

Compte rendu DPC

24/05/23

- 1sarcoidose vertébrale
- 2fracture pathologique
- 3synovite de hanche
- 4Lipome sous aponévrotique

1 Sarcoidose vertébrale

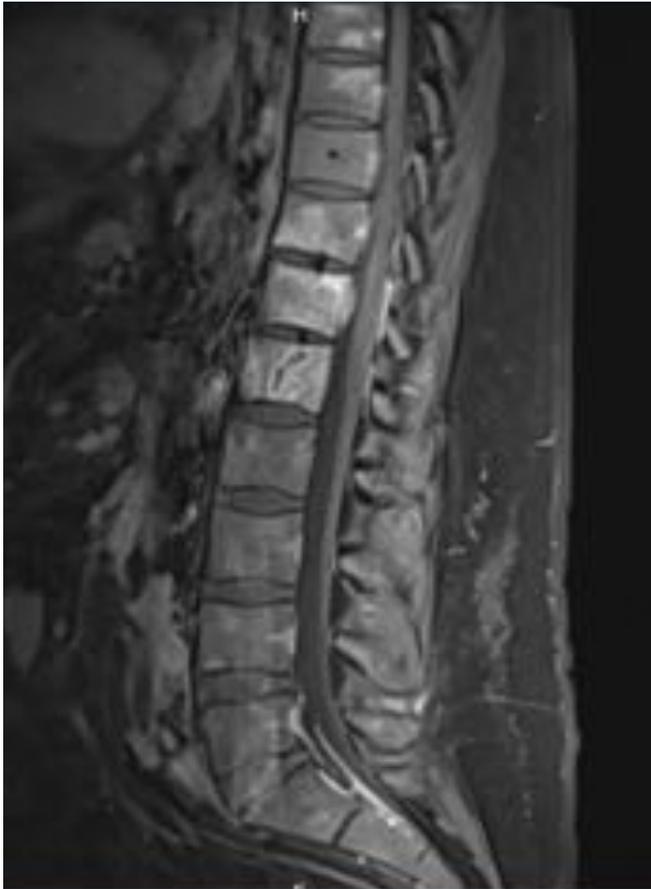
Homme 47 ans

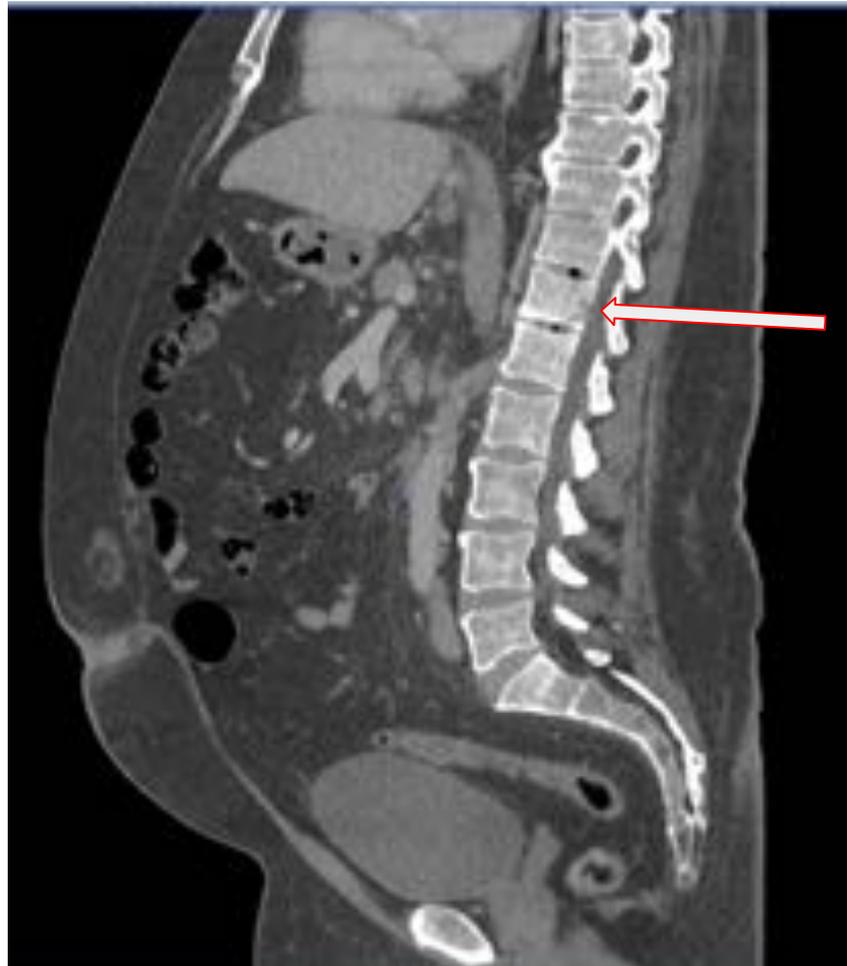
Suivi /sarcoidose multiviscérale CTC 20 mg+MTX

Apparition de douleur osseuse/ musculaire

ECA 133 UI/L

TEP scanner ADP et sous diaphragmatique associée à une atteinte splénique et médullaire osseuse





Atteinte vertébrale sarcoidosique ?

rare

Sarcoidose vertébrale. Évolution spontanément favorable :
une observation et revue de la littérature

Vertebral sarcoidosis. Spontaneous favorable outcome: A case report and literature review

J.-H. Salmon^{a,*}, J.-M. Perotin^b, G. Diez^a, P. Brochet^a, J.-D. Laredo^c, J.-P. Eschard^a

^aService de Rhumatologie, CHU de Bordeaux, 45 rue Cognac-Jay, 33140 Bordeaux, France

^bService Gériatrie III, service des maladies neurologiques, CHU de Bordeaux, 45 rue Cognac-Jay, 33140 Bordeaux, France

^cService de radiologie orthopédique, Hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise-Paré, 75014 Paris, France

En 2013 : **22 observations** documentées de sarcoïdose vertébrale publiées sous forme de cas clinique entre 1990 et 2012 (Tableau 1) [4,5,7–21].

Les patients étaient pour 73 % des femmes (n = 16/22), âgés de 50 ± 11 ans. L'atteinte osseuse faisait découvrir la maladie dans 13 sur 23 cas (59 %) ou survenait dans un contexte de sarcoïdose connue dans dix sur 23 cas (41 %), de six mois à 16 ans après le diagnostic initial. Le mode de révélation de l'atteinte vertébrale était une douleur dans tous les cas, plus ou moins invalidante mais nécessitant un traitement antalgique. Quatre patients présentaient une radiculalgie (deux lombosciatiques et deux névralgies cervicobrachiale). La topographie de l'atteinte vertébrale était lombaire dans 17 sur 22 cas (77 %), dorsale basse dans 14 sur 22 cas (64 %), cervicale dans six sur 22 cas (27 %) et sacrée dans cinq sur 22 cas (23 %). L'atteinte était pluri étagée dans 15 sur 22 cas (68 %). Il existait une localisation osseuse extrarachidienne simultanée dans neuf sur 23 cas (39 %). L'atteinte vertébrale était associée à une atteinte pulmonaire dans 15 sur 23 (65 %) des cas décrits. Le type d'atteinte pulmonaire n'était pas précisé. L'association entre localisation vertébrale et atteinte cutanée type lupus pernio like a été précédemment décrite [7].

Une revue récente a montré que l'atteinte des structures vertébrales postérieures comme les pédicules est rare [22], et que le disque est souvent préservé. L'envahissement des parties molles est exceptionnel. Un cas de compression neurologique nécessitant une décompression chirurgicale a été rapporté [23].

La place des examens biologiques dans le diagnostic de sarcoïdose vertébrale reste à préciser. **Dans les observations rapportées, un syndrome inflammatoire était mis en évidence dans huit sur 14 cas (57 %). L'ECA était élevé dans sept sur 13 cas (54 %).** L'ECA reste néanmoins peu spécifique et insuffisamment étudiée dans les atteintes osseuses. Une diminution d'un taux d'ECA initialement élevé, sous traitement est un marqueur de bonne évolution [10].

Une revue récente a montré que l'atteinte des structures vertébrales postérieures comme les pédicules est rare [22], et que le disque est souvent préservé. L'envahissement des parties molles est exceptionnel. Un cas de compression neurologique nécessitant une décompression chirurgicale a été rapporté [23].

La place des examens biologiques dans le diagnostic de sarcoïdose vertébrale reste à préciser. **Dans les observations rapportées, un syndrome inflammatoire était mis en évidence dans huit sur 14 cas (57 %). L'ECA était élevé dans sept sur 13 cas (54 %).** L'ECA reste néanmoins peu spécifique et insuffisamment étudiée dans les atteintes osseuses. Une diminution d'un taux d'ECA initialement élevé, sous traitement est un marqueur de bonne évolution [10].

Imagerie Les radiographies du rachis étaient normales comme dans notre observation dans cinq sur 12 cas, soit 42 %. **Des cas de lésions lytiques, mixtes (lytiques et condensantes) ou principalement sclérotiques mimant une « métastase ostéocondensante » ont été rapportés [5], ainsi que des cas de fractures vertébrales [8] et d'ostéonécrose [24]. La TDM et l'IRM sont beaucoup plus sensibles mais restent peu spécifiques.** Comme chez notre patiente, l'IRM peut mettre en évidence des lésions en hyposignal T1 et en hypersignal T2 et un rehaussement par le gadolinium, pouvant faire discuter des **diagnostics différentiels comme une métastase, un lymphome, un myélome ou d'autres granulomatoses dont la tuberculose.** L'IRM permet de plus de guider une biopsie à visée diagnostique et d'évaluer la réponse aux traitements [11]. L'utilisation du TEP-scan au FDG combiné à la fluorine-18-alpha-méthyltyrosine a été décrite, permettant une distinction entre lésions malignes et sarcoïdose [25].

En raison de lésions radiologiques non spécifiques, un diagnostic histologique osseux (vertébrale ou autre localisation osseuse) a été obtenu chez 16 sur 22 patients (73 %). Pour six sur 22 patients (27 %), le diagnostic était évoqué sur l'association d'un antécédent de sarcoïdose prouvée histologiquement sur un autre site anatomique, des images évocatrices à l'IRM et un bilan exhaustif négatif à la recherche d'un diagnostic différentiel.

TRT corticothérapie orale dans 17 sur 20 cas (85 %), méthotrexate dans cinq sur 20 cas (25 %), anti-TNF dans quatre sur 20 cas (20 %).

L'évolution était favorable dans tous les cas avec une régression de la symptomatologie douloureuse. Cependant, la prise en charge thérapeutique spécifique des atteintes osseuses de la sarcoïdose n'est pas établie. La corticothérapie est généralement utilisée en première intention mais son rôle dans le contrôle de la sarcoïdose osseuse est incertain [4,5]. Une étude prospective multicentrique suggère une bonne efficacité à long terme de la corticothérapie orale (15 à 40 mg/j) avec une décroissance progressive sur six à 12 mois en fonction des signes cliniques [26]. Le méthotrexate représente une alternative thérapeutique, souvent utilisé en seconde intention à la posologie de 7,5 à 15 mg par semaine. Sa pleine efficacité est atteinte à six mois de traitement [9]. D'autres thérapeutiques sont décrites comme l'hydroxychloroquine ou les anti-TNF (3) dont la place reste à déterminer.

Une prise en charge chirurgicale peut être indiquée en cas de compression neurologique ou d'instabilité secondaire à la destruction osseuse [26].

Fracture pathologique?

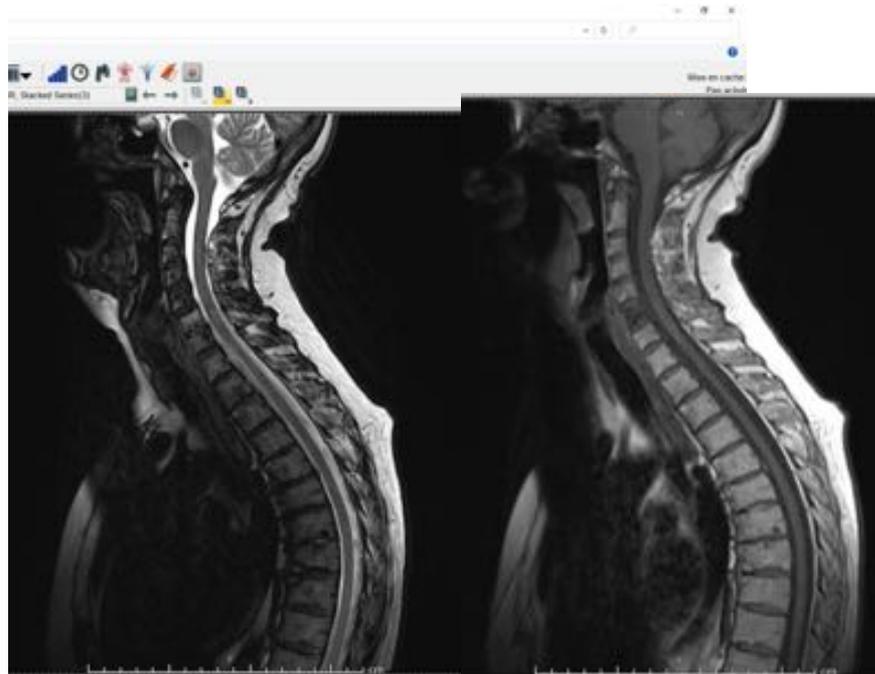
Femme de 67 ans, ostéoporotique

Cervicalgies post effort (tondeuse)

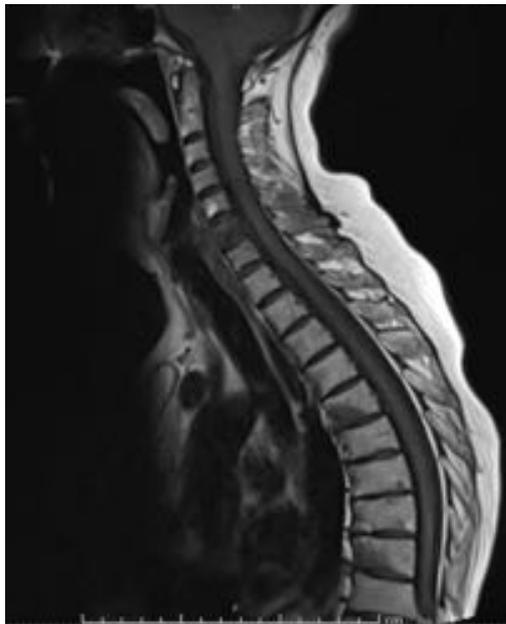
fracture de C6?

IRM sept 22 et scanner et oct 22

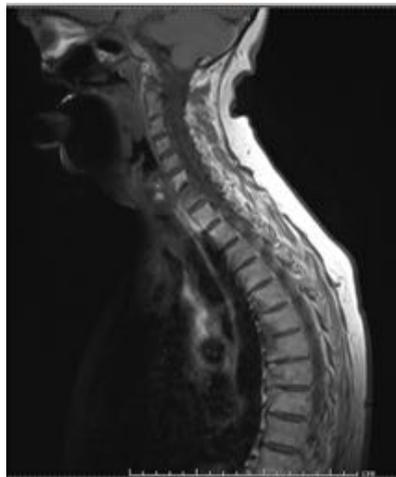
sept 22



Oct 22



mars 23



Biopsie D9 octo 22=pas d'atteinte maligne

Myelo nov 22 = 6 % plasmocytes matures

BOM =pas d'infiltrat tumoral, lymphocytose T plutot reactionnelle

Scintigraphie osseuse

tep scanner = pas de cancer primitif identifié

3. Douleur de Hanche

Diagnostique de Synovite aspécifique

Pas de signe d'arthrose

Doute sur la présence d'ostéochondrome au niveau de la fovéa qui doit être graisseuse

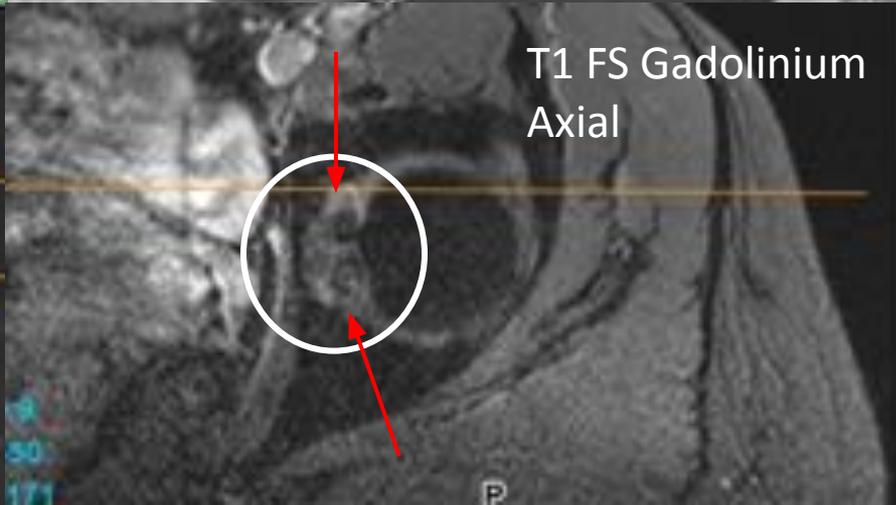
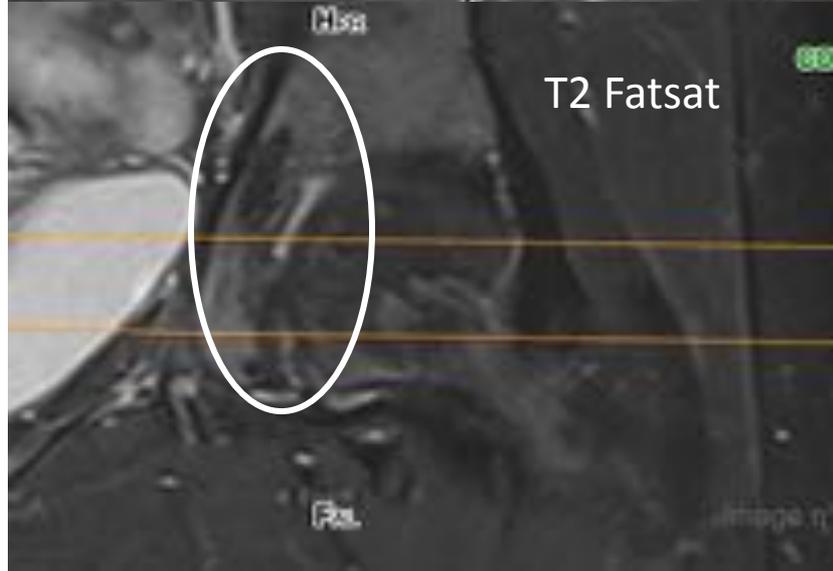
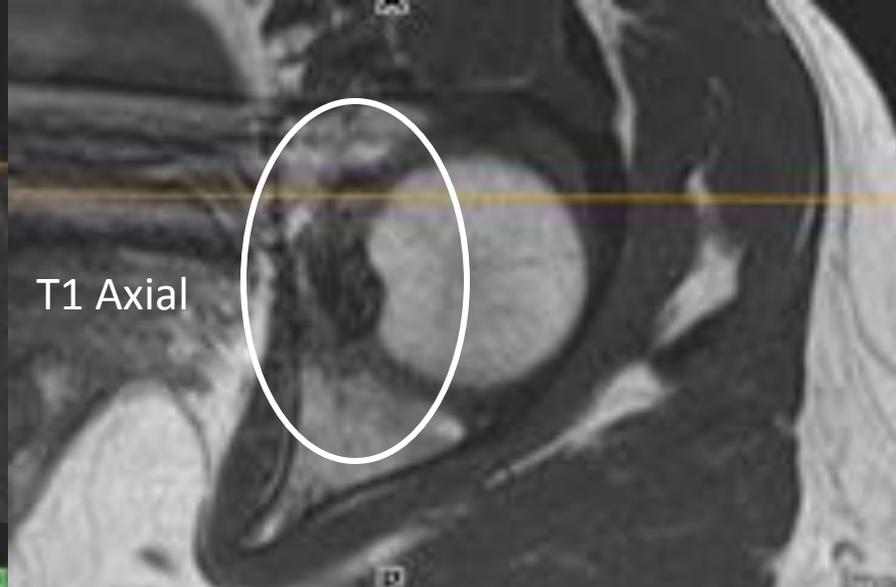
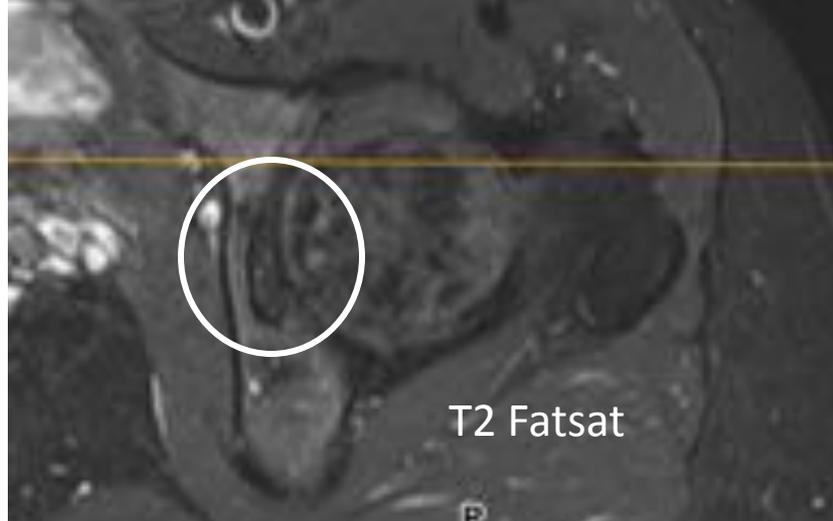
T2 Echo de gradient : pas de dépôt d'hémosidérine (Peu probable SVN).

Hyposignal non spécifique en T2

Très hypoS en T1 (calcique ou tissulaire ?)

T1 Fat Sat Après injection de produit de contraste : prise de contraste Synoviale avec deux images arrondis en son sein dans la Fovéa (Ostéochondrome ?).

Compléter par un TDM et Arthro-TDM dans la foulée si TDM normal



4.Lipome

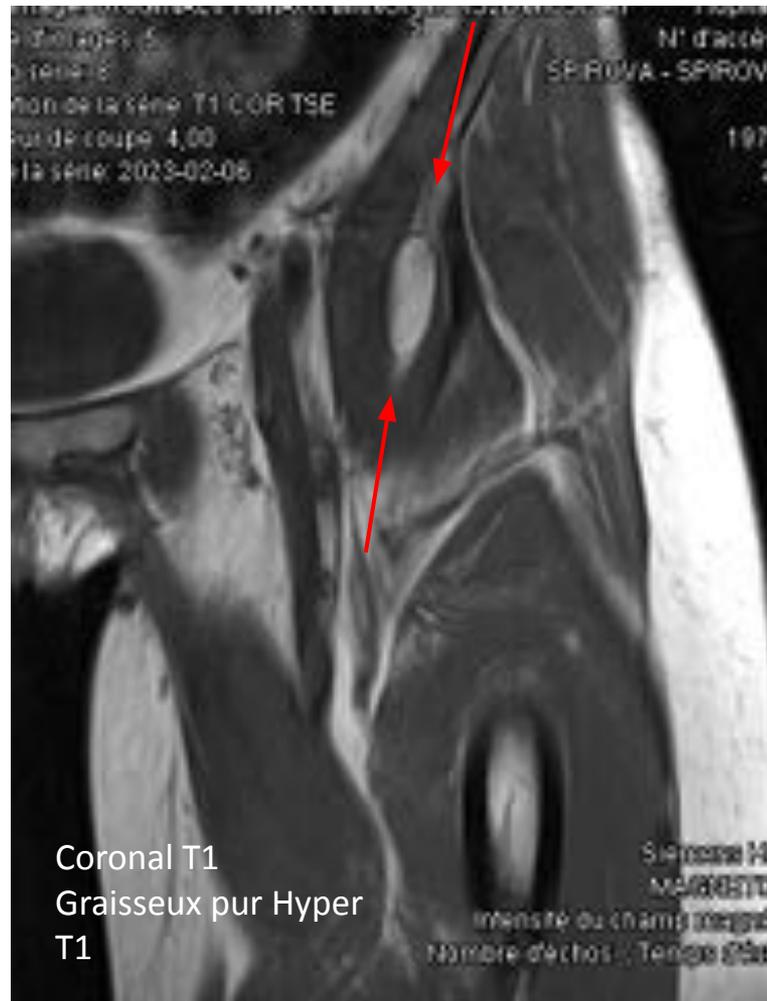
Lipome intramusculaire au sein de l'ilio-psoas

Absence de remaniement suspect (graisseux pur mais autre contingent tissulaire ,fin rehaussement périphérique). Taille inférieure à 4 cm.

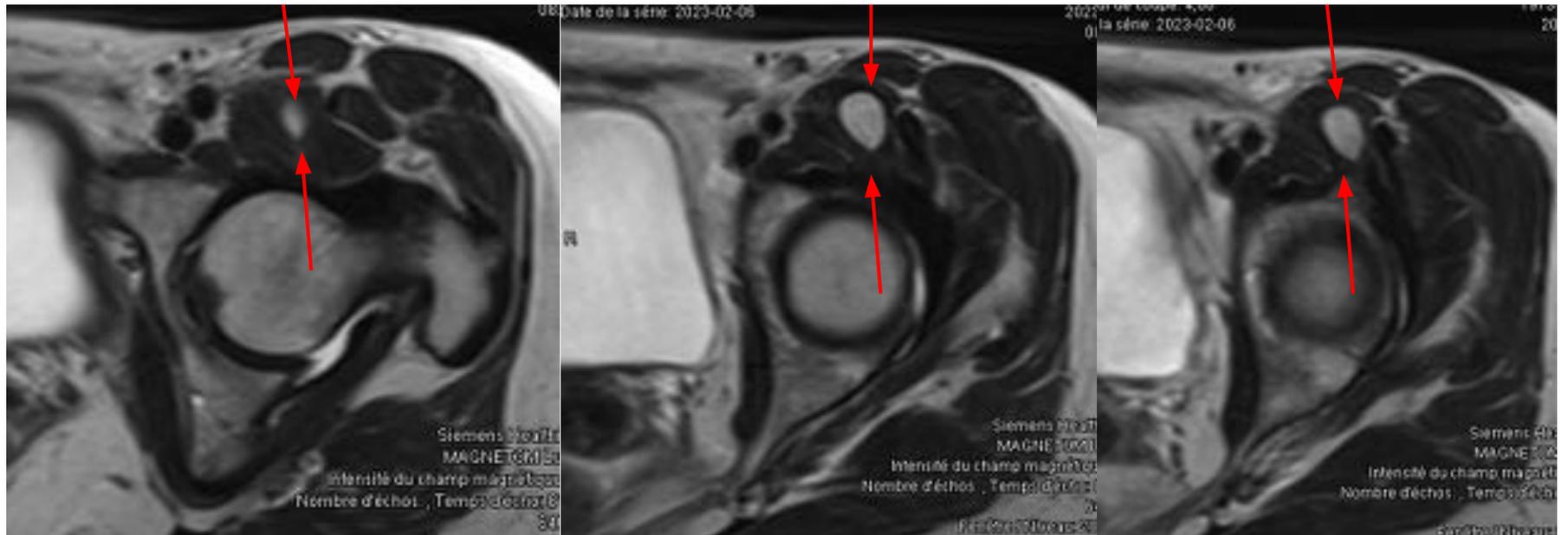
La localisation sous-aponévrotique nécessite un avis chirurgicale.

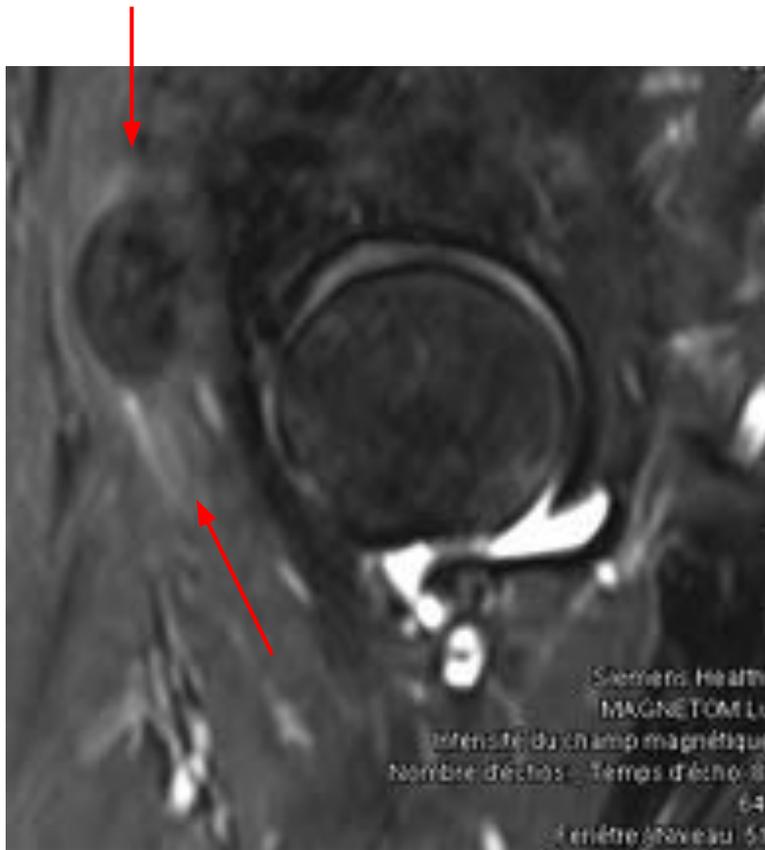
Discret œdème au contact (Phénomènes conflictuel ?)- Peu probable.

Critères de résection : Taille sup 4 cm – Dououreux – Sous-aponévrotique – Remaniements suspect (cloisons, rehaussement intra-lésionnel – Composante autre que grasseuse).

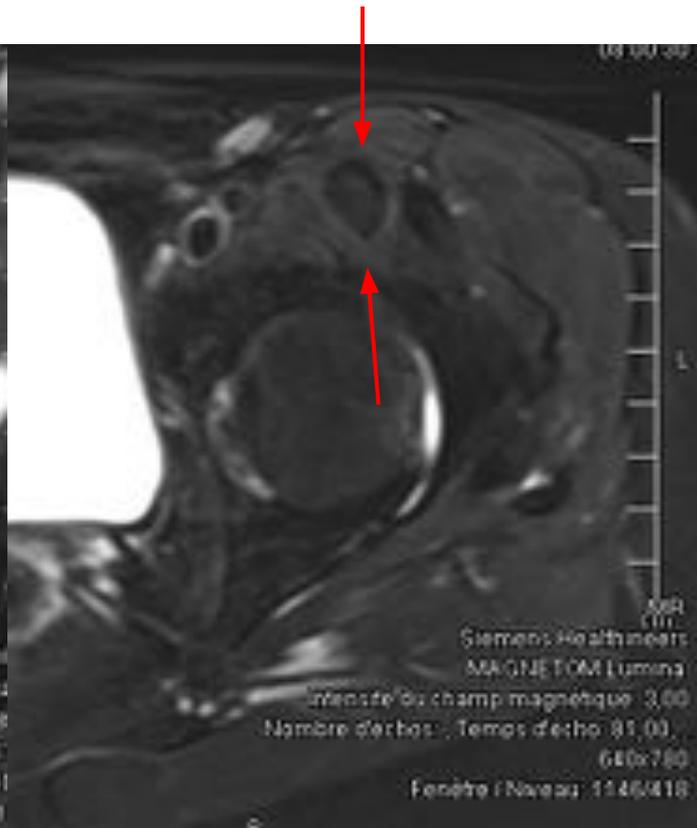


Axial HyperT2 Identique à la graisse
Syndrome de masse au sein de
l'iliopsoas





Sag T2 FS
Hypo signal Grasieux
Discret œdème musculaire péri-lesionel



Axial T2 FS
Hypo signal sans œdème suspect
intra-lesionel