

consultation, des scapulalgies droites inflammatoires. L'examen a noté une apyrexie, une amyotrophie de l'épaule droite avec une mobilité active douloureuse et très limitée dans toutes les directions. Il n'y avait pas de SIB (VS à 17mm à h1, CRP à 1mg/l) et l'hémogramme n'a pas révélé d'anomalies. L'IDR était positive à 10mm de diamètre d'induration. La recherche de B.K dans les crachats était négative à l'examen direct et à la culture. La radiographie du thorax était sans anomalies. Le bilan radiologique a montré une destruction de la tête humérale et de la glène droite. A l'arthrotomie diagnostique, on a découvert une synovite importante avec un aspect blanc nacré et une destruction de la tête humérale. L'examen anatomopathologique a conclu à une tuberculose synoviale caséo-folliculaire. La patiente a été mise sous chimiothérapie anti-tuberculeuse pendant 10 mois. A la fin du traitement, la patiente a gardé comme une scapulalgie droite invalidante séquellaire avec une diminution importante de la mobilité articulaire. Une arthrolyse lui est effectuée. Les suites opératoires ont été simples avec une disparition des douleurs.

### Conclusion

La tuberculose de l'épaule doit faire partie des diagnostics à évoquer devant des scapulalgies chroniques même d'origine mécanique. Si le diagnostic est fait avant les dégâts anatomiques, la guérison sous traitement anti-tuberculeux bien conduit se fait sans séquelles. Dans le cas échéant, le malade risque de garder des séquelles fonctionnelles nécessitant le recours à la chirurgie. Le diagnostic est porté sur des preuves bactériologiques ou histologiques.

### Références

1. Billo NE. Tendances épidémiologiques de la tuberculose. Rev Prat 1996 ; 46 :1332-35.
2. Pertuiset E. Tuberculose osseuse et articulaire des membres. EMC-Rhumatologie Orthopédie 2004 ; 1: 463-86.
3. Ladeb M.F, Chelli Bouaziz M, Chakroun M, Chaabane S. Tuberculose ostéoarticulaire périphérique. EMC (Elsevier Masson SAS), Radiologie et Imagerie Médicale : Musculosquelettique - Neurologique - Maxillofaciale, 31-220-A-10, 2008
4. Kapukaya A, Subasi M, Bukte Y, Gur A, Tuzuner T, KilncNicholson N. Tuberculose de l'épaule. Rev Rhum 2006 ; 73 : 263-8.
5. Monach PA, Daily JP, Rodriguez-Herrera G, Solomon DH. Tuberculous osteomyelitis presenting as shoulder pain. J Rheumatol 2003; 30: 851-6.
6. Subassi M, Bukte Y, Kapykaya A, Gurkan F. Tuberculosis of the metacarpal and phalanx bones in the hand. Ann Plast Surg 2004; 53: 469-72.

*Dalila Mrabet*<sup>1</sup>, *Inès Jebalia*<sup>1</sup>, *Habiba Mizouni*<sup>2</sup>, *Chékib Khémiri*<sup>3</sup>, *Hamza Essadde*<sup>3</sup>, *Emna Mnif*<sup>2</sup>, *Héla Sahli*<sup>1</sup>, *Slaheddine Sellami*<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service de Rhumatologie. EPS La Rabta. 1006 Tunis

<sup>2</sup> Service de Radiologie. EPS La Rabta. 1006 Tunis

<sup>3</sup> Service d'Orthopédie. EPS La Rabta. 1006 Tunis

Faculté de Médecine de Tunis. Université Tunis El Manar

## Apophysite ischiatique mimant une tumeur osseuse

L'apophysite ischiatique est une ostéochondrose apophysaire qui atteint typiquement les adolescents sportifs (1). Il s'agit d'une lésion d'origine micro traumatique dont l'aspect radiographique peut être déroutant et évocateur d'affections tumorales ou infectieuses agressives (2). La confrontation des données cliniques, biologiques et radiologiques permet de redresser le diagnostic et d'éviter la biopsie.

Nous rapportons une observation d'apophysite ischiatique en illustrant l'aspect en imagerie ayant permis d'en faire le diagnostic.

### Observation

Nous présentons le cas d'un adolescent âgé de 16 ans, sans antécédent notable, sportif footballeur qui a consulté pour des douleurs postérieures de la hanche droite associée à une tuméfaction du pli inguinal en regard. Ces douleurs sont apparues il y a 3 semaines, d'allure mécanique, survenant à l'effort et d'aggravation progressive. Absence de notion de traumatisme, fièvre ou d'altération de l'état général. A l'interrogatoire, le patient a rapporté une activité sportive particulièrement marquée durant les mois précédents l'apparition de la douleur. L'examen clinique a retrouvé une tuméfaction du pli inguinal droit sans signes inflammatoires locaux associés. La palpation de l'apophyse était douloureuse. La mobilité active et passive de la hanche était conservée. Le patient était apyrétique. Un bilan sanguin était normal avec en particulier absence de syndrome inflammatoire biologique. Une radiographie du bassin de face avait été demandée en première intention et montrait une plage ostéolytique de contours flous du bord inférieur de l'apophyse ischiatique droite associée à une densification des parties molles adjacentes, sans réaction périostée décelable (figure 1).

### Figure 1: Radiographie du bassin de face:

Plage ostéolytique de contours flous de l'apophyse ischiatique droite (flèche) associée à une densification des parties molles adjacentes.



Devant cette ostéolyse d'allure agressive de l'ischion droit avec densification des parties molles de la hanche, une cause tumorale a été évoquée en premier lieu, et notamment, vu l'âge un sarcome d'Ewing ou un ostéosarcome. Le diagnostic différentiel incluait l'origine infectieuse et micro traumatique. Une tomodensitométrie (TDM) du bassin a été réalisée. Elle a mis en évidence un aspect irrégulier, lysé de l'apophyse ischiatique en regard du cartilage conjugal. Il n'a pas été noté de déplacement de l'apophyse ischiatique comparativement au côté controlatéral (figure 2).

**Figure 2:** TDM du bassin réalisé sans injection. Reconstitutions 2D dans le plan sagittal: Aspect irrégulier, lysé de l'apophyse ischiatique en regard du cartilage conjugal. Absence de déplacement de l'apophyse ischiatique.



Une IRM de la hanche droite a été pratiquée. Celle ci montrait une anomalie de signal de type oedémateux, strictement limitée à la médullaire osseuse de l'apophyse ischiatique en regard du cartilage conjugal, en hypo signal T1 (figure 3a), franc hyper signal T2 (figure 3b) rehaussé après injection de Gadolinium (figures 3c et 3d), absence d'anomalie associée du reste de la médullaire osseuse et d'infiltration des parties molles avoisinantes. La tuméfaction palpée cliniquement était en rapport avec un magma de ganglions inguinaux d'allure bénigne inflammatoire (aspect confirmé à l'échographie) (figures 3 a, b, d).

Une apophysite ischiatique a donc été suspectée. Un arrêt de l'activité sportive et un traitement anti inflammatoire ont été préconisés. L'évolution s'est faite vers une régression des douleurs. Une IRM de contrôle réalisée à 6 semaines a montré la disparition complète des anomalies de signal osseuse ainsi que les ganglions inguinaux précédemment décrits.

**Figure 3:** Imagerie par résonance magnétique:

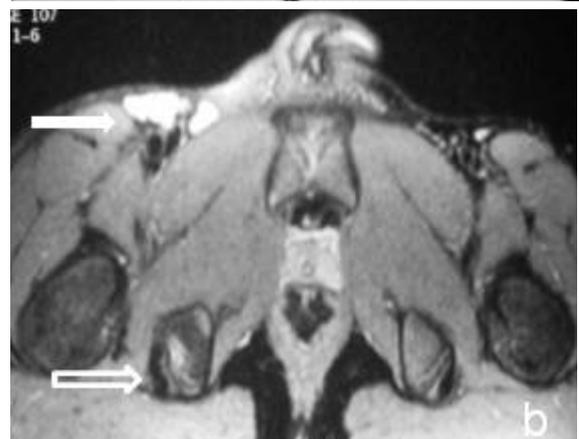
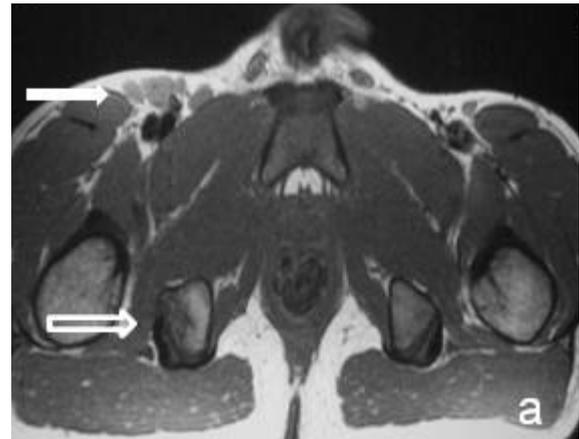
3a: Coupe axiale en pondération T1

3b: Coupe axiale en pondération T2 avec saturation du signal de la graisse

3c et 3d: Coupes axiale et coronale en pondération T1 avec saturation du signal de la graisse et injection de Gadolinium

Présence d'une anomalie de signal de type oedémateux en hypo signal T1, hyper signal T2 rehaussé après injection de l'apophyse ischiatique en regard de l'insertion des ischio-jambiers (flèche pleine).

Masse ganglionnaire inguinale en rapport avec la tuméfaction palpée cliniquement (flèche).





### Conclusion

L'apophysite ischiatique, comme les autres maladies micro-traumatiques, peut présenter un aspect radiologique trompeur pouvant mimer une affection agressive. La confrontation des données anamnétiques, cliniques, biologiques et radiologiques permet le plus souvent de redresser le diagnostic.

### Références

- 1- PA.Hodnett, MJ.Shelly, PJ.MacMahon, EC.Kavanagh, SJ.Eustace. MR Imaging of Overuse Injuries of the Hip. Magn Reson Imaging Clin N Am 2009;17: 667-79.
- 2- Yamamoto T, Akisue T, Nakatani T, et al. Apophysitis of the ischial tuberosity mimicking a neoplasm on magnetic resonance imaging. Skeletal Radiol 2004; 33:737-40.

*Habiba Mizouni (1), Dalila Mrabet (2), Montasser Fourati (1), Chekib Khemiri (3), Mohamed Hedhli (1), Meriem Jrad (1), Mohamed Sallami (2), Hamza Essadem (3), Emna Menif (1)*

*1: Service d'Imagerie Médicale. 2: service de Rhumatologie. 3: service d'orthopédie. Hôpital la Rabta.*

*Faculté de médecine de Tunis. Université Tunis El Manar.*

## Pyélonéphrite xanthogranulomateuse gauche révélée par un abcès du psoas fistulisé au niveau de la fesse de la fesse

La pyélonéphrite xanthogranulomateuse (PXG), décrite pour la première fois en 1916 par Schlagenhauser [1], est une pyélonéphrite chronique rare (0,5 à 1,4% des pyélonéphrites chroniques) et grave qui affecte principalement les femmes de 50 à 70 ans [2]. Elle peut être focale, simulant une néoplasie, ou généralisée à tout le parenchyme rénal qui devient non fonctionnel. Elle se développe sur un fond d'uropathie obstructive, généralement lithiasique, compliquée d'une infection urinaire chronique [3]. Cette infection est à l'origine d'une réaction lympho-plasmocytaire puis granulomateuse et d'une destruction tissulaire avec libération de lipides qui s'accumulent dans les macrophages devenant ainsi des cellules

xanthomateuses. Dans certains cas, il y a une extension de l'infection vers les organes de voisinages (colon, diaphragme, bronches ...). La forme compliquée d'un abcès de psoas est très rare [3, 4].

Nous rapportons un cas de PXG compliquée d'un abcès de psoas fistulisé au niveau de la fesse. En effet il s'agit du quatrième cas décrit dans la littérature et la première révélée par un abcès de psoas.

### Observation

Mr A.M, âgé de 64 ans, tabagique à 22 paquets/année, bronchitique chronique et grabataire a été opéré dans un autre centre le 8 Juillet 2010 d'une hernie inguinale droite. Il a eu une cure prothétique par voie inguinale. Les suites immédiates ont été simples. Il a été mis sortant au 1<sup>er</sup> jour postopératoire. Deux jours plus tard, il a signalé l'apparition d'une tuméfaction fessière gauche douloureuse sans boiterie. Il a été admis au service le 19 Juillet 2010. A l'examen, il était apyrétique à 37°C, la cicatrice inguinale droite était propre et il y avait une tuméfaction chaude rouge et douloureuse du quadrant supéro-externe de la fesse gauche. Il y avait une hyperleucocytose à 24400 éléments/mm<sup>3</sup>. Il a été opéré le 20 Juillet 2010. Après mise à plat de l'abcès, on se rend compte qu'il s'agissait en fait d'un abcès du psoas gauche qui était en cours de fistulisation au niveau du quadrant supéro-externe de la fesse. On se contente alors d'évacuer l'abcès et de mettre en place un drainage passif par une lame de Delbet. En fin d'intervention, une tentative de mise en place d'une sonde trans-urétrale a échoué à cause de ce qu'on pensait être une sténose urétrale. Un cathéter sus pubien a été alors réalisé ramenant des urines infectées. L'examen a aussi permis de découvrir un nodule épидидymaire. Ces constatations ont fait évoquer une tuberculose uro-génitale compliquée d'un abcès du psoas. Localement l'évolution a été favorable moyennant des révisions itératives. Un bilan tuberculeux (intradermoréaction à la tuberculine et un examen cyto-bactériologique des urines) a été réalisé. Il a été négatif. Une tomographie abdominale a été réalisée le 27 Juillet 2010. Elle a montré un rein gauche détruit en amont d'un calcul coralliforme (figure 1).

**Figure 1** : Rein gauche détruit sur un calcul coralliforme.

