

## « Une Fracture de Fatigue insolite »

Monsieur G, Jeune Militaire de 22 ans, engagé au 8<sup>ème</sup> 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 : 5580000/mm<sup>3</sup>
    - Hémoglobine : 12,9 g/dl
    - Hématocrite : 40,2
    - VGM : 72 µ<sup>3</sup>
    - TCMH : 25,1 pg
    - CMH : 32,1 g/dl
    - Leucocytes : 8150/mm<sup>3</sup>
    - Polynucléaires :
      - Neutrophiles : 2616/mm<sup>3</sup>
      - Éosinophiles : 2828
      - Basophiles : 16
    - Lymphocytes : 2103
    - Monocytes : 587
    - Plaquettes : 255000/mm<sup>3</sup>
  - 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

