

Dorsalgie inflammatoire chez un homme de 25 ans

Spoiler : c'est pas une SpA

François Vercruysse

Depuis 2017

Douleur para-vertébrale droite à hauteur de T7, irradiant en hémicceinture droite.

Rythme inflammatoire

(réveil à 4h du matin, soulagée par l'activité +++, aggravée par le repos, déverrouillage matinal)

Pas d'aggravation progressive

Aucune autre symptomatologie ou antécédent notable (personnel ou familial)

AINS partiellement efficaces (plusieurs essayés) et mal tolérés.

Radiographies normales.

TDM centrée sur la zone douloureuse : normale.

Scintigraphie 2017 : « atteinte inflammatoire du pédicule droit de T7 »

Ostéome ostéoïde non visible sur le scanner ?

IRM en septembre 2017 interprété par Dr Jean-Thomas Perez :

- pas d'argument en faveur d'un éventuel ostéome ostéoïde
- compte tenu de l'absence de traduction scannographique :
« probable angiome hypervasculaire du pédicule droit de T7
possiblement légèrement agressif compte tenu de la
symptomatologie ».
- On propose alors une surveillance par nouveau couple IRM scanner à
1 an du début de la symptomatologie.

Avis rhumato CHU 2017

Décision alors d'un traitement d'épreuve par 6 perfusions de bisphosphonates (Zometa ?)

→ Sans efficacité selon le patient (0%).

→ Puis perdu de vue

Donc au total

Lésion tumorale bénigne du pédicule droit de T7 responsable de dorsalgies inflammatoires stables depuis > 4 ans sans aggravation progressive ni retentissement structural chez un homme de 25 ans, qui fait discuter trois diagnostics :

- un angiome agressif
- un ostéome ostéoïde ou ostéoblastome
- un kyste osseux anévrysmal

Pas d'argument en faveur d'une histiocytose ou d'une lésion primitive maligne ou secondaire.

Cliniquement, le 25/02/21

Aucun syndrome rachidien +++ ce qui me semble étonnant au vu de la durée d'évolution

Douleur **non reproduite** à la palpation rachidienne ou para-vertébrale

Examen général normal

Nouveau TDM 02/03/2021

Aucune anomalie identifiée notamment au niveau du pédicule droit de T7





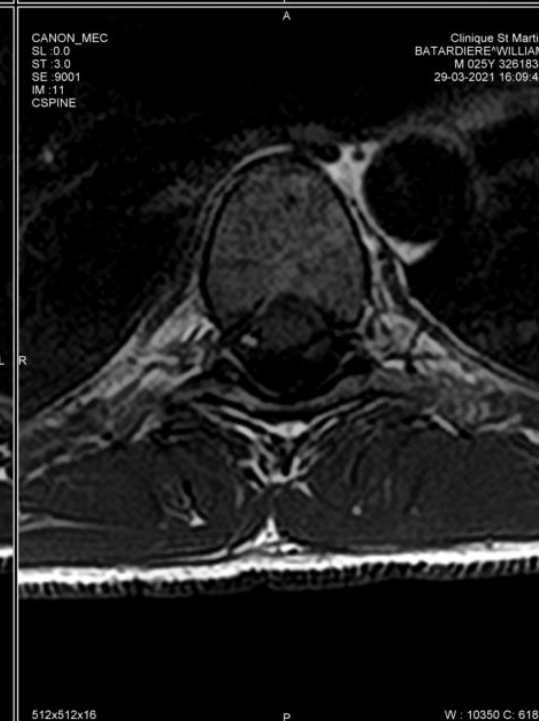
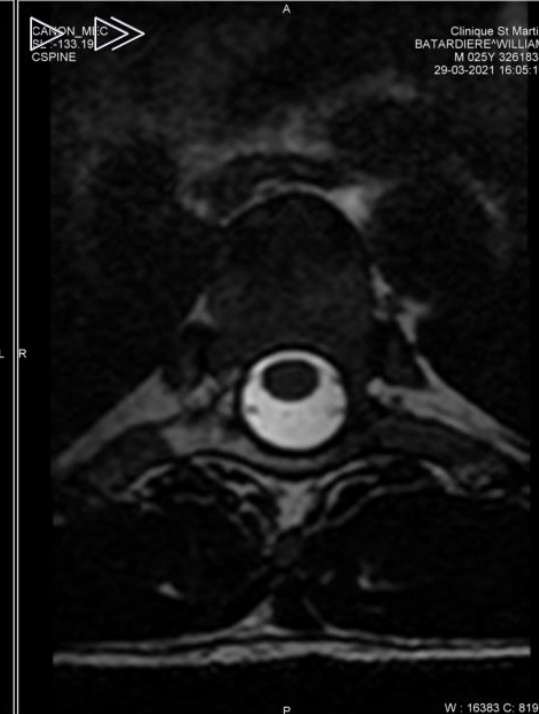
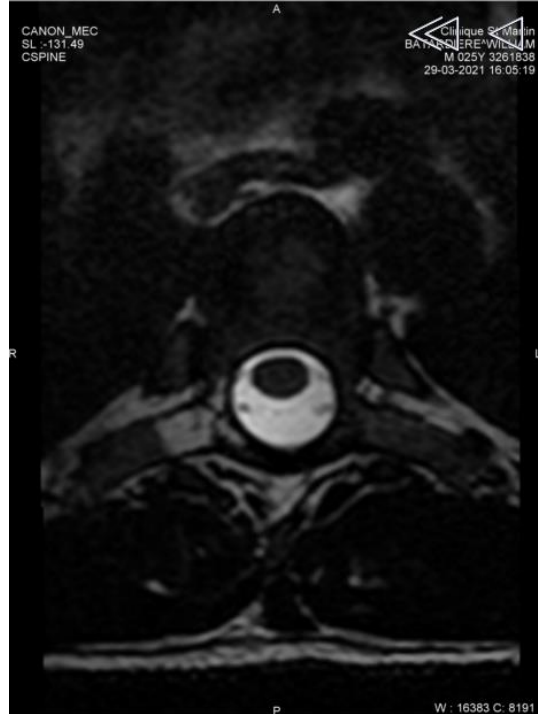


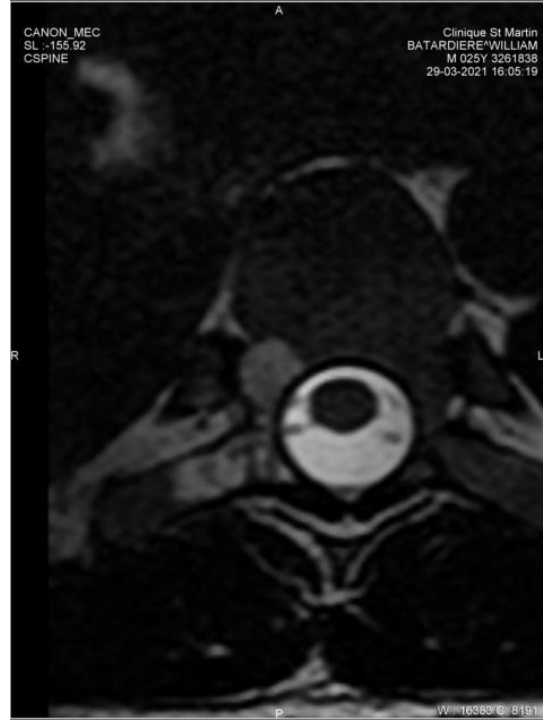
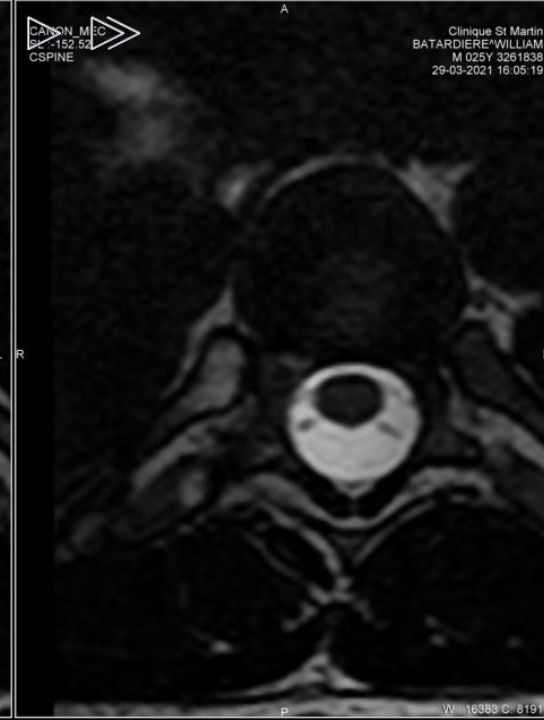
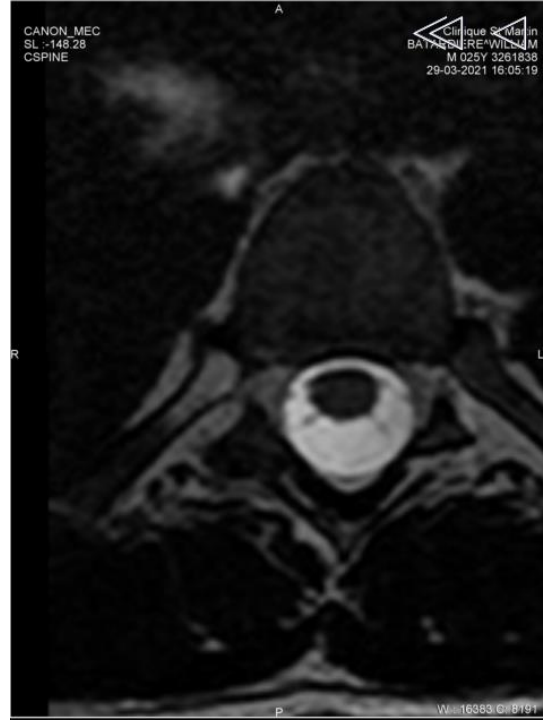


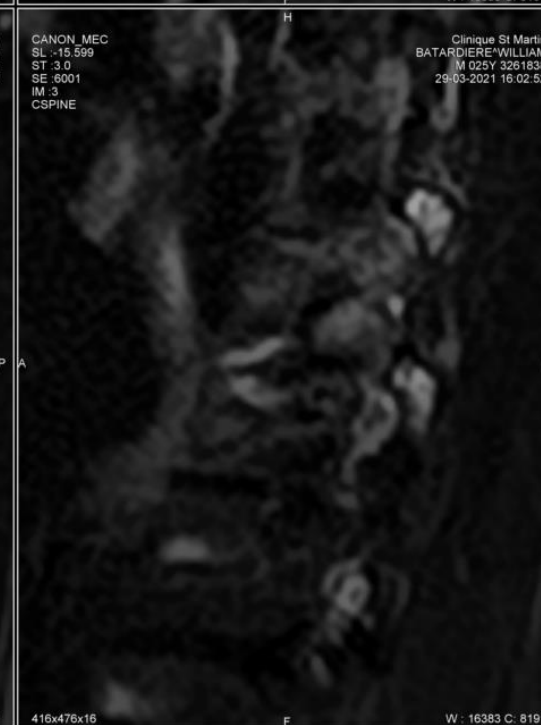
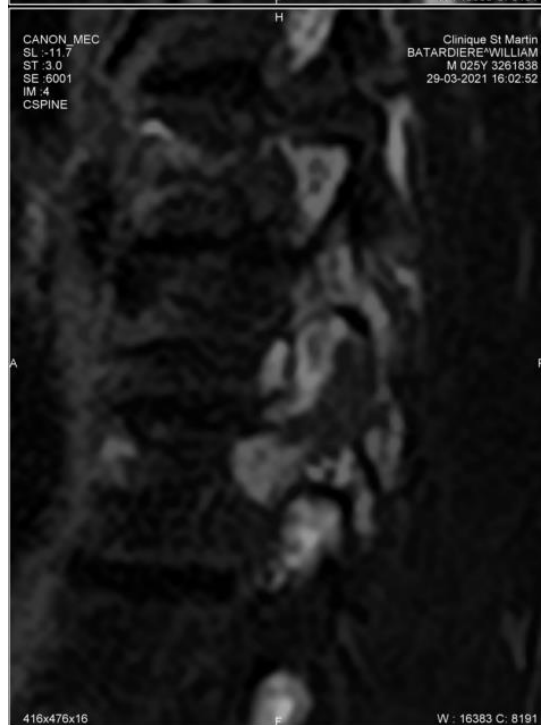
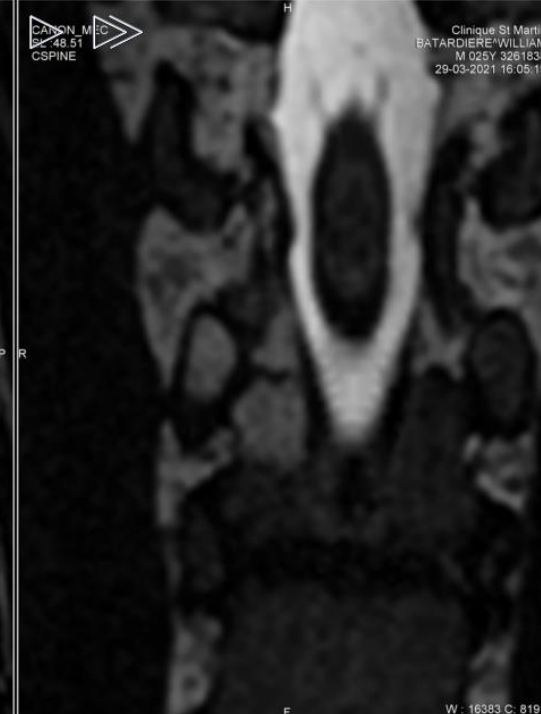
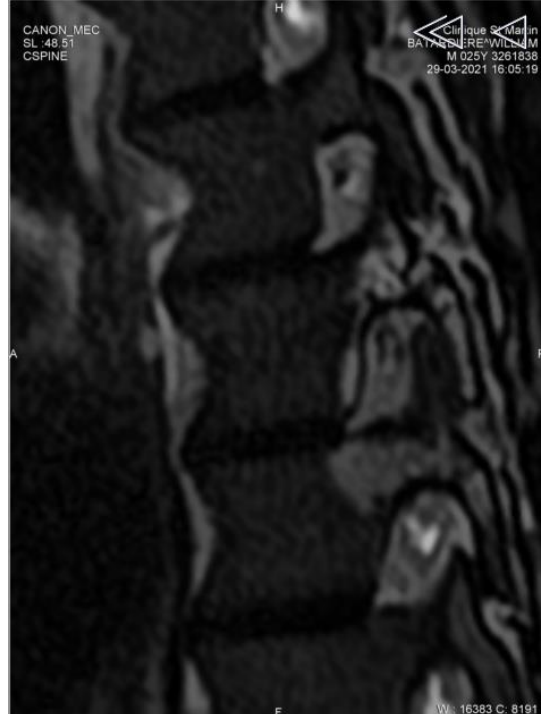
Nouvelle IRM 29/03/2021

- Première image en hypersignal T2 de l'arc postérieur de T6 et 2e image identique un peu plus étendue au niveau de T7 avec une atteinte de la base de la 7e côte droite.
- L'ensemble est en hypersignal T2 et hypersignal STIR avec un très discret hypersignal T1 évoquant un contingent graisseux.
- Sur la séquence T2 3D il semble exister des travées internes pouvant confirmer la nature angiomateuse de la lésion.
- Pas d'infiltration suspecte des parties molles ou de rupture corticale.

→ Conclusion : atteinte de T6 et T7 et de la base de la 7e côte droite en faveur d'une atteinte non agressive, en premier lieu d'une **angiomatose vertébrale**







Que proposer ?

A déjà essayé beaucoup d'AINS au d'autres antalgiques sans efficacité

Acide zolédronique ?

Infiltration foraminale T6-T7 sous scanner ?

Thermoablation radio-guidée ?

Au total, proposition DPC

- Homme de 25 ans
- Dorsalgies inflammatoires, latéralisées à droite
- Inefficacité des AINS
- TDM et IRM sur le pédicule T7 : image centré sur arc postérieur et pédicule avec atteinte de la côte adjacente
- Diagnostic discuté : dysplasie fibreuse ? mais peu de lésion sur le TDM
- Pas assez inflammatoire sur IRM pour discuter un Ostéome Ostéoïde
- Proposition de réaliser une infiltration locale T6/T7 à droite sous TDM (le problème est à gauche car :
 - présence des artères vertébro médullaires
 - risque de pneumothorax