



Cas Clinique

Ostéomyélite Chronique de la Scapula chez l'Enfant : À Propos de Deux Cas

Chronic osteomyelitis of the scapula in children: a report of 2 cases

C Mboutol-Mandavo^{1,5}, M Monka^{2,5}, E Koutaba^(1,5), BR Ossibi-Ibara^{3,5}, G Tsouassa¹, E Makosso^{4,5}

RÉSUMÉ

L'ostéomyélite aiguë est une pathologie fréquente en milieu pédiatrique. Habituellement, elle se localise sur les métaphyses fertiles des os longs. Cependant, il existe d'autres localisations telles que les os courts et plats. Nous rapportons 2 cas d'ostéomyélite chronique suppurée à localisation scapulaire observée chez deux adolescents de 14 ans et 13 ans et révélée par une tuméfaction de la région scapulaire, un syndrome inflammatoire clinique et biologique. Le germe a été identifié chez un patient, il s'agissait d'un *Staphylococcus aureus*. La radiographie montrait des images scléro-géodiques sur la scapula. Le traitement a consisté en une bi-antibiothérapie parentérale (puis en per os) et d'un drainage de l'abcès avec trépanation osseuse, complété par une immobilisation. L'évolution a été favorable dans les 2 cas avec un recul de 2 mois.

1. Service de Chirurgie Pédiatrique, CHU de Brazzaville
2. Service d'Orthopédie-Traumatologie, CHU de Brazzaville
3. Service de Maladies Infectieuses et Parasitaires, CHU de Brazzaville
4. Service de Radiologie, CHU de Brazzaville
5. Faculté des Sciences de la Santé de l'Université Marien Nguabi de Brazzaville

Auteur-correspondant: Dr

Caryne Mboutol-Mandavo, Chef de Clinique-Assistant en Chirurgie Pédiatrique-CHU de Brazzaville, 13 Avenue Auxence Ikonga-BP: 32. E-mail: carynemboutol@yahoo.fr

Mots-clés : ostéomyélite, scapula, chirurgie, enfant.

Keywords: osteomyelitis, scapula, surgery, child.

ABSTRACT

Acute osteomyelitis is a common in pediatrics. Usually it is localized on the fertile metaphyses of long bones. However, there are other locations such as short and flat bones. We report 2 cases of chronic suppurative osteomyelitis of scapula in two patients aged 14-years and 13 years. It presented with swelling of the scapular region associated to a clinical and biological inflammatory syndrome. *Staphylococcus aureus* was incriminated in one case. X-rays showed scapular geodes. The patients were treated with a combination of two antibiotics (parenteral, then oral), surgical drainage of abscess with bone trepanation, and immobilization. Evolution was favorable in both cases at 2 months follow up.

INTRODUCTION

Pathologie fréquente en milieu pédiatrique, l'ostéomyélite est une infection hémotogène de l'os siégeant habituellement sur la métaphyse fertile des os longs (loin du coude, près du genou) [1]. Cependant, il existe d'autres localisations peu fréquentes, notamment sur les os courts ou les os plats [2-5]. En effet, l'ostéomyélite de la scapula est une entité rare, seuls quelques cas ou série de cas ont été rapportés dans la littérature [6-9] à ce jour. Le germe le plus souvent incriminé est le *Staphylococcus aureus* [9]. Nous rapportons 2 cas d'ostéomyélite de la scapula révélée par un abcès scapulaire chez 2 adolescents de 14 ans et 13 ans, confirmée par des images scléro-géodiques de la scapula à la radiographie. Le traitement est d'abord médical, puis associé à la chirurgie en cas de collection purulente.

OBSERVATIONS

Cas 1

Fille de 14 ans sans antécédents pathologiques notables consulte pour une tuméfaction de la région scapulaire gauche. Le début remonterait à 2 semaines avant par l'installation progressive d'une douleur scapulaire gauche d'abord modérée, puis insomnante. A l'admission, la tuméfaction était douloureuse, chaude, d'abord ferme, puis fluctuante située en regard de la scapula gauche associée à une fièvre à 39°C et une impotence fonctionnelle partielle du membre thoracique gauche. La ponction a permis de ramener du pus franc. Sur le plan biologique, l'hémogramme avait révélé une hyperleucocytose à 11900/ml à prédominance polynucléaire neutrophile, CRP à 446mg/L, VS à 150mm/h; la pyoculture ainsi que les hémocultures avaient isolé un *Staphylococcus aureus*. L'électrophorèse

d'hémoglobine, la glycémie et la sérologie rétrovirale étaient normales. A la radiographie standard, nous avons noté une lyse du corps de la scapula s'étendant jusqu'à la cavité gléno-humérale et à l'acromion (Figure 1a). Le diagnostic retenu était celui d'une ostéomyélite chronique suppurée de la scapula gauche. La prise en charge avait consisté en une bi-antibiothérapie à base de Ceftriaxone 100mg/Kg/jour et Gentamicine 5mg/Kg/jour par voie parentale jusqu'à la normalisation de la CRP; en un drainage de la collection (500 ml de pus) avec trépanation osseuse, suivi d'une immobilisation coude au corps pendant 1 mois. L'évolution a été favorable avec défervescence thermique au 7^e jour post-opératoire, normalisation des paramètres biologiques. La radiographie de contrôle était normale à 2 mois de suivi (Figure 1b).



Figure 1a: Lyse de la scapula gauche



Figure 1a: Lyse de la scapula gauche

Cas 2

Garçon de 13 ans, sans antécédents pathologiques notables, admis pour une importante tuméfaction douloureuse de la région scapulaire droite. Le début remontait à 2 semaines avant son admission par la survenue d'une douleur d'intensité modérée, puis insomniante de la région scapulaire gauche avec impotence fonctionnelle d'abord partielle puis totale du membre thoracique gauche et une fièvre à 39°C. A l'examen, la tuméfaction était volumineuse allant de l'épaule à la face postérieure de la scapula droites, douloureuse, chaude et fluctuante. On notait une CRP à 120mg/L et une vitesse cde sédimentation à 115 mm/h, une hyperleucocytose à 11700/mm³ à prédominance granulocytaire. Les cultures bactériologiques n'ont pas révélé de germes. L'électrophorèse d'hémoglobine, la glycémie et la sérologie rétrovirale étaient normales. A la radiographie standard, nous avons noté des images scléro-géodiques du corps de la scapula s'étendant jusqu'à la cavité gléno-humérale et l'acromion (Figure 2).



Figure 2 : Images scléro-géodiques du corps et de l'acromion de la scapula droite

Le diagnostic retenu était celui d'une ostéomyélite chronique suppurée de la scapula droite. Le traitement avait consisté en une bi-antibiothérapie à base de Ceftriaxone 100mg/Kg/jour et Gentamicine 5mg/Kg/jour par voie parentale jusqu'à la normalisation de la CRP et la défervescence thermique, en un drainage de la collection (800 ml de pus) avec trépanation osseuse et mise en place de 2 drains servant d'irrigation et de drainage. Nous avons posé une immobilisation coude au corps pendant 1 mois. L'évolution a été favorable avec défervescence thermique au 5^e jour post-opératoire, puis normalisation des constantes biologiques et de la radiographie de contrôle au 2^e mois de suivi.

Il faut noter que dans les 2 cas, il n'y avait pas de collection purulente de l'articulation de l'épaule.

DISCUSSION

L'ostéomyélite, infection hémotogène de l'os, est une pathologie fréquente en milieu pédiatrique [1]. Elle intéresse le plus souvent la métaphyse fertile des os longs [1]. Cependant, il existe des rares cas de localisation sur les os courts et les os plats [2-5]. La localisation scapulaire est très rare, seuls quelques cas ou courtes séries de cas ont été rapportés dans la littérature [6-9]. Elle représente 2,6% de l'ensemble des ostéomyélites pour Mnif et al [9] et 0,5% pour Martini et al. [10]. Les ostéomyélites, en Afrique, surviennent volontiers sur terrain drépanocytaire [11]. Cependant nos 2 patients n'ont pas d'antécédents pathologiques notables.

Mnif et al.[9] ont décrit 3 stades évolutifs de la maladie: au début, la symptomatologie est fruste, d'emprunt pouvant faire évoquer une arthrite septique de l'épaule; au stade d'état, l'extension exoscapulaire du pus vers les parties molles qui se traduit cliniquement par une tuméfaction de la région scapulaire associée à une fièvre, une douleur et une impotence fonctionnelle totale; au stade ultime, la diffusion endoscapulaire et dans les parties molles entraîne un syndrome rachidien et une tuméfaction de la région scapulaire avec altération de l'état général. Nos deux patients ont consulté à la phase d'état.

Sur le plan biologique, on note un syndrome inflammatoire avec hyperleucocytose, une CRP élevée et une vitesse de sédimentation accélérée. L'analyse bactériologique du pus a mis en évidence le germe dans un cas. Il s'agit du *Staphylococcus aureus*. En effet, c'est le germe le plus souvent responsable des ostéomyélites de l'enfant [9].

Les signes radiographiques sont tardifs par rapport à la clinique et se caractérisent par des images sclérogéodiques, voire de lyse de la scapula. La scintigraphie osseuse et l'IRM permettent de poser le diagnostic précocement [9].

Le traitement a été médico-chirurgical et a consisté en une bi-antibiothérapie par voie parentérale, puis relai per os. Sur le plan chirurgical, nous avons réalisé un drainage de la collection par un abord postérieur en regard de la scapula avec trépanation osseuse. En effet, le traitement est d'abord médical par une antibiothérapie parentérale d'abord probabiliste puis orienté contre le germe identifié par la bactériologie à ce traitement médical s'associe un traitement chirurgical consistant en un drainage de collection purulente avec trépanation osseuse. L'évolution s'est faite vers la guérison au bout de 2 mois de suivi avec reconstruction osseuse ad integrum.

RÉFÉRENCES

- 1.Lorrot M, Dugue S, Mallet C, Azoulay R, Doit C, Vitoux C, Litzelmann E, Sebag G, E. Bingen E, Ilharreborde B. Prise en charge des ostéomyélites aiguës hémotogènes chez l'enfant. Arch Pédiatr 2012; 19: 74-5.
- 2.Leigh W, Crawford H, Street M, Huang M, Manners S, Puna R. Pediatric Calcaneal Osteomyelitis. J Pediatr Orthop 2010; 30: 888-92.
- 3.Sandal G, Uras N, Akar M, Oguz SS, Erdevé O, Dilmen U. Iliac osteomyelitis in a newborn: a case report. J Pediatr Orthop B 2012; 21 (5): 404-6.
- 4.Gil-Albarova J, Go´mez-Palacio VE, Herrera A. Hematogenous osteomyelitis of the patella. Journal of Pediatric Orthopaedics B 2012; 21 (5):411-4.
- 5.Upadhyaya M, Keil A, Thonell S, Orford J, Burgner D. Primary sternal osteomyelitis: a case series and review of the literature. J Pediatr Surg 2005; 40: 1623-7.
6. Immerman. Osteomyelitis of the scapula. Case Rep Child Meml Hosp Chic 1949; 8(10):1491-3.
7. Fardon DF. Osteomyelitis of the scapula in an infant: a case report. Mo Med 1970; 67(5):299-302.
- 8.Kovbasenko LA, Gordienko IuA, Kliatski`ı IuP. Osteomyelitis of the scapula and its treatment. Ortop Traumatol Protez 1990;11:67-70.
- 9.Mnif H, Koubaa M, Zrig M, Abid A. L'ostéomyélite aiguë hémotogène de la scapula chez l'enfant : à propos de quatre cas. Rev Chir Orthop Traumatol 2009; 95: 768-71.
- 10.Martini M, Daoud A, Saighi-Bouaouina A, Ziani F, Burny F, Donkerwolcke M. Traitement chirurgical des osteomyelites hematogenes chroniques. Une serie de 420 cas. Rev Chir Orthop 1994;80:642-50.
11. Ostéomyélites chez l'enfant drépanocytaire en milieu tropical. Yaokreh JB, Odéhour-Koudou TH, Kouamé YGS, Tembely S, Dieth AG, Kouamé DB, Ouattara O, Dick KR. Rev. CAMES SANTE 2015; 3(1):21-24.