

Douleur à la palpation du 1/3 inférieur du fémur gauche. Apyrétique, perte de 10kg en 3 mois.

Réalisation d'une Tomo-scintigraphie osseuse





- **Au total :** Hyperfixation et hyperhémie du tiers moyen de la diaphyse fémorale gauche en regard d'une lésion ostéolytique semblant centrée sur la corticale

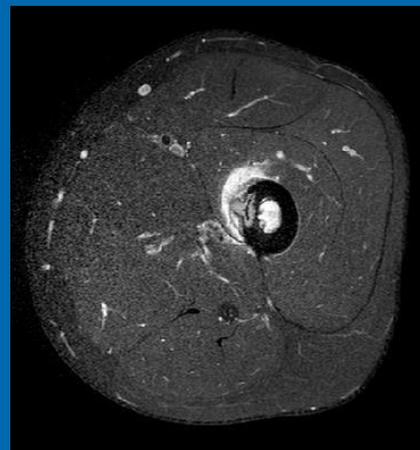
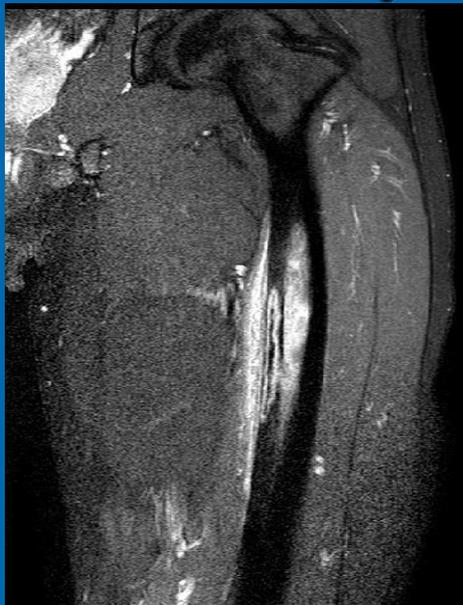
T1 coronal



T2 axial FAT SAT



T1 axial et coronal FAT SAT après injection de gadolinium



Interprétation de l'IRM :

-Lésion intra corticale interne de la jonction tiers supérieur/ tiers moyen de la diaphyse fémorale gauche à grand axe vertical mesurée à 6 cm de hauteur

-Importante réaction œdémateuse de l'os spongieux diaphysaire fémoral adjacent
Réaction des parties molles à type de périostite inflammatoire.

-Prolongement de la lésion intra corticale de 6 mm au sein des parties molles (vaste médial).

=> Forte suspicion d'ostéomyélite infectieuse avec début d'extension dans les parties molles

Biologie :

CRP à 5,5 mg/l. VS à 10mm

ETT normale

Biopsies chirurgicales: négatives MAIS

- 2 hémocultures positives en post-op à SEMS multi sensible.
- Point d'entrée?

Conclusion : Ostéite fémorale gauche a SEMS (traitement par antibiothérapie)