

# Ostéopathie métabolique

## Ostéomalacie liée au diabète phosphoré : À propos de deux observations

**1er Auteur : O. neifar (1)**

Autres auteurs, équipe:

Z. Gassara (1) ; A. Feki (1) ; H. Fourati (1) ; S. Baklouti (1)

(1) Rhumatologie, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

### Introduction

Le diabète phosphoré est une cause d'ostéomalacie définie par un défaut de réabsorption rénale de phosphore, entraînant une fuite urinaire de ce dernier. Plusieurs pathologies peuvent être à l'origine de cette condition : causes génétiques, toxiques, oncogéniques ou les tubulopathies. Le diagnostic de diabète phosphoré idiopathique, le plus fréquent chez l'adulte, n'est posé qu'après exclusion des autres étiologies.

### Observation:

#### La première observation: patiente de 66 ans

##### Les antécédents

- familiaux: aucun
- personnels : neurofibromatose de type 1, fractures des deux cols fémoraux.

##### Le motif :

des douleurs osseuses diffuses évoluant depuis un an et demi.

##### L'examen clinique :

- des taches café au lait
- des neurofibromes au visage
- un syndrome rachidien lombaire.

##### La biologie :

- absence de syndrome inflammatoire
- une fonction rénale normale
- une gazométrie normale
- une calcémie normale à 2,24 mmol/L
- une hypophosphorémie à 0,55 mmol/L
- un taux de réabsorption tubulaire de phosphore bas à 61 %
- un taux de parathormone (PTH) normal à 40 ng/L, ainsi qu'un taux de 25-hydroxy-vitamine D à 20,2 ng/mL
- un taux élevé de FGF-23

##### L'imagerie :

des fissures de la branche ischio-pubienne et du tiers supérieur de l'humérus, une déformation du bassin.

##### Le diagnostic :

**ostéomalacie par diabète phosphoré oncogénique** devant un taux élevé de FGF-23 et les antécédents de neurofibromatose

##### Le traitement :

supplémentation orale en phosphore.

### Conclusion

Le diabète phosphoré est une pathologie rare avec de multiples étiologies. Une enquête étiologique est essentielle pour établir le diagnostic et guider la prise en charge, qui repose sur la supplémentation en phosphore et le traitement de la cause sous-jacente.

#### La deuxième observation: patiente de 42 ans

##### Les antécédents:

##### Le motif :

des douleurs osseuses  
des myalgies diffuses  
des troubles de la marche évoluant depuis trois mois

##### L'examen clinique :

- une marche dandinante
- un déficit musculaire proximal des membres inférieurs.

##### La biologie :

- une fonction rénale normale
- une électrophorèse des protéines normale
- une gazométrie normale
- l'absence de syndrome inflammatoire,
- hypophosphatémie à 0,4 mmol/L
- une calcémie normale à 2,35 mmol/L
- des phosphatases alcalines élevées à 340 UI/L
- une hyperphosphaturie à 40 mmol/24h
- une hypocalciurie à 2 mmol/24h
- un taux de réabsorption tubulaire de phosphore bas à 29 %
- un taux normal de 25-hydroxy-vitamine D à 40 ng/mL
- un taux de PTH normal à 45 pg/mL
- Le dosage du FGF-23 normal

##### L'imagerie :

- des stries de LooserMilkman au niveau du fémur et des branches ischio- et ilio-pubiennes.
- La scintigraphie osseuse :des foyers d'hyperfixation au niveau des côtes, du bassin et des fémurs.
- La densitométrie osseuse : basse avec un T-score rachis à -4,5 et un T-score fémur à -3,8.
- La scintigraphie à l'octréotide et le scanner thoraco-abdomino-pelvien : sans anomalies.

##### Le diagnostic : diabète phosphoré idiopathique

##### Le traitement : supplémentation orale en phosphore.

**Déclaration des conflits d'intérêts:** Aucun conflit d'intérêt

**Contact:**Olfa.neifar.p@gmail.com