

Atteintes sacroiliaques à Abidjan : aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques et étiologiques

Sacroiliac joint disorders in Abidjan : epidemiological, clinical, radiological and etiological characteristics

Diomandé Mohamed, Eti Edmond, Ouattara Baly, Cheteu Kandem Eric, Kouakou Ehaulier Soh Christian Louis, Gbané-Koné Mariam, Djaha Kouassi Jean-Mermoze, Kouakou N'zué Marcel

Service de rhumatologie du CHU de Cocody d'Abidjan -Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan

RÉSUMÉ

Prérequis : L'articulation sacroiliaque demeure méconnue en Afrique subsaharienne. Les études sur l'atteinte sacroiliaque y sont rares.

But : Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques et étiologiques des atteintes sacroiliaques à Abidjan.

Méthode : Etude rétrospective descriptive portant sur 17 patients hospitalisés au service de Rhumatologie du Chu de Cocody de Février 2003 à Avril 2010, souffrant de fessalgies ou autres signes fonctionnelles incriminant l'articulation sacroiliaque, attestés par des lésions radiologiques. Nous nous sommes intéressés aux données épidémiologiques, cliniques, radiologiques et étiologiques.

Résultats : La prévalence hospitalière de la pathologie sacroiliaque était de 0,55% soit 17 parmi 3067 pathologies rhumatologiques. Les femmes prédominaient (82,35%) et l'âge moyen de 25,58 ans. Les facteurs favorisants étaient dominés par des événements gynéco-obstétricaux (47,05%). L'atteinte sacroiliaque se manifestait par une douleur inflammatoire (64,7%) siégeant à la fesse ou au rachis lombaire, irradiant à la cuisse (52,9%) et s'accompagnait d'une impotence fonctionnelle (82,2%) et inconstamment d'une fièvre (64,7%). Les signes physiques caractéristiques étaient la manœuvre du trépied positive (58,8%), l'appui monopodal positif (41,2%) et la palpation douloureuse de l'articulation sacroiliaque. La radiographie standard révélait un aspect flou ou un pseudoélargissement de l'interligne articulaire associée à une déminéralisation (68,4%), un pincement de l'interligne ou une érosion des berges articulaires (23,5%) et des lésions d'arthrose (11,7%). Les étiologies retrouvées étaient l'arthrite bactérienne (82,3%) essentiellement à germes banals (70,58%), l'arthrose (11,7%) et la spondylarthritis ankylosante (5,9%).

Conclusion : Les atteintes sacroiliaques sont rares à Abidjan et touchent les sujets jeunes. Elles sont dominées par la sacroiliite à germes banals.

Mots-clés

Pathologie sacroiliaque – sacroiliite – infection - radiologie

SUMMARY

Background: The sacroiliac joint remains unknown in sub-Saharan Africa. Studies about the sacroiliac diseases are rare

Aim : Describe the epidemiological, clinical, radiological and etiological characteristics of sacroiliac joint diseases in Abidjan

Methods : Retrospective and descriptive study concerning 17 patients hospitalized from February 2003 to April 2010 in the department of rheumatology of university hospital center of Cocody (Abidjan) for buttock pain or others functional signs evoking sacroiliac joint which were attested by radiographic lesions. We were interested on the epidemiological, clinical and radiological characteristics and the etiologies in the sacroiliac disease.

Results : The hospital prevalence of sacroiliac diseases was 0.55% corresponding in 17 of 3067 rheumatological diseases. The female sex predominated (82.35%) and the mean age of 25.58 years. Gyneco-obstetric events were the predominant risk factors (47.05%). Sacroiliac damage was manifested by inflammatory pain (64.7%) localized at the buttock or lumbar spine, radiating to the thigh (52.9%) and was accompanied by functional disability (82.2%) and fever was not present every time (64.7%). The physical findings were the tripod sign positive (58.8%), the monopodal backing positive (41.2%) and palpation painful of sacroiliac joint. The standard radiograph revealed a blurring aspect and widening of joint space associated with demineralization (68.4%), a joint space narrowing and erosion of articular banks (23.5%). The etiologies found were bacterial arthritis (82.3%) mainly pyogenic (70.58%), osteoarthritis (11.7%) and ankylosing spondylitis (5.9%).

Conclusion : Sacroiliac joint diseases are rare in rheumatology practice in Abidjan, concern younger subjects and are dominated by pyogenic sacroiliitis.

Key - words

Sacroiliac joint disease – sacroiliitis – infection - radiology

Les études sur les atteintes de l'articulation sacroiliaque sont rares en Afrique subsaharienne contrairement à l'Occident où une atteinte sacroiliaque fait incriminer de prime abord une spondylarthropathie [1]. Mais qu'en est-il en Afrique noire ? Il s'agit d'une articulation plutôt « méconnue » ou « ignorée » dont les caractéristiques anatomiques sont à l'origine d'une expression symptomatique originale pouvant être source de difficulté ou de piège diagnostique [1]. Sa localisation profonde peut être à l'origine d'un retard diagnostique.

L'atteinte de cette articulation pourrait se compliquer d'une ankylose mettant en jeu son pronostic fonctionnel. Aussi nous avons voulu décrire le profil pathologique de cette atteinte sacroiliaque. L'objectif de cette étude était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques et étiologiques de l'atteinte sacroiliaque en milieu rhumatologique à Abidjan.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'est agi d'une étude rétrospective descriptive menée sur une période de 7 ans et 2 mois allant de Février 2003 à Avril 2010 au sein du service de rhumatologie du CHU de Cocody (Abidjan). Ont été inclus tous les dossiers de patients souffrant de fessalgie ou autres signes d'appel pouvant orienter vers l'articulation sacroiliaque et confirmés par l'imagerie. Les dossiers de patients sans support d'imagerie ou avec une imagerie sacroiliaque normal n'ont pas été inclus. Pour 17 patients répondant à ces critères, nous avons recueilli sur une fiche d'enquête:

- 1- les données épidémiologiques (fréquence, âge, sexe, profession).
- 2- les signes cliniques comprenaient des signes d'appel (douleur ou impotence fonctionnelle) et des signes physiques décrits comme suit:

-appui monopodal: un appui du patient debout sur le membre inférieur du côté atteint, va décharger l'articulation et soulager le patient alors qu'il y aurait une majoration de la douleur en cas d'atteinte rachidienne ou de la hanche.

-signe du trépied : le patient en décubitus ventral, on exerce une pression ferme par le talon de la paume de la main sur l'extrémité supérieure du sacrum, qui déclenche une vive douleur du côté atteint.

-la palpation directe en pleine fesse en regard de l'articulation sacroiliaque déclenche un point douloureux du côté atteint.

-manœuvre de Wolkman: sujet en décubitus latéral, une forte pression sur l'aile iliaque libre comme pour fermer le bassin, entraîne une douleur du côté lésé.

-manœuvre de Gaenslen: un patient couché sur le côté ou sur le dos, le bassin en porte à faux sur la table d'examen. Une flexion forcée de la cuisse d'un côté et une hyperextension de l'autre côté, déclenche une douleur du côté atteint.

-manœuvre de Larrey (ou d'Eriksen): le patient étant en décubitus dorsal, on exerce une forte pression sur les 2 ailes iliaques comme pour ouvrir le bassin, puis on tente de les rapprocher, ceci produit une vive douleur du côté atteint.

- 3-les lésions radiologiques (radiographie standard et/ou tomodensitométrie)

- 4-les différentes étiologies trouvées.

RÉSULTATS

-Données épidémiologiques

La prévalence hospitalière de la pathologie sacroiliaque durant la période d'étude était de 0,55% soit 17 parmi 3067 pathologies rhumatologiques. Notre effectif comportait 14 femmes (82,3%) et 3 hommes (17,7%) soit un sex-ratio de 0,2 et l'âge moyen était de 25,58 ans. Les élèves ou étudiantes (7 soit 41,2%), les ménagères (4 soit 23,5%) et les commerçants et couturiers (2 soit 11,7% chacun) constituaient les principales activités professionnelles.

-Données cliniques

Les facteurs favorisants sont identifiables au tableau 1. L'atteinte sacro-iliaque se manifestait par une douleur franchement inflammatoire (64,7%) ou mécanique à composante nocturne (35,3%). Elle était unilatérale droite (64,7%), gauche (29,4%) ou bilatérale (5,9%). Elle siégeait principalement à la fesse (47%) ou au rachis lombaire (35,3%) ou encore à la hanche (17,7 %) avec une irradiation à la cuisse (52,9%) ou dans la région de l'aîne (11,8%). Cependant dans 35,3% des cas, elle ne s'accompagnait pas d'irradiation. Elle provoquait une impotence fonctionnelle dans 82,2% des cas. On notait une fièvre et une altération de l'état général respectivement observées dans 64,7% et 41,2% des cas. Les tests de provocation de la douleur témoignant d'une atteinte sacro-iliaque sont mentionnés au tableau 2.

Tableau 1: Facteurs favorisants identifiées

Porte d'entrée et/ou facteurs favorisants	Nombre de cas	Pourcentage
Aucun	7	41,2
Infection génitales	6	35,3
IVG	2	11,7
Accouchement	2	11,7
Traumatisme du bassin	1	5,9

Tableau 2: Données de l'examen physique

Signes physiques	Nombre de cas	Pourcentage
Signe du trépied	10	58,8
Appui monopodal	7	41,2
Palpation de la sacroiliaque	7	41,2
Manœuvre de Volkman	5	29,4
Manœuvre de Larrey-Ericksen	4	23,5

-Données de l'imagerie

Le tableau 3 permet d'identifier les différentes lésions radiographiques. La TDM des sacroiliaques n'a concerné que 4 patients (23,52%).

-Données étiologiques

Les étiologies retrouvées étaient : l'arthrite bactérienne (82,3%) causée par les germes banals (70,58%) et le BK (11,72%), l'arthrose (11,7%) et la spondylarthrite ankylosante (5,9%).

Tableau 3 : Données radiographiques des patients

Lésions radiographiques	Nombre de cas	Pourcentage
Aspect flou de l'interligne, pseudo-élargissement de l'interligne, déminéralisation	11	64,8
Erosions des berges, pincement de l'interligne articulaire	4	23,5
Lésions d'arthrose	2	11,7
Ankylose	0	0
Total	17	100

DISCUSSION

La prévalence hospitalière de la pathologie sacroiliaque dans notre étude, bien qu'en deçà de celle trouvée par Ntsiba au Congo [2] (0,98%) confirmait la rareté de cette atteinte. Tout comme les données de la littérature [3-5], notre étude a révélé que l'atteinte sacroiliaque concernait les sujets jeunes préférentiellement de sexe féminin (82,35%). Les facteurs favorisants identifiés dans notre étude étaient majoritairement d'origine gynéco-obstétriques (47,05%). Ceci a été attesté par plusieurs auteurs [4-6] notamment dans les cas de sacroiliites septiques du péri-partum [7] et du post-abortum [2], pouvant expliquer ainsi la féminisation de cette atteinte.

L'atteinte sacroiliaque s'exprimait par une douleur inflammatoire (64,7%) localisée à la fesse (47%) ou au rachis lombaire (35,3%). Plusieurs auteurs convergeaient sur la localisation douloureuse préférentielle à la fesse [8,9]. D'autres ont noté une localisation lombaire dans 50% des cas [10] ou même à la hanche [1]. Ces différentes localisations témoignaient de la difficulté diagnostique liée à cette atteinte. Le caractère unilatéral de cette atteinte (64,7%) dans notre étude a été fréquemment rapporté [4,9,11] surtout en cas de sacroiliite septique. De tous les tests de provocation de la douleur sacroiliaque mis en évidence dans notre étude, plutôt fiables selon certains auteurs [12-14], seules que le signe du trépied et la fessalgie provoquée à la palpation étaient plus spécifiques [7]. Ces différentes manœuvres pouvaient également se positiver en cas de lombosciatique et constituer ainsi un piège diagnostique.

La radiographie standard a conforté les signes physiques en montrant des signes radiographiques inflammatoires (figure 1 et 2) ou d'autres signes radiographiques témoins de l'arthrose. C'était l'imagerie par excellence dans notre étude. Cependant elle pouvait être source de faux négatifs et ainsi sous-estimer la prévalence de cette atteinte. C'est dans ces cas que la TDM et/ou l'IRM sont indiquées. La TDM n'a concerné que 4 cas douteux dans notre étude. Elles ont l'avantage de montrer ou préciser des lésions suspectées ou non vues à la radiographie standard.

Les principales étiologies trouvées étaient la sacroiliite bactérienne (14 cas soit 82,40%) à germes banals (70,58%), l'arthrose sacroiliaque (2 cas soit 11,70%) et la spondylarthrite ankylosante (1 cas soit 5,9%). La présence de facteurs favorisants majoritairement d'origine gynéco-obstétrique pourrait expliquer la prédominance des sacroiliites à germes banales dans notre étude où le sexe féminin était dominant. A contrario chez Akasbi [1], l'étiologie principale était la SPA (72%) confirmant que la SPA est plus fréquente chez les caucasiens et rare chez les africains en raison de la rareté de l'HLA B27 [15].

Figure 1 : Radiographie standard du bassin : Déminéralisation et aspect flou de l'interligne sacroiliaque gauche**Figure 2 :** Erosions des berges sacroiliaques droites à la radiographie standard du bassin

CONCLUSION

La pathologie de l'articulation sacroiliaque est rare en pratique rhumatologique à Abidjan. Elle touche les sujets jeunes ou adultes jeunes. Son expression clinique facilement rattachée au rachis lombaire ou à la hanche doit faire pratiquer les tests de provocation de la douleur qui sont assez fiables pour incriminer l'articulation sacroiliaque. Devant une radiographie standard peu contributive ou douteuse, d'autres imageries performantes (TDM et/ou IRM) doivent être réalisées. L'atteinte sacroiliaque est dominée par la sacroiliite infectieuse notamment à germes banals.

Références

- 1-Akaski N, El Ouazzani Fz, Kadi N, Mansouri S, Tahiri L, Harzy T. L'atteinte Des Sacroiliaque En Rhumatologie. *Ann Med Therap* 2010;2(1):9-13.
- 2-Ntsiba H, Makosso E, Ngandeu Singwe M, Yala F. Les Arthrites Septiques En Zone Tropicale: A Propos De 176 Cas Observées A Brazzaville. *Mali Med* 2006;21(1):49-53.
- 3- Moyer Ra, Bross Je, Harrington Tmj. Pyogenic Sacroiliitis In A Rural Population. *J Rheumatol* 1990;17(10):1364-8.
- 4-Deshahes P, Simonin JI, Solnica J, Le Loet X, Ouvry D, Lebouder F. Sacro-Coxites A Germes Banals. *Sem Hop* 1976;52(38):2131-7.
- 5-Brancos Ma, Peris P, Miro Jm, Monegal A, Gatell Jm, Mallolas J Et Al. Septic Arthritis In Heroin Addicts. *Semin Arthritis Rheum* 1991;21(2):81-7.
- 6-Durlach Ra, Freuler Cb, Verschoor Cd. Bacterial Sacroileitis: Clinical Findinds And Clinical Course In 9 Cases. *Medicina (B Aires)* 1995;55(2):106-10.
- 7- Delbarre F , Rondier J, Delrieu F, Evrard J, Cayla J, Menkes Cj Et Al. Pyogenic Infection Of The Sacro-Iliac Joint. Report Of Thirteen Cases. *J Bone Joint Surg Am* 1975;57(6):819-25.
- 8-Chiu Ch, Lin Ty, Hung Pc, Yang Ph. Pyogenic Sacroiliitis In Children: Report Of Three Cases. *Zhonghua Min Guo Xiao Er Ke Yi Xue Hui Za Zhi* 1992;33(4): 313-21.
- 9- Vyskocil Jj, Mclroy Ma, Brennan Ta, Wilson Fm. Pyogenic Infection Of The Sacroiliac Joint. Case Reports And Review Of The Literature. *Medicine* 1991;70(3):188-97.
- 10-Feldmann JI, Menkes Cj, Weill B, Delrieu F, Delbarre F. Les Sacroiliites Infectieuses. Etude Multicentrique Sur 214 Observations. *Rev Rhum* 1981;48:83-91.
- 11-Bulhart L, Malterre L, Van Linthoudt D. Septic Sacro-Iliitis. *Med Hyg* 2002;60(2384):614-7.
- 12-Broadhurst Na, Bond Mj. Pain Provocation Tests For The Assessment Of Sacroiliac Joint Dysfunction. *J Spinal Disord.* 1998;11(4):341-5.
- 13- Dreyfuss P, Michaelsen M, Pauza K, Mclarty J, Bogduk N. The Value Of Medical History And Physical Examination In Diagnosing Sacroiliac Joint Pain.
- 14-Simon L, Blotman F, Claustre J, Herisson C. La Spondylarthrite Ankylosante. Masson, Paris, 1989.
- 15-Ntsiba H, Bazebissa R. Quatre Premiers Cas Congolais De Pelvispondylite Rhumatismale. *Bull Soc Pathol Exot* 2003;96(1):21-3.