

ARTICLE ORIGINAL**L'atteinte des sacro-iliaques en rhumatologie**

N. AKASBI, FZ. EL OUAZZANI, N. KADI, S. MANSOURI, L. TAHIRI, T. HARZY

Service de rhumatologie, CHU Hassan II, FES

Résumé:

Introduction : la sémiologie clinique et radiologique de l'articulation sacro-iliaque est difficile, c'est un site habituel de localisation de plusieurs pathologies.

Objectif : déterminer les caractéristiques cliniques et radiologiques de l'atteinte des sacro-iliaques et ses étiologies dans notre contexte.

Patients et méthodes : étude rétrospective incluant 25 patients ayant des fessalgies. L'analyse a porté sur les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et radiologiques chez les patients ayant une sacroiliite.

Résultats : chez 18 patients, la sacroiliite était en rapport avec une spondylarthropathie, on a noté un cas de sacroiliite rhumatoïde, 3 cas secondaire à une hyperparathyroïdie, 2 cas de sacroiliite tuberculeuse et une arthrose des sacro-iliaques.

Conclusion : La radiographie standard seule ne suffit pas de rattacher une douleur de la sacro-iliaque à une étiologie précise, le contexte clinique, le recours à l'imagerie de coupe et parfois à l'étude anatomopathologique permet d'explorer une sacroiliite.

Mots clés : Sacroiliite, spondylarthropathie, arthrose des sacro-iliaques.

Auteur correspondant :

Nom : Nessrine AKASBI

Email : nessrine_rhumato@hotmail.fr

Introduction :

La douleur d'origine sacro-iliaque ou fessalgie est un motif fréquent de consultation et d'hospitalisation en rhumatologie. Ses caractéristiques anatomiques sont à l'origine d'une expression symptomatique originale, qui peut être source de difficultés diagnostiques. À côté des spondylarthropathies qui représentent l'étiologie habituelle des sacroiliites bilatérales ou à bascule, une infection de la sacro-iliaque doit être recherchée devant toute sacroiliite unilatérale. Plus rarement, d'autres pathologies inflammatoires peuvent atteindre la sacro-iliaque.

Le but de cette étude est de déterminer les caractéristiques de la l'atteinte des sacro-iliaques, et son diagnostic étiologique.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective incluant 25 patients souffrant de douleurs des sacro-iliaques (fessalgies) étalée sur 3 ans allant de Janvier 2006 au Décembre 2008. Tous nos patients ont bénéficié d'un examen ostéoarticulaire complet et d'une radiographie du bassin de face du bassin de face. D'autres examens complémentaires sont demandés en fonction de l'orientation diagnostique. L'analyse clinique a porté sur : l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle (IMC), le caractère de la douleur, son siège et les signes associés.

Résultats :

L'âge moyen de nos patients est 43,9 ans (18, 74 ans), on note une prédominance féminine avec un sex-ratio de 0,47 (8 H, 17 F). La douleur siège dans la partie moyenne de la fesse dans 72% des cas, en supéro-interne dans 24% des cas et de projection lombaire ou lombalgies basses chez un patient. La fessalgie est inflammatoire dans 76% des cas, et

strictement mécanique dans 24% cas. L'atteinte des 2 sacro-iliaques est notée dans 84% des cas.

La radiographie du bassin de face était normale chez 7 patients, montre une sacroiliite stade II - III chez 11 patients, un pseudo-élargissement avec une résorption osseuse sous-chondrale chez 3 patients, une image de destruction de la sacro-iliaque dans un cas, et une ostéophytose bilatérale dans un cas.

Chez 18 patients, les fessalgies accompagnaient une spondylarthropathie et avaient au moins 8 points pour les critères d'AMOR, on a noté 12 cas de spondylarthrite ankylosante et 6 cas de spondylarthropathie associée à une maladie inflammatoire chronique de l'intestin, une sacroiliite rhumatoïde chez un patient et un cas ayant une arthrose bilatérale des sacro-iliaques. Chez 5 patients hémodialysés chroniques, on a noté 3 cas d'hyperparathyroïdie secondaire et 2 cas de tuberculose de la sacro-iliaque.

Discussion :

L'atteinte des sacro-iliaques est sous-estimée, sa symptomatologie est facilement rapportée au rachis lombaire ou à la hanche d'où la difficulté de leur exploitation clinique et radiologique.

L'articulation de la sacro-iliaque constitue la localisation presque toujours la plus précoce et quasi-constante des atteintes débutantes de spondylarthropathies. Dans notre série 18 cas sur 25 avaient des fessalgies inflammatoires avec une sacroiliite à la radiographie du bassin orientant vers une spondylarthropathie.

Ces douleurs fessières, correspondent à une inflammation des régions enthésitiques et articulaires pures des sacro-iliaques, elles sont bilatérales ou à bascule, traduisant une sacroiliite habituellement bilatérale, mais parfois à début unilatéral. Les douleurs

inflammatoires siègent à la partie supérieure de la fesse et peuvent irradier jusqu'aux genoux, plus rarement aux mollets. L'examen clinique est assez difficile car peu de manœuvres sont spécifiques. La douleur reproduite par la palpation directe est l'un des meilleurs signes cliniques.

La radiographie du bassin de face montre une sacroiliite passant par 4 stades de «Forestier» : Stade I : Elargissement et Flou de l'interligne de la sacro-iliaque.

Stade II : Irrégularité et érosions des berges articulaires « aspect en timbre de poste ». Stade III: Condensation des berges. Stade IV: Ankylose et fusion des berges de l'articulation Fig 1. [1, 2]



Fig 1: Radiographie de bassin de face montrant une sacroiliite bilatérale stade 4 avec fusion complète des berges articulaires [2]

L'imagerie par résonance magnétique vient bouleverser le diagnostic de la sacroiliite au cours des spondylarthropathies. Des études ont montré que certaines séquences IRM et/ou avec injection de gadolinium étaient susceptibles, non seulement de bien visualiser des altérations précoces des berges, mais surtout de mettre en évidence les foyers inflammatoires de la sacro-iliaque, à savoir des épanchements intra-articulaires, une synovite, et un œdème osseux [3].

L'atteinte de la sacro-iliaque liée à la polyarthrite rhumatoïde PR est rare, Dans une étude suédoise rapportée en 1984, une sacroiliite radiologique de grade supérieur ou égal à 3, était présente chez 57% des PR HLA B27+ et chez 29% des PR-HLA B27-. [4]

Les sacroiliites infectieuses représentent 1 à 4% des infections ostéoarticulaires et surviennent préférentiellement chez l'enfant et l'adulte jeune. En règle générale, la sacroiliite infectieuse est unilatérale, le tableau clinique associe une douleur inflammatoire de la sacroiliaque, une fièvre et une boiterie. Le diagnostic repose avant tout sur l'imagerie par résonance magnétique. Elle peut être à germes pyogènes dont les plus incriminés sont le staphylocoque doré, le streptocoque et les bacilles gram négatifs ou d'origine tuberculeuse [5]. La sacro-iliaque est une localisation très classique de la tuberculose ostéoarticulaire. Elle représente à peu près 10% des cas de tuberculoses ostéoarticulaires [6], qui elles-mêmes représentent 2 à 5% de l'ensemble des tuberculoses [7]. Mais elle est souvent associée à une autre localisation ostéoarticulaire, notamment à une tuberculose lombaire par l'intermédiaire d'un abcès du psoas [6], comme c'est le cas chez l'un des deux patients ayant une tuberculose de la sacro-iliaque. Le diagnostic nécessite le plus souvent un prélèvement local: ponction d'un abcès froid, et surtout ponction biopsie de la sacro-iliaque qui a l'avantage de pouvoir montrer rapidement un aspect histologique évocateur [7,8].

L'atteinte des sacro-iliaques au cours de certaines maladies de système est rapportée dans la littérature, notamment le lupus, la sarcoïdose et la maladie de behçet, indépendamment d'une spondylarthrite ankylosante associée et même en absence de la positivité du HLA 27, et dont la fréquence exacte reste à

déterminer, mais qui ne paraît pas très élevée. Elle survient au cours de l'évolution de ces maladies et peut rarement les révéler [5].

La fréquence de l'arthrose des sacro-iliaques varie selon les auteurs, allant de moins de 10 à 78% des adultes [9]. Elle a une nosologie un peu différente de celle des articulations des membres, et sa signature radiologique n'est pas aussi franche et stéréotypée que pour l'arthrose des articulations des membres [10]. Une autre particularité tient en sa présentation radiologique qui est sensiblement différente chez l'homme et chez la femme: les ostéophytes sont plus fréquents chez les hommes, alors que la sclérose de l'os sous-chondral est plus marquée et fréquente chez les femmes, particulièrement chez les obèses et les multipares [11]. Les ostéophytes restent les manifestations les plus typiques de l'arthrose des sacro-iliaques. (Fig 2)

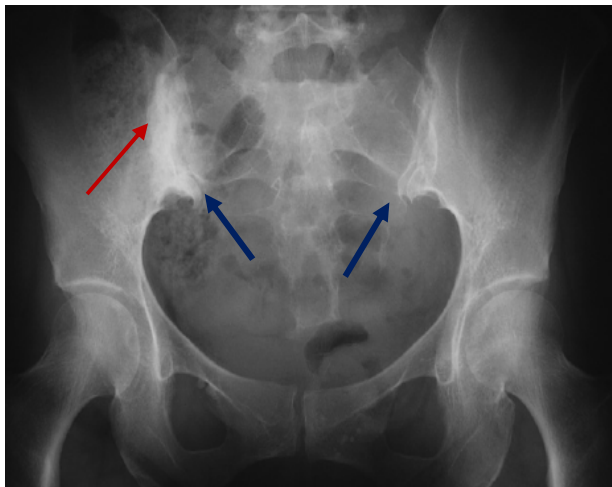


Fig 2: Arthrose sacro-iliaque droite marquée par une flèche rouge, avec présence aux pieds des deux sacro-iliaques d'une ostéophytose (flèche bleue) [10]

Dans l'hyperparathyroïdie, les douleurs fessières sont dues à des érosions osseuses prédominant sur le versant iliaque, elles sont symétriques et bilatérales, associées à une sclérose réactionnelle et à des ossifications ligamentaires. Les irrégularités osseuses sous-chondrales et l'élargissement de l'interligne artriculaire sont plus

prononcés que dans la spondylarthrite ankylosante (SPA). Contrairement à la SPA, il n'y a ni pincement ni ankylose de l'interligne artriculaire. Nous avons noté 3 cas de douleurs de sacro-iliaque avec image radiologique de pseudo-élargissement sur la radiographie du bassin chez 3 patients hémodialysés chroniques ayant une hyperparathyroïdie secondaire dans le cadre d'une Ostéodystrophie rénale [12].

Conclusion :

Nos résultats concordent avec ceux de la littérature par la difficulté diagnostique, la diversité des étiologies et la prédominance des spondylarthropathies ou la sacroiliite radiologique est un critère diagnostique.

L'interprétation des articulations sacro-iliaques reste difficile malgré les progrès de l'imagerie, mais une connaissance de la sémiologie couplée à un bon examen clinique conduit à une bonne orientation diagnostique, d'où la nécessité d'étude d'un échantillon large afin de déterminer les caractéristiques permettant de classer l'atteinte de la sacro-iliaque dans un cadre nosologique précis. Le traitement dépendra de l'étiologie retrouvée.

Références

bibliographiques :

- 1- J. Sibilia, T. Pham, C. Sordet, B. Jaulhac, P. Claudepierre. Spondylarthrite ankylosante et autres spondylarthropathies. EMC 7-0510 2005
- 2- P. Claudepierre, D. Wendling. Spondylarthrite ankylosante. EMC 14-230-A-10 2009

- 3- Braun J, Bollow M, Hamm B, Eggens U, Schilling A, König H, et al.
Early sacroiliitis in patients with spondyloarthropathy; evaluation with dynamic gadolinium-enhanced MR imaging.
Radiology 1995;194: 529-36.
- 4- Dahlqvist SR, Nordmark LG, Bjelle A.
HLA-B27 and involvement of sacroiliac joints in rheumatoid arthritis.
J. Rheumatol 1984;11:27-32.
- 5- Édouard Pertuiset
Les autres causes de sacro-iliites que les spondylarthropathies.
Revue du Rhumatisme 76 (2009) 761-766
- 6- Ramlakan RJS, Govender S.
Sacro-iliac joint tuberculosis.
Intern Orthop 2007;31:121-4.
- 7- Pertuiset E.
Tuberculose ostéoarticulaire extravertébrale.
Rev Rhum 2006;73:387-93.
- 8- Papagelopoulos PJ, Papadopoulos EC, Mavrogenis AF, et al.
Tuberculous sacroiliitis. A case report and review of the literature.
Eur J Spine 2005;14:683-8.
- 9- Jajic I, Jajic Z.
The prevalence of osteoarthritis of the sacroiliac joints in a urban population.
Clin Rheumatol 1987;6:39-41.
- 10- Jean-Marie Berthelot *, Benoît Le Goff , Yves Maugars
Arthroses sacro-iliaques et syndrome de Bertolotti.
Revue du Rhumatisme 76 (2009) 774-781
- 11- Fafli CP, Prassopoulos PK, Daskalogiannaki ME, et al.
Variation in the appearance of the normal sacroiliac joint on pelvic CT.
Clin Radiol 1998;53:742-6.
- 12- Fabrice Thévenin , Jean-Luc Drapé
Les principaux diagnostics différentiels des sacro-iliites en imagerie.
Revue du Rhumatisme 76 (2009) 767-773