

**Fracture Pathologique De
L'aile Iliaque Revelatrice
D'une Sacro Iliite
Tuberculeuse****Pathological fracture of the
iliac wing revealing a sacroiliitis
tuberculosis**D.Jeddi , T Madani, R Hani, M Boufetal, R Bassir,A EL
Bardouni ,M Kharmaz ,M O Lamrani, M Ouadghiri ,M
Mahfoud , M.S Berrada**RESUME**

Les sacro-iliites tuberculeuses sont des infections rares de diagnostic difficile et souvent retardé. Nous en présentons ici un cas survenu chez un patient âgé de 70 ans. Le diagnostic a été posé après étude bactériologique et anatomopathologique du produit de drainage de l'abcès et de la biopsie chirurgicale. Les paramètres biologiques sont souvent peu perturbés. Le diagnostic est avant tout bactériologique, après biopsie et ou ponction directe de l'interligne sacro-iliaque ou de l'abcès de voisinage. La tomodensitométrie et l'IRM sont les examens d'imagerie médicale les plus performants.

Conflit d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit
d'intérêt en rapport avec la rédaction de cet article* Service de traumatologie et orthopédie, CHU Ibn Sina
Rabat Maroc**Mots Clés:** sacroiliaque, abcès,
tuberculose**ABSTRACT**

Our case concerns a 70-year old male presenting with tuberculous sacroiliitis. Diagnosis was made on the basis of a positive drainage product of the abscess. Tuberculous sacroiliitis is rare infection and generally an difficult diagnosis. Its insidious presentation leads to delayed diagnosis.. Accurate diagnosis is based on percutaneous synovial fluid or abscess aspirate bacteriology. CT-scan and IRM are the most helpful radiological examinations.

Keywords: Sacro iliitis
,tuberculosis,abscess tubercular**INTRODUCTION**

- Les sacro-iliites tuberculeuses sont des infections rares mais qui peuvent être responsables d'un tableau clinique souvent trompeur. Le diagnostic est fréquemment établi avec retard, parfois en raison d'une confusion avec une atteinte de la hanche ou de la charnière lombosacrée

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'un patient âgé de 70 ans, sans antécédents pathologiques à part une notion du contage tuberculeux dans la famille, qui se plaignait depuis environ 1 an de lombalgies d'horaire mixte avec des douleurs fessières gauches en position assise prolongée et une impotence fonctionnelle partielle au début devenue totale, le tout évoluant dans un cadre d'amaigrissement récent mais sans fièvre.



Fig 1 : Radiographie du bassin de face : atteinte de la sacro-iliaque gauche sous forme d'une condensation des berges articulaires avec ascension de l'hémibassin gauche, destruction de l'articulation sacro iliaque



Fig2: TDM en coupe axiale : remaniement osseux sacré et iliaque gauche avec destruction des cartilages et élargissement articulaire

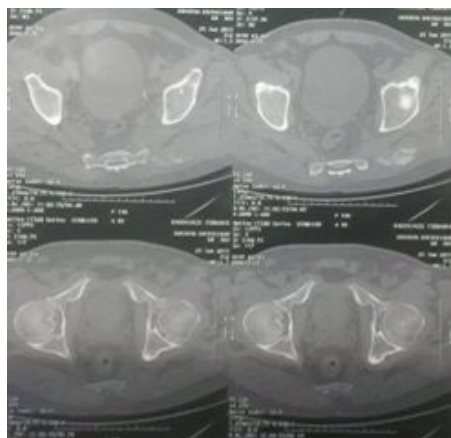


Fig3: aspect TDM d'abcès partiellement ossifié du muscle Psoas iliaque

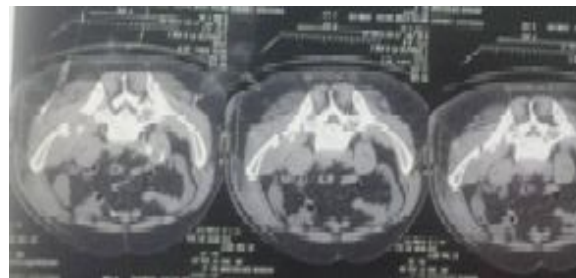


Fig4: :fracture pathologique de l'aile iliaque gauche

RÉSULTATS

L'examen physique a révélé une douleur à la pression des ailes iliaques et de l'articulation sacro-iliaque gauche . La mobilité des hanches est normale. Les tests de Fabere (flexion, abduction et rotation externe de la hanche) et de Gaenslen (extension de la hanche) sont positifs.

Le bilan biologique montre une vitesse de sédimentation à 50 mm à la première heure, une protéine C réactive à 82 g/l .

La radiographie du bassin montre une atteinte de la sacro-iliaque gauche sous forme d'une condensation des berges articulaires avec ascension de l'hémibassin gauche et une fracture pathologique de l'aile iliaque (figure 1). Le scanner confirme le remaniement osseux sacré et iliaque gauche avec destruction et un élargissement articulaire(figure 2) associé à une collection des parties molles fessières et du muscle psoas gauche(figure 3), et fracture pathologique de l'aile iliaque gauche(figure 4) .

Le drainage de la collection met en évidence un liquide purulent avec, à l'examen direct et à la culture, des mycobactéries (*Mycobacterium tuberculosis*)

L'étude anatomopathologique du prelevement de la biopsie chirurgicale de l'aile iliaque (au niveau fracture pathologique) et de la sacro iliaque a montré

un aspect morphologique d'une tuberculose caséo-folliculaire

La recherche d'autres localisations de la tuberculose se révèle négative. Le patient reçoit une antibiothérapie d'une durée totale de 6 mois avec une bonne évolution sur le plan clinique et radiologique.

DISCUSSION

Les sacro-iliites tuberculeuses représentent 5 à 57 % des sacro-iliites infectieuses. Elles correspondent à 0,4 à 21 % des tuberculoses ostéo-articulaires. Elles touchent essentiellement l'adulte jeune. L'âge moyen au moment du diagnostic est de 31 ans. (1,3)

Le début des symptômes est habituellement insidieux, il est marqué par l'apparition d'une douleur de type inflammatoire (1,2). Elle peut évoluer à bas bruit et être à l'origine de symptômes discrets surtout lorsqu'elle est isolée, sans abcès (3,5). Le délai de prise en charge est variable selon les séries. Le délai moyen du diagnostic est de 5,5 mois dans la littérature (6). Les signes fonctionnels sont une difficulté à la marche, des douleurs fessières, voire des radiculalgies des membres inférieurs ou des lombalgies faisant errer le diagnostic. Les signes généraux sont dominés par la fièvre, qui est modérée et inconstante (1,3,5,6).

L'atteinte sacro-iliaque est habituellement unilatérale ; des atteintes bilatérales ont cependant été décrites.

Les abcès tuberculeux siègent le plus souvent dans la fesse et le muscle psoas (2,4), comme c'est le cas pour notre patient, mais peuvent se localiser dans le triangle de Scarpa, la fosse iliaque

Les signes radiologiques apparaissent après un retard de plusieurs mois, à cause de la lenteur de l'évolution et des particularités anatomiques de l'articulation sacro-iliaque.

L'évolution se fait ensuite vers une synostose (5,7).

Le scanner ou l'IRM sont les examens de choix pour l'exploration de l'articulation sacro-iliaque. Ils permettent de visualiser d'éventuels abcès intra pelviens ou la présence de séquestres intra-articulaires particulièrement difficiles à voir sur les radiographies standard.

L'IRM est plus sensible et permet un diagnostic plus précoce (6,7).

Divers protocoles d'antibiothérapie ont été proposés : les protocoles longs (12-18 mois) ont été préconisés mais, actuellement, ce sont les protocoles courts qui ont prouvé leur efficacité et qui sont conseillés par l'OMS, en particulier dans les pays d'endémie tuberculeuse, afin d'éviter l'apparition des résistances (7,9). Les protocoles de longue durée doivent être préconisés chez les sujets ayant des antécédents de tuberculose ou de destruction osseuse massive.

Un traitement chirurgical peut être justifié pour drainer un abcès, exciser un séquestre ou réaliser une arthrodèse en cas de destruction importante. Le pronostic de la sacro-iliite tuberculeuse est bon à la condition d'une prise en charge précoce, avant l'apparition des destructions articulaires (8,9).

Les sacro-iliites tuberculeuses représentent 5 à 57 % des sacro-iliites infectieuses. Elles correspondent à 0,4 à 21 % des tuberculoses ostéo-articulaires. Elles touchent essentiellement l'adulte jeune. L'âge moyen au moment du diagnostic est de 31 ans. (1,3)

Le début des symptômes est habituellement insidieux, il est marqué par l'apparition d'une douleur de type inflammatoire (1,2). Elle peut évoluer à bas bruit et être à l'origine de symptômes discrets surtout

lorsqu'elle est isolée, sans abcès (3,5). Le délai de prise en charge est variable selon les séries. Le délai moyen du diagnostic est de 5,5 mois dans la littérature (6). Les signes fonctionnels sont une difficulté à la marche, des douleurs fessières, voire des radiculalgies des membres inférieurs ou des lombalgies faisant errer le diagnostic. Les signes généraux sont dominés par la fièvre, qui est modérée et inconstante (1,3,5,6).

L'atteinte sacro-iliaque est habituellement unilatérale ; des atteintes bilatérales ont cependant été décrites.

Les abcès tuberculeux siègent le plus souvent dans la fesse et le muscle psoas (2,4), comme c'est le cas pour notre patient, mais peuvent se localiser dans le triangle de Scarpa, la fosse iliaque

Les signes radiologiques apparaissent après un retard de plusieurs mois, à cause de la lenteur de l'évolution et des particularités anatomiques de l'articulation sacro-iliaque. L'évolution se fait ensuite vers une synostose (5,7).

Le scanner ou l'IRM sont les examens de choix pour l'exploration de l'articulation sacro-iliaque. Ils permettent de visualiser d'éventuels abcès intra pelviens ou la présence de séquestres intra-articulaires particulièrement difficiles à voir sur les radiographies standard.

L'IRM est plus sensible et permet un diagnostic plus précoce (6,7).

Divers protocoles d'antibiothérapie ont été proposés : les protocoles longs (12-18 mois) ont été préconisés mais, actuellement, ce sont les protocoles courts qui ont prouvé leur efficacité et qui sont conseillés par l'OMS, en particulier dans les pays d'endémie tuberculeuse, afin d'éviter l'apparition des résistances(7,9). Les protocoles de longue durée doivent être préconisés chez les sujets ayant des

antécédents de tuberculose ou de destruction osseuse massive.

Un traitement chirurgical peut être justifié pour drainer un abcès, exciser un séquestre ou réaliser une arthrodeèse en cas de destruction importante. Le pronostic de la sacro-iliite tuberculeuse est bon à la condition d'une prise en charge précoce, avant l'apparition des destructions articulaires (8,9).

CONCLUSION

L'articulation sacro-iliaque est profonde, et d'exploration difficile. Elle a bénéficié récemment des progrès de l'imagerie diagnostique et interventionnelle en cas de pathologie des sacroiliaques. Le traitement médical des localisations tuberculeuses est le plus souvent suffisant avec des résultats fonctionnel souvent satisfaisants et sans séquelles.

REFERENCES

1. BouajinaE, HarzallahL, HachfiW et al. Sacro-iliites tuberculeuses: à propos de 22 cas. Rev Med Interne 2005; 26:690-4.
2. BenchakrounM, El BardouniA, ZaddougO et al. Tuberculous sacroiliitis. Four cases. Joint BoneSpine2004;71:150-3.
3. PouchotJ, VinceneuxP, Barge J et al. Tuberculosis of the sacroiliac joint: clinical features, outcome, and evaluation of closed needle biopsy in 11 consecutive cases. Am J Med 1988;84:622-8.
4. MolimardM, HirschA, ChretienJ. Tuberculose : une nouvelle priorité. Presse Med 1994;23:1166-71.
5. BruckerG, BletryO, Danis M, HersonS, Gentilini M, Godeau P. Clinique et diagnostic de 7 cas de tuberculose sacro-iliaque : apport de la scintigraphie osseuse. Sem Hop 1980;56:1891-4.

6. SchuteL. [Unilateral tuberculous sacroiliitis]. DtschMed Wochenschr1991;116:1124.

7. Chen WS. Chronic sciatica caused by tuberculous sacroiliitis. A case report. Spine(PhilaPa 1976) 1995;20:1194-6

8. PertuisetE, BeaudreuilJ, HorusitzkyA et al. Non surgical treatment of osteoarticular tuberculosis. A retrospective study in 143 adults. RevRhum Engl Ed 1999;66:24-8.

9. Lejeune E, Bouvier M, LlorcaG, Andre-Fouet E, DubreuilC. Traitement médical de la tuberculose ostéo-articulaire. RevRhum Mal Osteoartic1981;48:171-80

