



Image

OSTÉOMYÉLITE CHEZ UN ENFANT CONGOLAIS

L. TSHILOLO, D. MUNGU, M. MORILLON

• Travail du Centre hospitalier de Monkole, Kinshasa, République démocratique du Congo et Service de Biologie, HIA Laveran, Marseille.
• Courriel : biologie.alaveran@mageos.com •

Med Trop 2005 ; **65** : 134

KM est un jeune patient drépanocytaire (Fig. 1), âgé de 7 ans, reçu en pédiatrie pour douleurs des deux membres inférieurs et apparition d'une tuméfaction chaude au membre inférieur gauche. Le premier signe d'appel de la drépanocytose avait été un syndrome main-pied à l'âge de 6 mois; il avait été transfusé 3 fois dont une première fois à 14 mois et avait présenté 3 épisodes d'épistaxis torrentiel dont le premier à l'âge de 4 ans. KM présente de fréquentes crises vaso-occlusives à raison de 4 à 6 par an. KM a déjà été hospitalisé plusieurs fois pour des abcès aux membres inférieurs et des ostéomyélites, des infections pulmonaires à répétition, un épisode de neuropaludisme et plusieurs crises vaso-occlusives. Il était, par ailleurs, atteint d'une tuberculose pulmonaire traitée deux ans auparavant. Il avait été reçu pour la première fois dans notre service en mai 2000 pour un abcès tibial droit fistulisé à la suite d'une ostéomyélite.

L'examen à l'entrée montre un enfant fébrile et souffrant. Il présente un retard staturo-pondéral important, un abdomen proéminent avec une importante hépato-splénomégalie, une légère pâleur et un ictère conjonctival. On note une tuméfaction chaude des deux membres inférieurs, plus marquée au tiers inférieur du fémur droit (Fig. 2 et 3). La ponction de cette tuméfaction ramène plus de 10ml de pus qui est confié au laboratoire.

Le bilan biologique montre une leucocytose à 25 400 G/L (PN 74%, Lymphocytes 26%), un taux de plaquettes à 413 G/L et l'Hb à 6.7 g/dl. La VS est élevée à 60 mm.

L'examen direct du pus met en évidence de très nombreux polynucléaires neutrophiles et quelques rares bacilles Gram négatifs. Une culture monomicrobienne abondante est obtenue en 18 heures. Il s'agit d'une *Salmonella sp.* qui s'avérera par la suite être une *Salmonella typhimurium*, sensible à tous les antibiotiques testés, donc de phénotype « sauvage ».

Une incision est faite à J3 et une antibiothérapie à base de chloramphénicol en IV instaurée. L'apyrexie est obtenue dès J5 et le patient sort de l'hôpital à J29 en bon état général.

La fréquence des ostéomyélites à salmonelles est classique chez les drépanocytaires. Il s'agit d'une greffe hématogène sur les zones nécrosées laissées par les crises vaso-occlusives, favorisée par l'immuno-dépression qui accompagne l'hémoglobinopathie. Le point de départ est digestif et le risque élevé dans les régions où le taux de portage digestif de *Salmonella sp.* est important. Le diagnostic bactériologique de *Salmonella* dans cette circonstance, peut être réalisé même par un laboratoire aux moyens réduits. La bactérie peut être isolée d'hémocultures (70% des patients) ou du pus d'ostéomyélite. Elle se développe facilement sur les milieux ordinaires, avec des colonies évocatrices d'une entérobactérie. L'orientation peut être ensuite donnée par l'ensemencement de seulement deux milieux qui peuvent être préparés sur place pour un coût modeste, beaucoup moins élevé que celui d'une galerie miniaturisée : un milieu de Kligler Hajna (Fig. 4), qui à lui seul permet de vérifier la fermentation du glucose avec production de gaz, l'absence d'attaque du lactose et la production d'H₂S. L'ensemencement parallèle d'un bouillon urée indole permet de s'assurer qu'il n'y a pas de production d'urée et de faire le diagnostic différentiel avec un *Proteus*. Un antibiogramme est souhaitable, même si le typage antigénique n'a pas été fait. *Salmonella typhimurium* est en effet le sérovar le plus fréquent dans ce type d'infection et celui qui est le plus résistant aux antibiotiques. Ce n'était pas le cas dans notre observation. Si le traitement de cet épisode est possible, le pronostic vital à moyen terme reste réservé chez ce patient homozygote ayant déjà un lourd passé infectieux. On peut s'attendre sur un tel terrain à d'autres infections graves comme des pneumopathies ou des méningites à pneumocoques. Le décès peut survenir à tout moment dans un tableau de défaillance multiviscérale, à l'occasion d'une crise vaso-occlusive. Le traitement, difficile dans ce contexte socio-économique repose sur des échanges transfusionnels ■

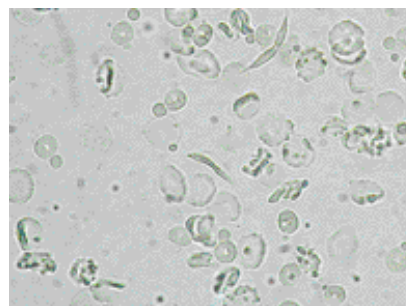


Figure 1 - Sang à l'état frais : anisocytose et hématies falciformes.



Figure 2 - Ostéomyélite de la cuisse avec fistulisation spontanée.

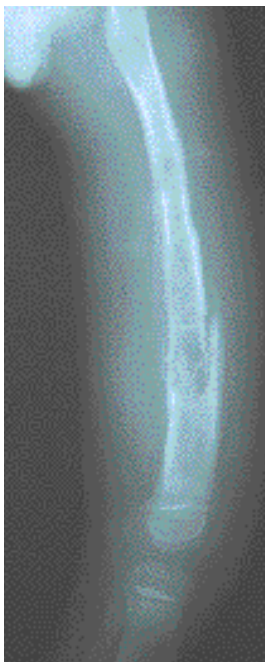


Figure 3 - Radiographie de la cuisse : ostéomyélite et fractures, séquelles des épisodes précédents.



Figure 4 - Aspect évocateur de *Salmonella* sur milieu de Hajna : glucose +, lactose +, H₂S +