

DPC du 7 novembre 2019

Femme 46 ans

- Présente une douleur évocatrice d'une tendinopathie du moyen fessier
- Rémission avec les séances de kiné MAIS au décours de l'IRM diagnostic, on découvre fortuitement une lésion iliaque droite (hypo T1, hyper T2).
- Scintigraphie osseuse et TDM : lésion condensante aile iliaque, faiblement hyperfixante sur la scinti os

⇒ Diagnostic éliminé : fibrome, ostéose iliaque condensante

=> Hypothèse d'une Dysplasie Fibreuse atypique, d'aspect cicatriciel.

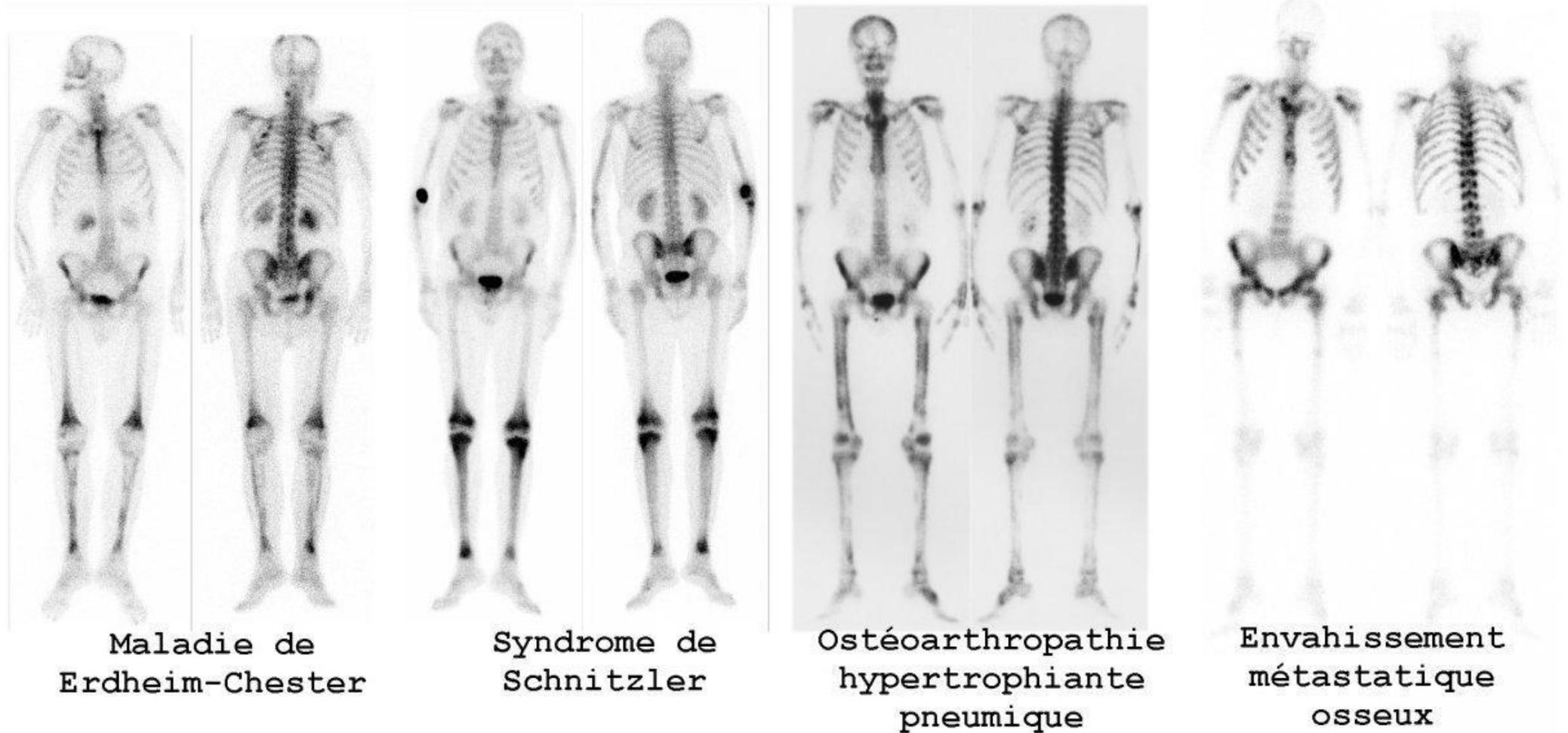
- Biologie normale
- Au total, la lésion tumorale comporte des critères de bénignité sur le plan radiologique, proposition de surveillance avec TDM de contrôle à M6

TDM bassin

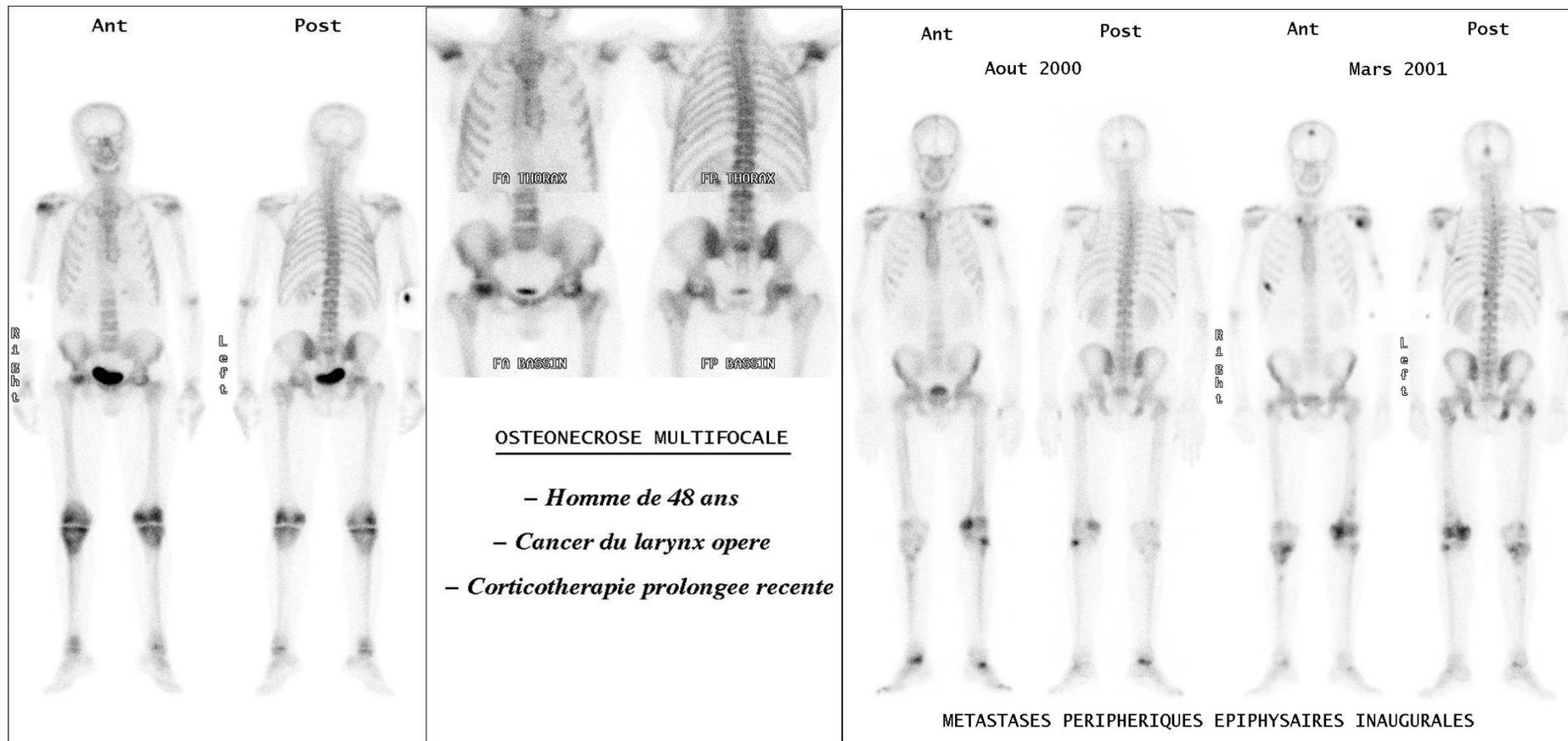


Rappel de l'Intérêt de la Scintigraphie Osseuse
pour quelques diagnostics

Configurations scintigraphiques aux échelons régional (squelette jambier) et général (squelette entier) (1/2):



Configurations scintigraphiques aux échelons régional (squelette jambier) et général (squelette entier) (2/2):



Cas clinique 2

- Femme de 33 ans
- Consulte pour des douleurs de Sciatalgies
- IRM du bassin : discussion des images plutôt évocatrices d'une ostéose iliaque condensante (signal inflammatoire antérieur et en regard de la facette articulaire antérieure, zone articulaire, interlignes régulières. C'est un équivalent de Modic).

Cas clinique 3

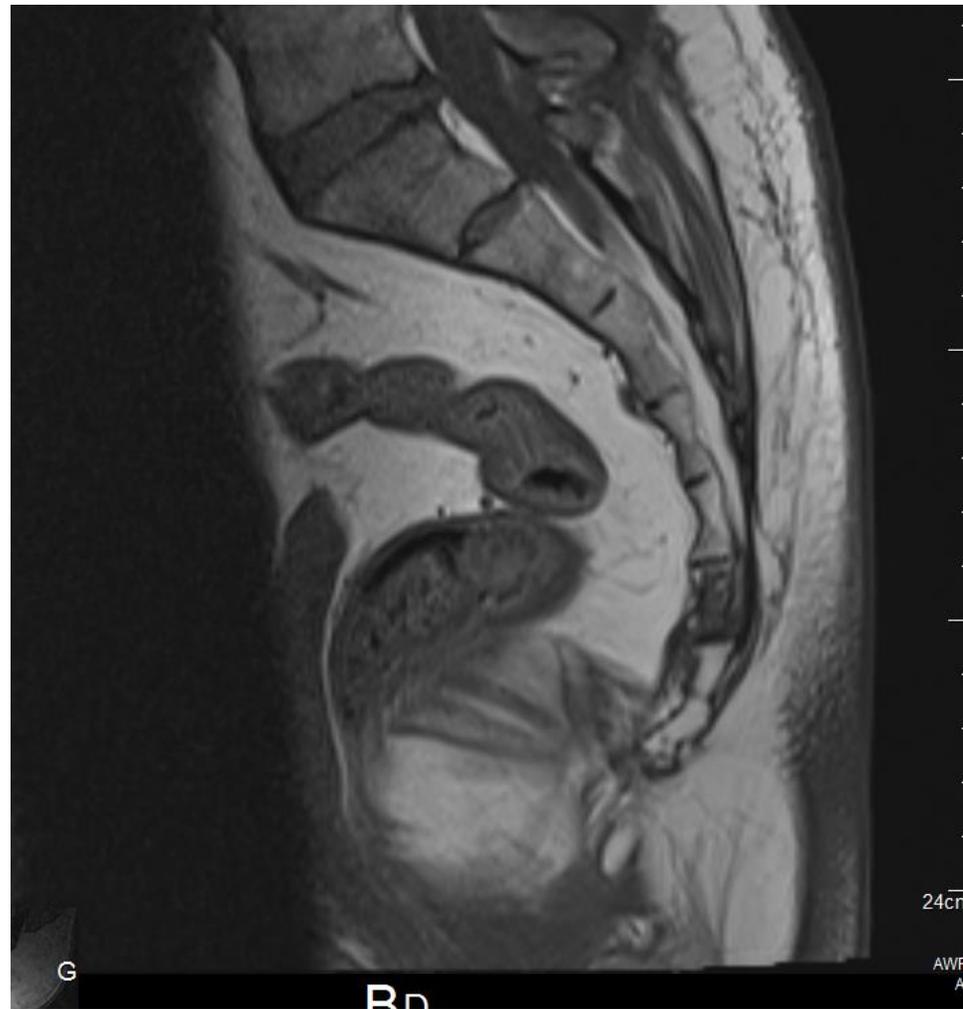
- Homme de 52 ans
- Douleur sacré mécanique IMC > 30, tabac +++
- Pas de notion de traumatisme
- Pas de signes généraux
- IRM sacrum : hypersignal de la 5^{ème} pièce sacrée. Pas d'envahissement des parties molles

- Conclusion : résidu notochordal sur la dernière pièce sacrée et arthropathie sacro coccygienne
- CAT : Il faut systématiquement recontrôler ce type de résidu

TDM pièce sacrée



IRM pièce sacrée



Cas Clin 4

- Femme de 53 ans, suivie pour un rhumatisme psoriasique
- Sportive mais douleur de survenue brutale du fémur au décours d'une course
- IRM réalisée à J5 de la douleur : hypersignal intramédullaire 1/3 supérieur du fémur et périphérique avec un TDM normal
- Hypothèse d'une fissure de fatigue
- Ostéodensitométrie normale
- La douleur a régressé avec la mise au repos.
- IRM de contrôle à M3 : régression de l'œdème intra médullaire, disparition de l'œdème périphérique
- MAIS TDM de contrôle : apparition d'une lésion condensante serpigineuse intra médullaire
- Hypothèse : infarctus médullaire
- Nous ne conseillons pas la réalisation de bilan complémentaire car lésion unique, régression spontanée de la douleur et de l'œdème.

Cas Clinique 5

- Femme de 38 ans, avec un diagnostic de SA il y a 1 an, ouvrière agricole
 - 185 cm
 - B27-
 - Pas de syndrome inflammatoire biologique
 - Sensible aux AINS
 - TDM du bassin : interligne sacro iliaque gauche pincé, importante condensation iliaque et sacrée
- Anomalie transitionnelle à droite, pas de lésion sacro iliaque droite
- IRM sacro iliaque : hypersignal surtout sur le versant sacré
 - Hypothèse d'un SAPHO ? Ou mécanique ?
 - Car lésions de caractère mixte, chez une femme très active
 - Au total, le diagnostic est difficile car sur le plan radiographique => SA mais le sentiment clinique => lésion mécanique
 - Au total : On ne propose pas d'antiTNF ce jour, plutôt une infiltration locale dans un 1^{er} temps

Cas Clinique 6

- Jeune homme de 17 ans, très bon niveau au judo.
- Traumatisme du pied il y a 1 an et il persiste une douleur du gros orteil
- La radiographie met en évidence une volumineuse encoche de la 1^{ere} IPP du GO
- IRM du pied : arthropathie, présence d'un épanchement intra articulaire, oedème osseux
- Diagnostic d'arthropathie post trauma (un équivalent de l'ostéolyse distale de la clavicule)
- Pas de traitement spécifique, consolidation spontanée.

Radiographie du pied



Cas clinique 7

- Mme G. M. , 37 ans, suivie pour une maladie rare, une NEM de type 2B (hyperparathyroïdie primitive, carcinome médullaire thyroïde, phéochromocytome)

(Surrénalectomie le 01.06.2015, Thyroïdectomie en 1994)

- Avait consulté il y a 5 ans pour des douleurs des mains, de caractère mécanique. Doute sur la présence de synovite clinique au niveau 1^{er} et 5^{ème} IPP droit mais échographie : pas de signal doppler, examen non en faveur de synovite.
- Radiographie des mains en 2016 :
 - Arthrose ?
 - Rhumatisme psoriasique ?
- **Conclusion en 2016** : arthrose digitale...sachant qu'elle n'a que 32 ans. Pas de lésion articulaire décrite dans le cadre des NEM.
- **Nouvelle Cs en 2019** car Mme G. se plaint d'une aggravation progressive des douleurs articulaires au niveau des mains. De plus, à l'examen clinique, elle présente des lésions de psoriasis.
- IRM : ostéite 4^{ème} IPP
- **Diagnostic** de rhumatisme psoriasique
- **Traitement** proposé Inhibiteur de JAK proposé car elle est suivie pour une NEM.

31.05.2016

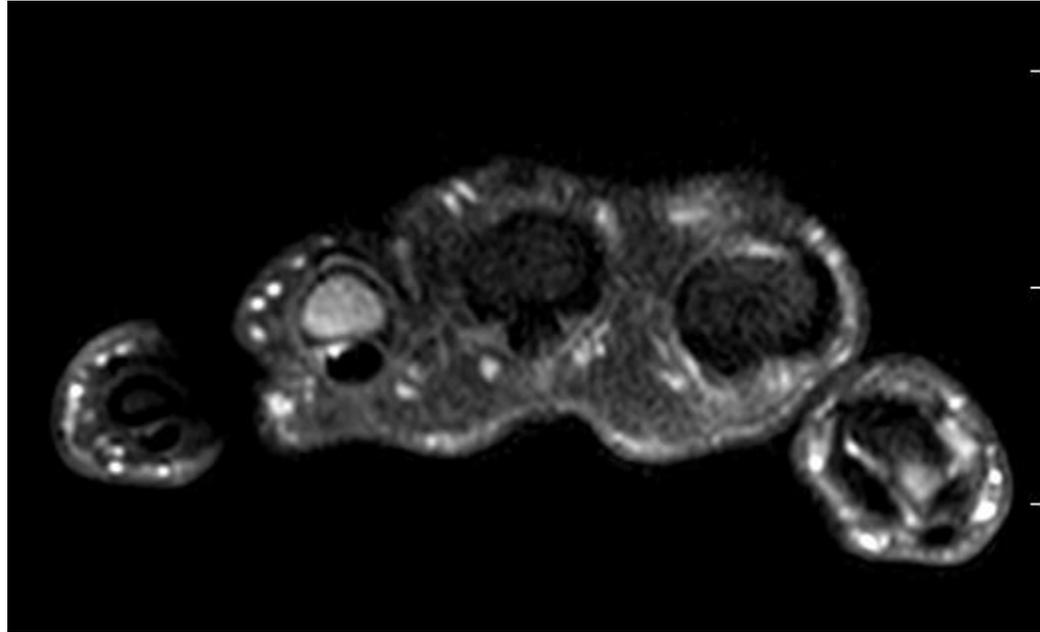


26.03.2019





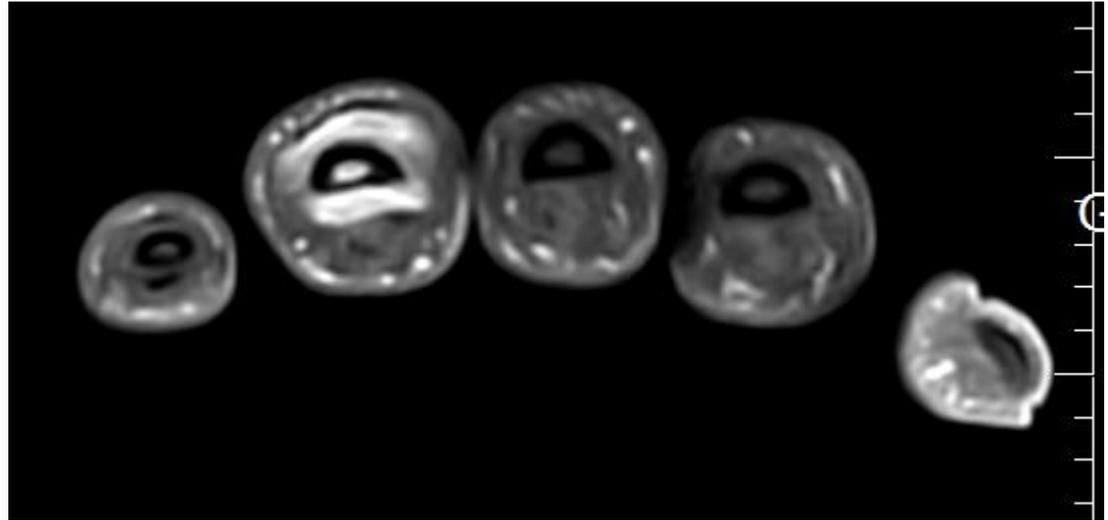
T1 coro



Ax DP STIR



eT1 coro STIR inj



eT1 ax SPIR inj