

RHUMATO DPC

"Rhumatologie en Auvergne"

le 03/09/2020 18h-21h

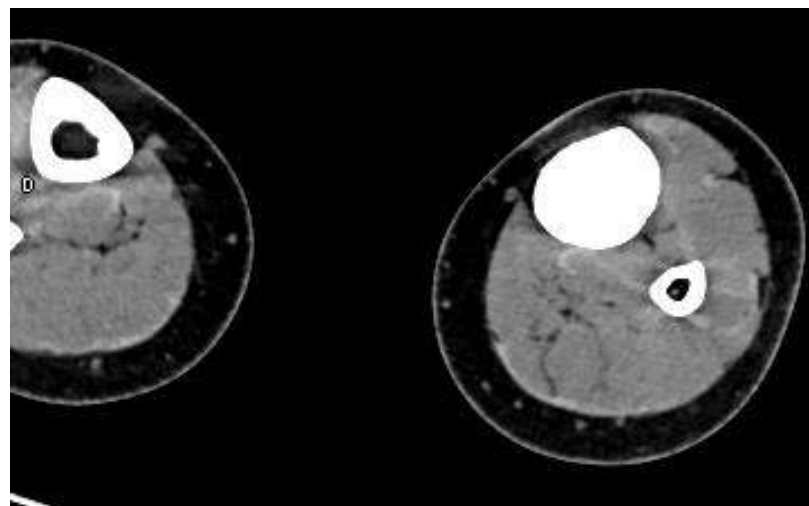
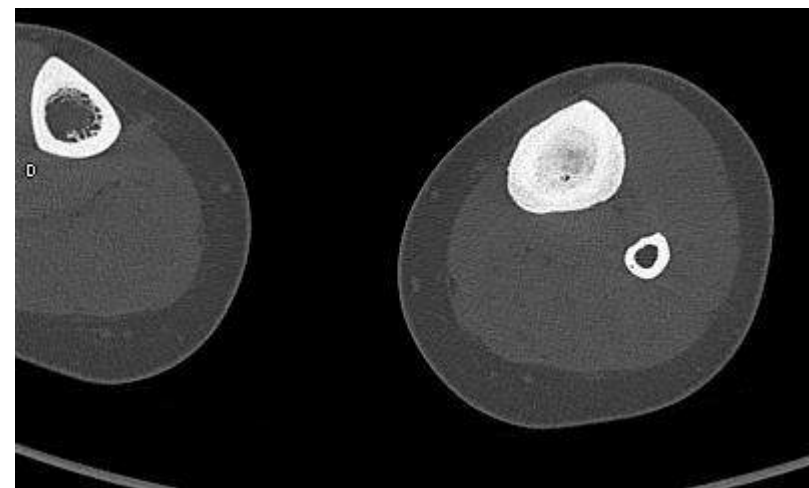
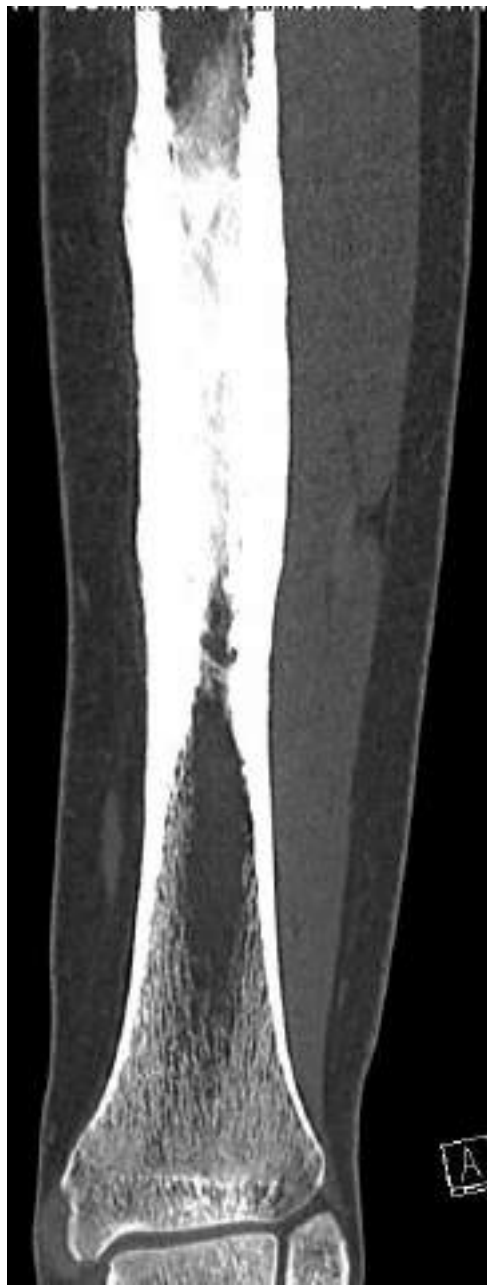
Hyperostose du tibia

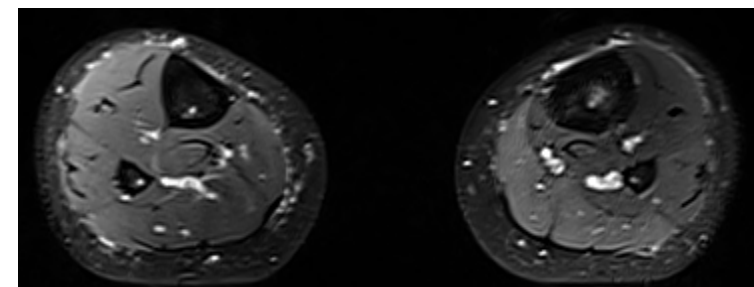
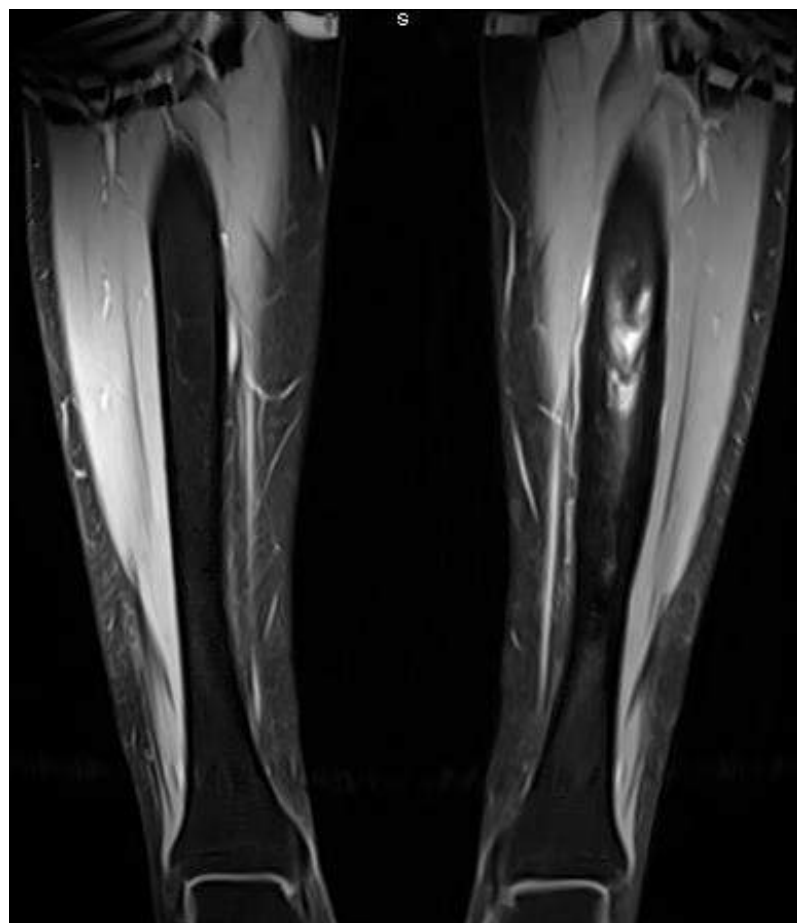


Homme 31 ans

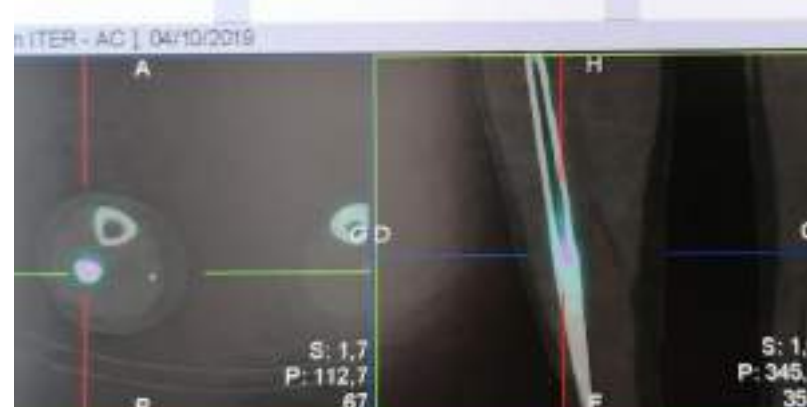
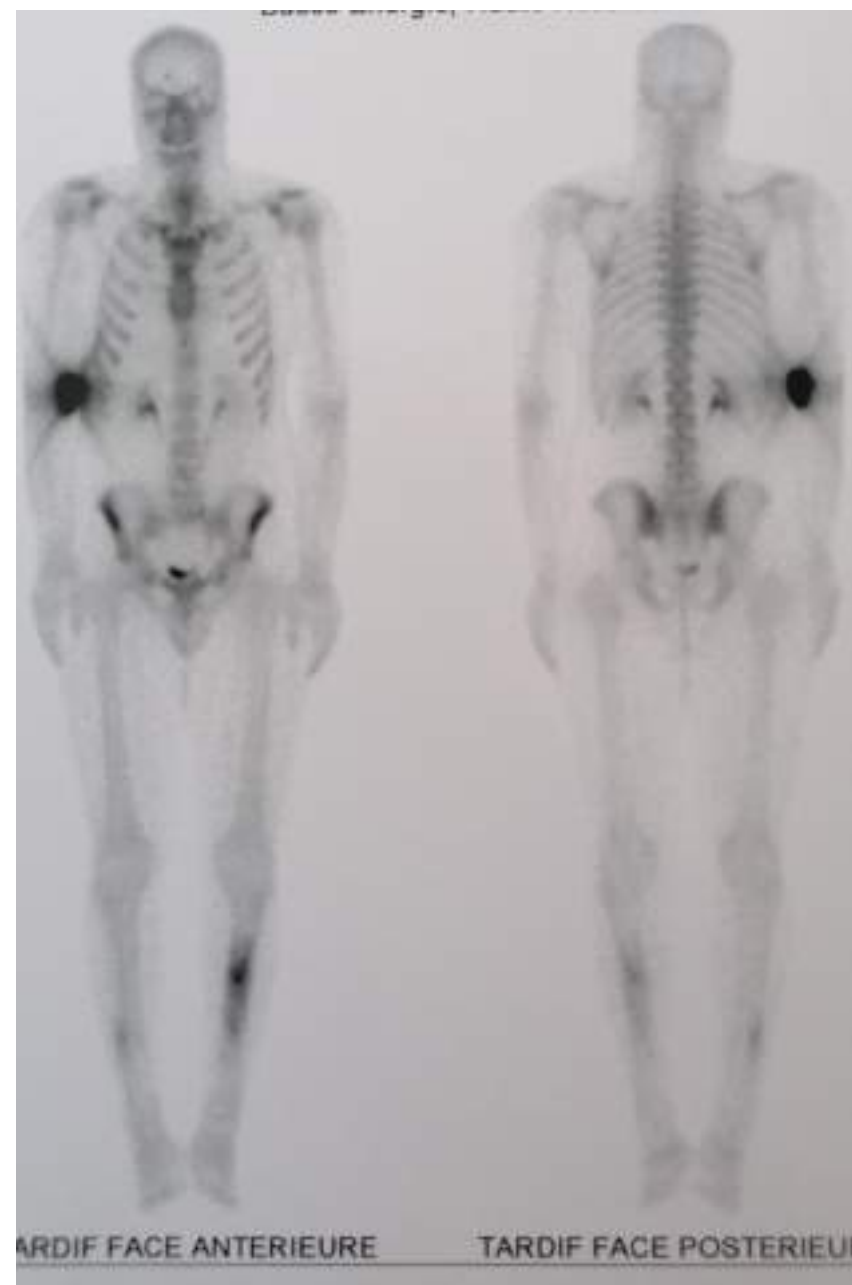
- Depuis 2 ans douleur antérieure jambe gauche d'abord intermittente puis continue depuis 6 mois parfois nocturne
- Pas d'antécédent personnel ou familial
- Examen: Normal, vague sensibilité 1/3 moyen tibia à percussion.
- Bio: NF normale, VS: 4 mm 1^{er} h, CRP < 2.9 mg/l, taux des immunoglobulines normal. créatinine 79.9. Calcémie 2.23, transaminases, gamma GT et phosphatases alcalines normales. Sérologie syphilis négatif.













conditions manifesting as painful hyperostosis of the diaphyseal cortices JM Berthelot

1: Malignant tumors

- 1-1-1: Juxtacortical osteosarcoma; osteoblastoma
- 1-1-2: Ewing tumor in some cases
- 1-1-3: Lymphoma in rare cases
- 1-1-4: Sclerotic cortical metastases

1-2: Benign tumors and Paget's disease of bone

- 1-2-1: Osteomas, including osteoid osteoma
- 1-2-2: Histiocytoses, including Erdheim-Chester disease
- 1-2-3: Paget's disease of bone
- 1-2-4: Osteoectasia with hyperphosphatasia
- 1-2-5: Hyperostosis generalisata with bone striations
- 1-2-6: Familial expansive osteolysis

2: Nonneoplastic inflammatory disorders

- 2-1: Chronic osteomyelitis (septic or "aseptic") of a single bone:
 - 2-1-1: bacteria
 - 2-1-2: hepatitis C virus (very rare)
 - 2-1-3: chronic fungal infections
 - 2-1-4: incipient SAPHO syndrome, Crohn's disease, and other granulomatous disorders
- 2-2: Chronic osteomyelitis of several bones:
 - 2-2-1: SAPHO syndrome
 - 2-2-2: chronic diffuse sclerosing osteomyelitis (CDSO) or chronic multifocal recurrent osteomyelitis (CMRO)

3: Injuries and vascular abnormalities

- 3-1: stress fractures (including longitudinal fissures).
- 3-2: cortical modifications in the vicinity of a hemangioma or venous stasis

4: Overload or metabolic diseases

- 4-1: Acromegaly and pachydermoperiostosis
- 4-2: Hypervitaminosis A and retinoid therapy
- 4-3: Mineral and bone disorder of chronic kidney disease, in rare cases
- 4-4: Hardcastle syndrome
- 4-5: Kenny-Caffey syndrome (cortical thickening of tubular bones with hypocalcemia) + pseudo-hypoparathyroidism and pseudopseudo-hypoparathyroidism
- 4-6: Growth-hormone insensitivity syndrome (Laron syndrome)
- 4-7: Gaucher disease
- 4-8: Schnitzler syndrome
- 4-9: Goldbloom syndrome
- 4-10: Hyperostosis-hyperphosphatemia syndrome
- 4-11: Long-term prostaglandin therapy

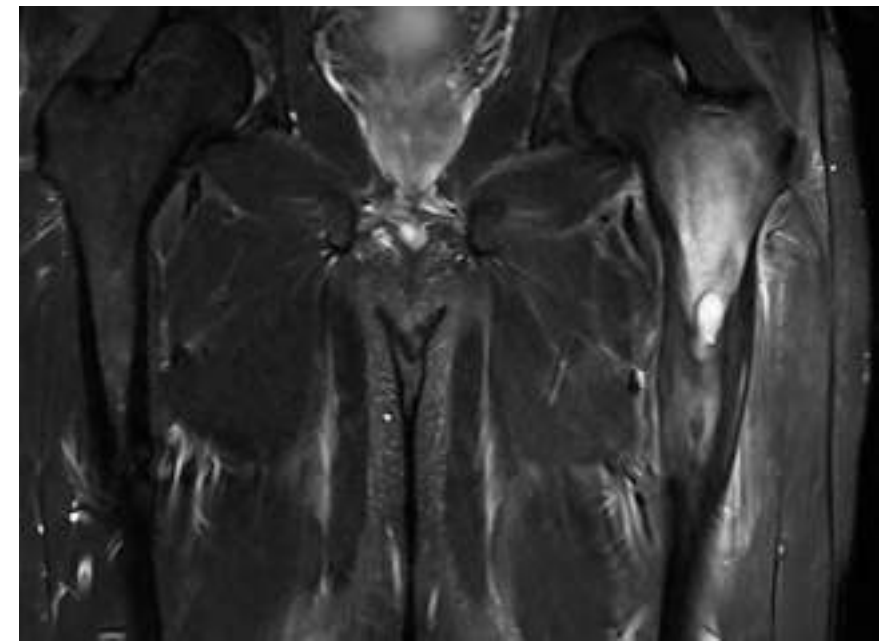
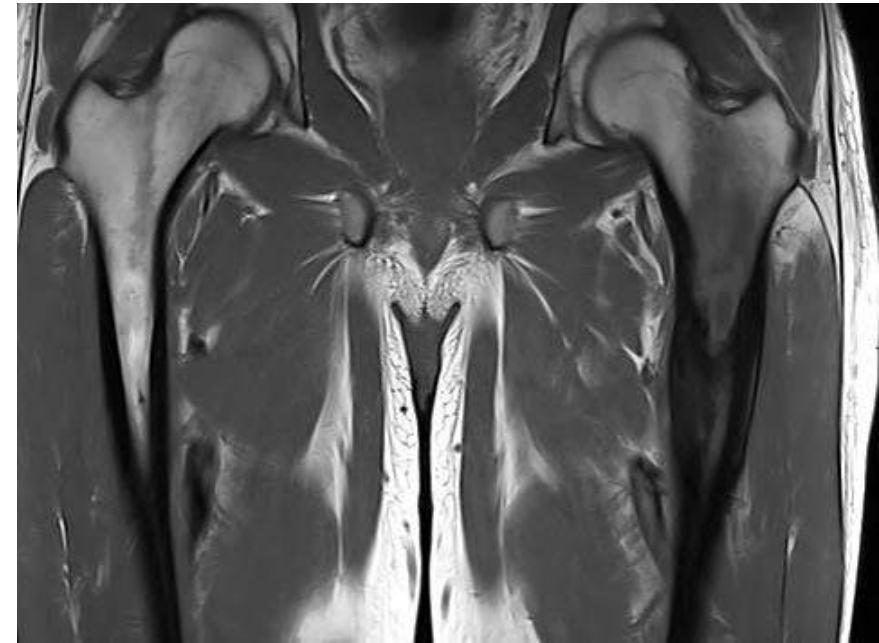
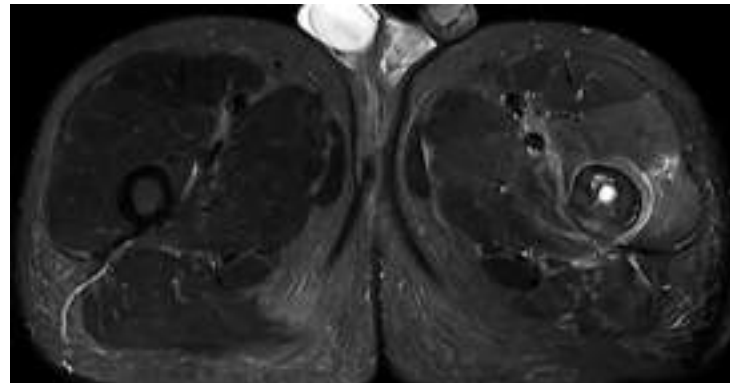
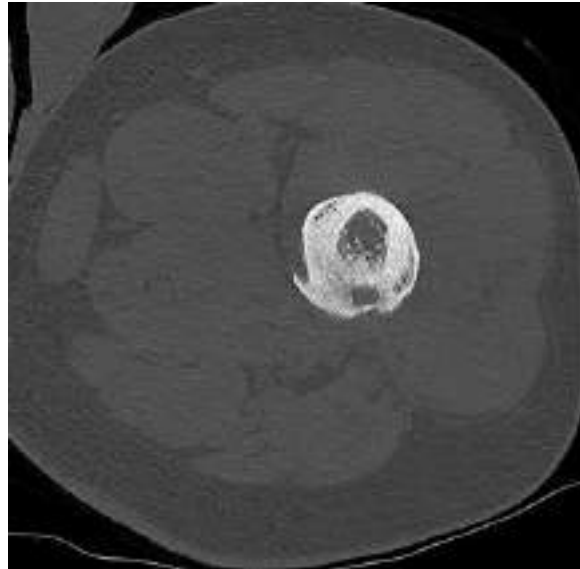
5-Genetic bone dysplasias with hyperostosis

- 5-1: Pycnodysostosis (Toulouse-Lautrec syndrome)
- 5-2: Metaphyseal dysplasia (Pyle disease)
- 5-3: Melorheostosis
- 5-4: Osteopoikilosis (and striated osteopathy)
- 5-5: Dysosteosclerosis (minor form of osteopetrosis with platyspondyly)
- 5-6: Caffey-Silvermann syndrome

6-Genetic hyperostosis with no other manifestations

- 6-1: Sclerosteosis and Van-Buchem syndrome (hyperostosis corticalis generalisata) (recessive)
- 6-2: Worth syndrome (dominant)
- 6-3: Chanchairujira syndrome

Ostéomyélite abcès de Brodie



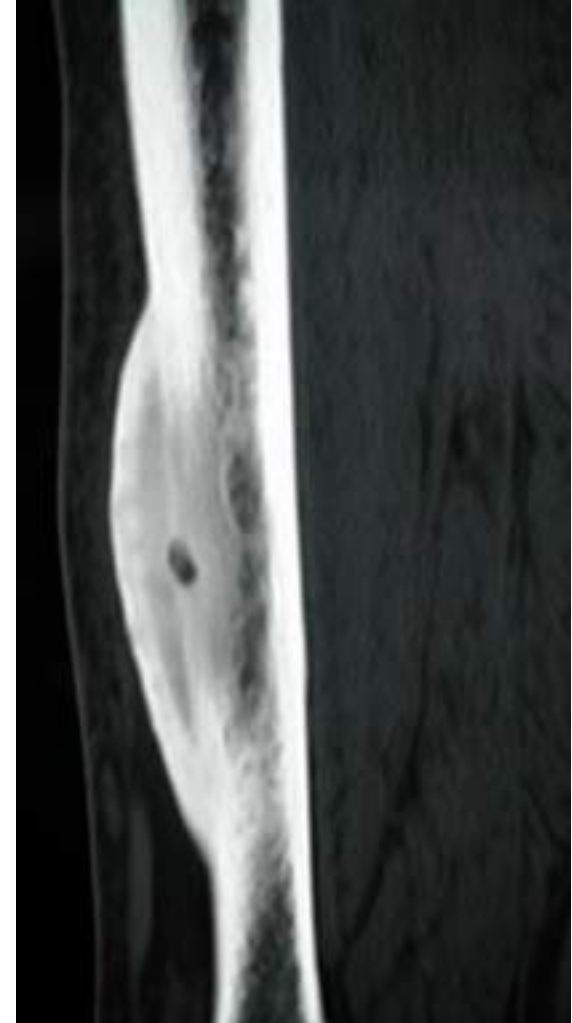
SAPHO



Lymphome confondu avec SAPHO



Ostéome ostéοide



Fracture



Paget



Maladie de Camurati-Engelmann: dysplasie progressive des diaphyses

- Analyse moléculaire: mutation p.(Arg218Hist) dans exon 4 du gène *TGFB1* à état hétérozygote.
- Autosomique dominant
- Dysplasie osseuse sclérosante affectant diaphyse des os long , la base du crane et mandibule
- Mutation gène TGFB1 conduisant à une augmentation de l'activité et à stimulation ostéoblastique
- Traitement. AINS, corticoïde (bolus), diphosphonate semble inactifs, losartan (↓ TGFB1) controversé. Chirurgie alésage ou fenêtre osseuse (↓hyperpression)

Maladie de Ribbing: Sclérose multiple des diaphyses

- Variété phénotypique due à même mutation
- Revue 2018: 40 patients mais probablement sous estimé
8 femmes 32 hommes, âge 1^{er} signe: 30 ans, âge diagnostic: 35 ans

Douleur diaphyse: 30/33

ATCD famille: 14/27

Diaphyse et pas métaphyse ou épiphyse

Bilatéral: 29/37 Asymétrique: 30/31

Tibia: 35/36 , fémur: 14/33

- Forme atténuée de maladie de Camurati-Engelmann

Début âge adulte

Uniquement diaphyse essentiellement membre inférieurs

Asymétrique; respecte crane, épargne métaphyse,
peu ou pas évolutif

CC 2- Monsieur Paul B.

- 61 ans
- ATCDS :
 - o luxation épaule Dte 2006
 - o rachiarthrose
 - o anévrisme aortique surveillé
 - o aucun traitement

Scanner abdo-pelv du 01/07/2019 :
aspect condensé et hypertrophié de
la tête humérale pouvant évoquer un
PAGET



Scintigraphie 18/07/2019



RX 22/07/2019





Septembre 2019 :

Apparition d'une douleur nocturne (surtout sensation de chaleur) à la face antéro-externe de la cuisse G d'horaire mixte, motif de la consultation rhumatologique.

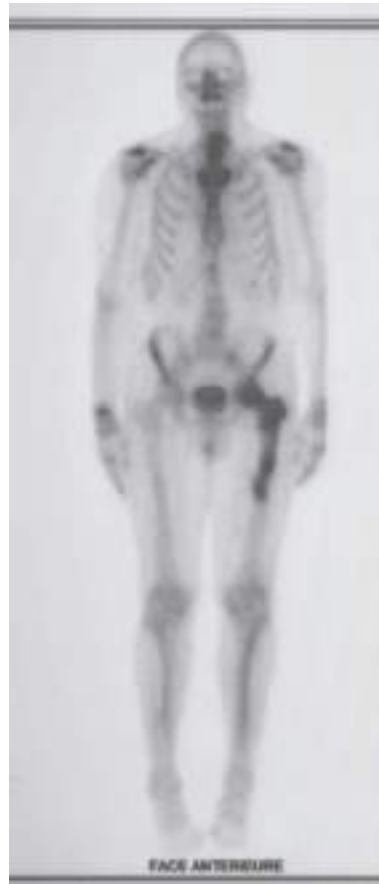
- Biologie 14/ 10/ 19 :
oVS 5; crp 0,4; EDP N; PSA 1, 29; B hep N
- Bilan P/CA N
- PAO 16, 5 (N < 23 ug/L) ; CTX 0, 44 (N< 0,7ug/L);
25OHD3 39UI

Traitements :

- ZOLEDRONATE : 5 mgs le 6/11/19
- Disparition complète de la symptomatologie à S3
- Pas de récurrence à M5
- Avril 2020 : PAO 6, 7 CTX 0,007

Surveillance ?

Juillet 2019



Avril 2020 :

M5 post pamidronate

