

« Une Fracture de Fatigue insolite »

Monsieur G, Jeune Militaire de 22 ans, engagé au 8^{ème} RPIMA en novembre 2008.

Originaire de Nouvelle-Calédonie.

Absence d'antécédents médicaux, chirurgicaux, ni habitudes toxiques.

Absence d'antécédents familiaux ou collatéraux.

Anamnèse

- Marches intensives d'Entraînement Militaire : « **fracture de fatigue fibulaire** »
- « **Bilan Biologique** », à la demande du médecin d'Unité :
 - Bilan phospho-calcique
 - Calcium : 2 mmol/l (N : 2,20 - 2,55)
 - Phosphore : 1,21 mmol/l (N : 0,8 - 1,6)
 - Vitamine D totale
 - 25 Hydroxy - vitamine D-D2 + D3
 - 60 nmol/l (N : 75 - 200) ou 24 µg/l (N : 30 - 80)
 - Hémogramme :
 - Hématies : 558000/mm³
 - Hémoglobine : 12,9 g/dl
 - Hématocrite : 40,2
 - VGM : 72 µ³
 - TCMH : 23,1 pg
 - CMH : 32,1 g/dl
 - Leucocytes : 8150/mm³
 - Polynucléaires :
 - Neutrophiles : 2616/mm³
 - Éosinophiles : 2828
 - Basophiles : 16
 - Lymphocytes : 2103
 - Monocytes : 587
 - Plaquettes : 255000/mm³
 - Ferritinémie : 9 µg/l (N : 30 - 400)
 - CRP : 2 mg/l
 - Fibrinogène : 3,10 g/l

Discussion

- « Fracture de Fatigue » : relativement banal ; fracture de contrainte/contexte...
- **Hypovitaminose D** : vitamine liposoluble; **absorption / Grêle proximal**
- **Ferriprivation**

Hypothèse diagnostique :

« **OSTEOMALACIE** », facteur favorisant d'une fracture de fatigue ?
et

Ferriprivation



« **Syndrôme de Malabsorption** » / Grêle Proximal ?
Enteropathie duodéno-jéjunale ?

TEST au D-XYLOSE Absorption dans l'Intestin Grêle Proximal

- Absorption de 25 g de D-xylose dans 250 cc d'eau
- Xylosémie dosée 2 heures après ingestion, normalement > 0,30 g/l
- **Résultats**
 - Xylose T0 : 0,00 g/l
 - **Xylose T0 + 2 heures : 0,09 g/l** (N : 0,3 - 0,75) ✓✓
 - **Xylosurie des 5 heures** (Diurèse = 210 ml) : **0,7 g/5 heures** (N : 5 à 8) ✓✓
- = **Malabsorption « Proximale »**

Diagnostic étiologique Malabsorption Proximale

- **Maladie coeliaque ?**
 - Dépistage **Immunologique** : anticorps Anti-Endomysium, Anti-Transglutaminases : négativité
 - FOGD : absence d'anomalies, en particulier absence d'« Atrophie villositaire »...
- **Hyper éosinophilie sanguine** → **HELMINTHIASE INTESTINALE ?**
« **Cinétique** éosinophilie »? : absence de recul chronologique!...
Critère **géographique** : Nouvelle-Calédonie
 - **Anguillulose** possible → « **Syndrôme de Malabsorption** »
 - Coexistence avec « Ankylostomose » possible
 - Trichocéphalose associée ?
- Recherche de principe de Lamblia (Protozoose), négative

Diagnostic / Anguillulose

- **Examen Parasitologique des selles** → **certitude**
 - Examen microscopique à l'état frais : recherche Parasitaire négative.
 - Technique de **Concentration** : « **Présence de Larves de Strongyloïdes Stercoralis** »
 - Technique de BAERMANN : négativité.
- « **Sérologie (peu fiable)** de Strongyloïdose »
 - Anticorps anti-strongyloïdes Ratti : **positivité à 2,4 (seuil 1,2)**
 - « Réactions croisées possibles entre Helminthes »
- Patient « **non immunodéprimé** »... Sérologie VIH négative.

Thérapeutique / Anguillulose

- **Ivermectine (STROMEKTOL* comprimés à 3 mg) : 200 µg/kg, en une prise, à jeun...**
- Suivi / clinique et **biologique : normalisation de l'Eosinophilie sanguine en quelques mois...**
- Traitements associés :
Repos prolongé – décharge / « fracture de fatigue »,
apport de fer per os / « Ferriprivation »,
apport de vitamine D et calcium / « carences – ostéomalacie »

CONCLUSIONS

