

UN CAS D'OSTEOMYELITE AIGUE REVELANT UNE DREPANOCYTOSE HOMOZYGOTE

Raveloharimino NH¹, Tsifiregna RL², Andrianadison Z³, Andrianirina ZZ², Rasolofo J⁴, Robinson AL⁵.

1. Service de Néonatalogie, Centre Hospitalier Universitaire PZAGA, Mahajanga
2. Service de Pédiatrie, Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo
3. Service de Pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo
4. Service de Pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Anosiala, Antananarivo
5. Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant Tsaralàna, Antananarivo

ABSTRACT

Chez l'enfant, les infections ostéo-articulaires représentent une urgence diagnostique et thérapeutique. Elle est causée le plus souvent par une infection, un traumatisme et une séquelle d'injection.

Nous rapportons un cas d'ostéomyélite aigue révélatrice d'une drépanocytose homozygote au sein du service de pédiatrie du Centre Hospitalier de Soavinandriana.

Il s'agit d'une petite fille de deux ans, en bon état général avec une tuméfaction inflammatoire de la face antérieure de la jambe gauche sans adénopathies satellites. Aucune porte d'entrée n'a été retrouvée. La numération formule sanguine a objectivé une anémie normochromenormocytaire à 7,4 g/dl d'hémoglobine avec présence de drépanocytes au frottis sanguin.

La C Reactive Protein (CRP) était élevée à 195 mg/l. L'électrophorèse de l'hémoglobine a confirmé la drépanocytose homozygote SS. La radiographie de la jambe gauche face et profil a objectivé des signes en faveur d'une ostéomyélite. Une immobilisation orthopédique par attelle a été réalisée, associée à un antalgique morphinique et une antibiothérapie par voie parentérale pendant 21 jours et relayée par voie orale pendant 6 semaines. L'évolution était favorable avec une baisse significative de la CRP (33mg/l) à J18 d'hospitalisation.

Mots-clés : drépanocytose, homozygote, nourrisson, ostéomyélite

INTRODUCTION

L'ostéomyélite est la plus fréquente des urgences orthopédiques de l'enfant [1]. Elle est causée le plus souvent par une infection, un traumatisme ou une séquelle d'injection [2]. Des études antérieures ont démontré une plus grande fréquence de l'ostéomyélite ainsi qu'un certain nombre de particularités cliniques, biologiques et radiologiques chez les sujets drépanocytaires [3]. La drépanocytose homozygote se présente comme une anémie hémolytique chronique entrecoupée de crises hématologiques et de crises vaso-occlusives, souvent compliquées par des infections bactériennes sévères [4]. Nous rapportons un cas d'ostéomyélite aigue révélatrice d'une drépanocytose homozygote au sein du service de pédiatrie du Centre Hospitalier de Soavinandriana afin de sensibiliser les praticiens sur un mode de révélation inhabituel de la drépanocytose chez l'enfant.

OBSERVATION

Il s'agit d'une petite fille de deux ans, admise le 08/07/2016 pour une tuméfaction de la face antérieure de la jambe gauche. La maladie a évolué depuis 4 jours avant son admission et a été traitée par un anti-inflammatoire non stéroïdien local par sa mère. L'apparition d'une impotence fonctionnelle a motivé son hospitalisation. Cet enfant n'a pas d'antécédents personnels ni familiaux connus de drépanocytose.

A l'admission, elle était en bon état général. Elle avait présenté une tuméfaction inflammatoire de la face antérieure de la jambe gauche sans adénopathies satellites. Aucune porte d'entrée n'a été retrouvée. L'examen de l'appareil cardio-pulmonaire, digestif et neurologique était normal.

La numération formule sanguine a objectivé une anémie normochromenormocytaire à 7,4 g/dl d'hémoglobine avec présence de drépanocytes au frottis sanguin. Le taux de leucocytes et des plaquettes était normal. C Reactive Protein (CRP) était élevée à 195 mg/l.

L'électrophorèse de l'hémoglobine a confirmé la drépanocytose homozygote SS. L'hémoculture, même prescrite, n'a pas été faite. La radiographie de la jambe gauche face et profil a objectivé une réaction périostée du tibia et de la fibula gauche avec une apposition périostée et un début d'abcès (figure 1). L'échographie des parties molles était normale.

Une immobilisation orthopédique par attelle a été réalisée, associée à un antalgique morphinique. L'antibiothérapie par voie parentérale a été instaurée pendant 21 jours, constituées par le Céftriaxone à 100mg/kg/jouret la Vancomycine à 60 mg/kg/jour. Elle était relayée par la Clindamycine à 25 mg/kg/jour pendant 6 semaines par voie orale. L'évolution était favorable avec disparition des signes inflammatoire locale, reprise de la marche et une baisse significative de la CRP (33mg/l) à J 18 d'hospitalisation.



Figure 1 : radiographie de la jambe face et profil

DISCUSSION

Les crises vaso-occlusives sont le mode révélateur le plus fréquent de la drépanocytose [1]. Pour cette fille, l'ostéomyélite aiguë a révélé la maladie. La drépanocytose reste asymptomatique jusqu'au 5^e et 6^e mois de vie. Elle est ensuite d'une grande sévérité : 25 à 50% des homozygotes meurent avant deux ans [4]. La porte d'entrée n'a pas été identifiée. Selon Lemaire, la porte d'entrée n'est retrouvée que dans 25% des cas [5]. Dans notre contexte, le retard de consultation et l'automédication par un anti-inflammatoire local pourrait être responsable de cette situation.

Pour notre patiente, la localisation était au niveau du tibia gauche. Les deux-tiers des ostéomyélites du nourrisson et de l'enfant sont localisées au niveau du fémur, du tibia et de l'humérus [6].

De nombreux microorganismes peuvent être incriminés dans l'étiologie de l'ostéomyélite de l'enfant mais *Staphylococcus aureus* et *Kingella kingae* prédominent nettement et *Salmonella typhimurium* pour les drépanocytaires [7]. Nous n'avons pas pu réaliser un examen bactériologique.

Sur le plan thérapeutique, en présence de facteurs de risque comme la drépanocytose, l'antibiothérapie doit couvrir à la fois le staphylocoque méthicilline-résistant et la salmonelle. La durée recommandée du traitement est de 4 à 6 semaines au total mais une prolongation de la durée du traitement est nécessaire en cas d'abcès, d'atteinte osseuse multifocale ou de drépanocytose ou déficit immunitaire [8]. Nous avons utilisé le céftriaxone associé à la vancomycine par voie parentérale pendant 21 jours puis relayé par Clindamycine pendant 6 semaines par voie orale.

En l'absence de complication, la CRP se normalise en 1 semaine environ [8]. Nous avons constaté une évolution favorable.

L'ostéomyélite aiguë est classiquement une complication infectieuse de la drépanocytose. Si habituellement, c'est le syndrome pied-main qui oriente vers la drépanocytose du nourrisson, ici, elle constitue plutôt un mode de révélation et ce dans un contexte familial sans manifestation clinique connue de la maladie. Le dépistage systématique néonatal est indispensable dans un pays à forte prévalence comme Madagascar.

BIBLIOGRAPHIE

1. Souna BS, Abarchi H, Karadji SA. Les ostéomyélites chez les drépanocytaires aspects : épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. A propos de 66 cas colligés à Niamey. *Mali Médical* 2006; 4:21-5
2. Razafimahandry HJC, Rakoto-Ratsimba HN, Rakotoarisoa B, Rakotozafy G. Aspects particuliers de l'ostéomyélite humérale chez l'enfant malgache : à propos de quatre cas. *Med Trop* 2007;67:275-7
3. Begué V. La maladie drépanocytaire. Édition Sandoz 1^{ère} édition. Paris 1984 : 309.
4. Diagne I, Ndiaye O, Moreira C, Signate-Sy H, Camara B, Diouf F et al. Les syndromes drépanocytaires majeurs en pédiatrie à Dakar. *Arch Pediatr* 2000;7:16-24
5. Leaire V. Ostéomyélite ou ostéite à pyogènes. *Encycl Med Chir*, Paris 1981; 4:10-7
6. Trobs R, Moritz R, Buhligen U. Changing pattern of osteomyelitis in infants and children. *PediatrSurg Int* 1999;15:363-72
7. Ferroni A. Epidémiologie et diagnostic bactériologique des infections ostéo-articulaires de l'enfant. *ArchPediatr* 2007:91-6
8. Haute autorité de santé (HAS). Recommandations pour la pratique

CONCLUSION

La drépanocytose du nourrisson se manifeste habituellement par le syndrome pied-main associé à une anémie normocytaire normochrome. Mais même rare, l'ostéomyélite aiguë peut être révélatrice d'une drépanocytose homozygote chez le nourrisson. La généralisation du dépistage néonatal doit être une priorité de santé dans un pays où la population se mélange et la prévalence est élevée comme le nôtre.

clinique : prise en charge de la drépanocytose chez l'enfant et l'adolescent. *Jour PediatrPuér* 2006 ; 19:71-84