

## CAUSES DES ATTEINTES SACRO-ILIAQUES A COTONOU : A PROPOS DE 22 CAS. SACROILIAC PATHOLOGY ETIOLOGY AT COTONOU. COSOMING 22 CAS

ZOMALHETO Z, AVIMADJÈ M, GOUNONGBÈ M, DOSSOU-YOVO H.

Service de rhumatologie du CNHU de Cotonou (Bénin)

**Correspondant** : Zavier ZOMALHETO

Professeur assistant de rhumatologie  
Faculté des sciences de la Santé de Cotonou (Bénin).  
BP: 2139 Abomey-calavi. [zozahe@yahoo.fr](mailto:zozahe@yahoo.fr)

---

### RESUME

**Objectif** : Déterminer les caractéristiques étiologiques des atteintes sacro-iliaques dans le service de rhumatologie du CNHU-HKM de Cotonou

**Patients et Méthode** : Etude rétrospective à visée descriptive portant sur des dossiers médicaux de patients vus dans l'unité de rhumatologie du CNHU de Cotonou pour des pygalgies en rapport avec une atteinte sacro-iliaque entre janvier 2007 et juin 2012. Nous avons déterminé et analysé les caractéristiques étiologiques des atteintes sacro-iliaques.

**Résultats** : Sur 3227 patients consultés dans la période, 22 (0,7%) présentaient une atteinte sacro-iliaque symptomatique. La sex-ratio était de 0,5. L'âge moyen des patients était 35,38±17,32 [13-65] ans. L'atteinte était unilatérale dans un tiers des cas. La durée moyenne d'évolution était de 634± 237 [180-2920] j. Les étiologies étaient dominées par les spondylarthropathies (8 cas), les infections à pyogènes (6 cas) et l'arthrose (2).

**Conclusion** : Les atteintes sacro-iliaques sont à craindre de par leur pronostic surtout fonctionnel.

**Mots-clés** : Sacroiliite, Infection, Spondylarthropathies, Bénin, Afrique.

### SUMMARY

**Aim**: To determine the etiological of sacroiliac joint disease in the rheumatology department of HKM-CNHU Cotonou

**Patients and methods**: Retrospective descriptive referred to on the medical records of patients seen in the rheumatology unit CNHU Cotonou for pygalgies in connection with a sacro-iliac between January 2007 and June 2012. We identified and analyzed the characteristics of the causative with sacroiliac.

**Results**: Of 3227 patients seen in the period, 22 (0.7%) had a sacro-iliac symptomatic. The sex ratio was 0.5. The average age of patients was 35.38 ± 17.32 [13-65] years. The achievement was unilateral in one third of cases. The mean disease duration was 634 ± 237 [180-2920] j. Etiologies were dominated by spondyloarthropathies (8 cases), pyogenic infections (6 cases) and osteoarthritis (2).

**Conclusion**: with sacroiliac are feared by their prognosis especially functional.

**Keywords**: Sacroiliitis, Spondyloarthritis, Infection, Benin, Africa.

### INTRODUCTION

L'articulation sacro-iliaque est une articulation profonde, siège habituel de pathologies diverses et variées mécaniques et inflammatoires. L'articulation sacro-iliaque constitue la localisation presque toujours la plus précoce et quasi-constante des atteintes débutantes de spondylarthrite ankylosante et une localisation très fréquente des autres spondylarthropathies. Ce territoire articulaire peut aussi être également le siège d'autres affections : rares atteintes infectieuses, lésions osseuses de contiguïté et surtout très fréquentes modifications par surcharge mécanique<sup>1,2</sup>. Les remaniements

des articulations sacro-iliaques sont en outre d'interprétation difficile en raison de leur anatomie complexe et variable. Pourtant, et alors qu'il s'agit de la plus grande et de la plus originale (diarthro-amphiarthrose) des articulations, l'anatomie de la SI est subtile et ses mouvements sont de faible amplitude, ce qui prive le commun des médecins de la perception de son jeu articulaire<sup>3</sup>. Aucun signe clinique, ni test clinique destiné à reproduire une douleur SI, ne peut être considéré comme fiable isolément. Même leur combinaison ne garantit pas un diagnostic de souffrance de la SI. Toutefois, la positivité des tests et les données de l'interrogatoire, associées

à la palpation minutieuse de la SI sur toute sa hauteur peuvent permettre de soupçonner une atteinte sacro-iliaque<sup>4</sup>. L'exploration de la SI en imagerie est également ingrate, car même les scanners ou IRM manquent de sensibilité et/ou de spécificité pour permettre la détection fiable et précoce des pathologies dégénératives ou inflammatoires de la SI<sup>5</sup>.

L'objectif de ce travail est de déterminer les caractéristiques étiologiques des atteintes SI chez les patients suivis dans le service de rhumatologie du Centre National Hospitalo-universitaire-Hubert Koutoukou Maga de Cotonou au Bénin.

## PATIENTS ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective, à visée descriptive portant sur les dossiers médicaux de patients suivis dans l'unité de rhumatologie du Centre National Hospitalo-Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou pour des pygalgies ou lombo-fessalgies en rapport avec une atteinte SI. Les dossiers des patients ont été colligés sur une période de 5 ans, de Janvier 2008 à septembre 2012. Les patients inclus dans l'étude devaient vérifier les critères suivants :

- avoir été suivi dans le service de rhumatologie du CNHU de Cotonou durant la période d'étude ;
- avoir présenté une symptomatologie clinique de fessalgies ou de lombo-fessalgies isolées ou associées à d'autres signes articulaires ou extra-articulaires ;
- avoir un cliché d'imagerie (radiographie standard de hanche ou scanner du bassin) objectivant des lésions d'atteinte sacro-iliaque en rapport avec la symptomatologie clinique.

Les patients présentant des clichés douteux ou insuffisamment explorés n'ont pas été inclus dans l'étude. Ainsi, un recensement exhaustif de tous les cas répondant aux critères d'inclusion a été réalisé. Les paramètres démographiques (âge, sexe), la durée d'évolution, le délai diagnostique, les diverses étiologies ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête.

## RESULTATS

### Caractéristiques socio-démographiques

Sur 3227 patients consultés dans la période, 22 (0,7%) présentaient une atteinte sacro-iliaque symptomatique. La sex-ratio était de 0,5 (8 Hommes et 14 femmes). L'âge moyen des patients était  $35,38 \pm 17,32$  [13-65] ans. L'indice moyen

de masse corporelle était de  $25,09 \pm 5,06$  [14,09-36,57] kg/m<sup>2</sup>.

### Caractéristiques cliniques et biologiques

L'atteinte était unilatérale dans un tiers des cas. La durée moyenne d'évolution était de  $634 \pm 237$  [180-2920] j. Un syndrome inflammatoire biologique était présent dans 53,7% des cas.

### Diagnostic étiologique

Les étiologies étaient dominées par les spondylarthropathies (8 cas), les infections à pyogènes (6 cas) et l'arthrose (2). Les diverses étiologies ont été résumés dans le tableau I.

Tableau I : Répartition des étiologies des atteintes sacroiliaques

Etiologies	n	%
Spondylarthropathies	11	50,1
Polyarthrite rhumatoïde	1	4,5
Infection à pyogènes	6	27,4
Infection tuberculeuse	1	4,5
Arthrose	2	9
Tumeur	1	4,5
Total	22	100

## DISCUSSION

Articulation peu mobile et vouée à l'arthrodèse spontanée, la SI joue un rôle d'équilibre des charges entre le rachis et l'os coxal. Munie de forts ligaments intrinsèques, renforcés par des ligaments extrinsèques à insertions parfois lointaines, elle peut exprimer sa souffrance sur un mode 'articulaire mais aussi par le biais d'enthésopathies en regard ou à distance de l'articulation. L'atteinte sacro-iliaque se manifeste cliniquement par des pygalgies ou des lombo-fessalgies accompagnées parfois d'irradiation pseudo sciatique<sup>6,7</sup>. La spécificité des signes cliniques réputés témoigner d'une pathologie de la SI a été revue à la baisse dans diverses revues de littérature récentes, qu'il s'agisse des manœuvres d'examen destinées à reproduire les douleurs étudiées isolément, ou de celles censées objectiver un blocage ou une malposition de la SI [<sup>8,9</sup>].

Les étiologies révélées par les atteintes SI sont diverses et variées. Elles sont dominées par les spondylarthropathies. L'articulation sacro-iliaque constitue la localisation presque toujours la plus précoce et quasi-constante des atteintes

débutantes de spondylarthropathies. Dans notre série la moitié des avaient des pygalgies inflammatoires avec atteintes périphériques et une sacroiliite à la radiographie du bassin orientant vers une spondylarthropathie. Les pygalgies dans ce cas, sont souvent bilatérales ou à bascule, traduisant une sacroiliite habituellement bilatérale, mais parfois à début unilatéral. La douleur reproduite par divers tests (Gaenslen, Patrick, Vollkman ou le signe de trépied)<sup>3,4</sup>. 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<sup>5</sup> (figure n°1).

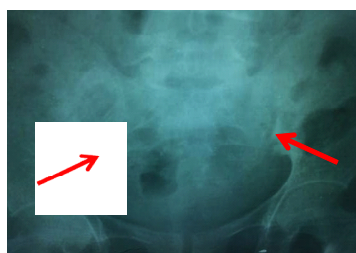


Fig 1:Rx du bassin montrant une Sacroiliite bilatérale stade III à gauche et stade IV à droite chez une patiente hémodialysée avec une SPA

L'imagerie par résonance magnétique vient bouleverser le diagnostic de la sacroiliite au cours des spondylarthropathies. Les séquences STIR permettent 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. L'anomalie élémentaire est une infiltration œdémateuse et hypervasculaire. L'infiltration inflammatoire de la moelle apparaît donc en hyposignal en pondération T1 et en hypersignal relatif en pondération T2 (surtout avec saturation de la graisse), et en *Short Time Inversion Recovery* (STIR)<sup>10,11,12</sup>.

La fréquence des arthroses SI focales a été estimée à 1% des patients consultant dans un service de rhumatologie pour des lombo-fessalgies inexplicées. La sex ratio est mal définie, il s'agit en général des sujets de la quarantaine présentant une symptomatologie clinique très évocatrice d'une souffrance SI. Cette estimation de 1% recoupe celles d'études plus anciennes, lesquelles avaient aussi conclu au caractère plus souvent symptomatiques de ces arthroses focales de la SI, par rapport aux arthroses plus diffuses, et à leur caractère presque toujours unilatéral. La

prédominance de la condensation au milieu de la SI sur les clichés de bassin de face et à sa partie antérieure sur les clichés de scanner sont de bons arguments pour une étiologie mécanique<sup>13</sup>. Une autre particularité des arthroses SI tient en la 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<sup>14</sup>. Les ostéophytes et le vide articulaire restent les manifestations les plus typiques de l'arthrose des sacro-iliaques (figure n°2). Toutefois, la très grande fréquence des anomalies dégénératives de la SI sur les clichés de patients totalement asymptomatiques doit inciter à ne pas l'incriminer dans la pathogénie de lombalgies ou radiculalgies sur des signes cliniques ou radiologiques trop discrets ; ceci explique la très grande variabilité quant à la fréquence de l'arthrose sacro-iliaque (10 à 78% des adultes)<sup>15</sup>.



Fig 2: RX du bassin d'une patiente de 40 ans se plaignant d'une lombo-pygalgie gauche chronique en rapport avec une arthrose sacroiliaque

Les sacroiliites infectieuses représentent 1 à 4% des infections ostéoarticulaires et surviennent préférentiellement chez l'enfant et l'adulte jeune. Le tableau clinique associe une douleur inflammatoire de la sacro-iliaque, une fièvre et une boiterie. Le diagnostic repose avant tout sur l'imagerie par résonance magnétique et la ponction de l'articulation de réalisation difficile. Les germes les plus incriminés sont le staphylocoque doré, le streptocoque, les bacilles gram négatifs et le bacille de Kock<sup>2</sup>. Parmi nos 6 patients traités comme sacroiliite infectieuse, 2 patientes présentaient une sacroiliite du post-partum à streptocoque du groupe B isolé à l'hémoculture dans un cas et à *Escherichia Coli* isolé dans le prélèvement vaginal dans l'autre cas. L'évolution a été très favorable sous double antibiothérapie.

Les autres causes d'atteinte sacro-iliaque sont rares. La tumeur, L'atteinte des sacro-iliaques au cours de la PR, du lupus, de la sarcoïdose et la maladie de Behçet, indépendamment d'une

spondylarthrite ankylosante est rapportée dans la littérature. Elle survient au cours de l'évolution de ces maladies et peut rarement les révéler<sup>2</sup>.

## CONCLUSION

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. Le long délai diagnostique observé chez certains patients témoigne bien des difficultés diagnostiques précoces dans notre pays où l'IRM n'est pas encore présente.

## REFERENCES

- 1- Thévenin F, Drapé JL. Les principaux diagnostics différentiels des sacro-iliites en imagerie. *Rev Rhum* 2009 ; 76:767-73.
- 2- Pertuiset E. Les autres causes de sacroiliites autres que les spondylarthropathies. *Rev Rhum* 2009;76:761-6.
- 3- Berthelot JM. Sacro-iliaque : «stricto sensu» ou «lato sensu»? *Rhum* 2009;76:725-6.
- 4- Berthelot JM, Labat JJ, Le Goff B, et al. Provocative sacroiliac maneuvers and sacro-iliac joint block are unreliable for diagnosing sacroiliac joint pain. *Joint Bone Spine* 2006;73:17-23.
- 4- Malghem J, Vande Berg B, Lecouvet F, Simoni P, Maldague B. Principes d'interprétation de l'imagerie des articulations sacro-iliaques. *Rhum* 2009;76:725-6.
- 5- Fortin JD, Dwyer AP, West S, et al. Sacroiliac joint: pain referral maps upon applying a new injection/arthrography technique. Part I: asymptomatic volunteers. *Spine* 1994;19:1475-82.
- 6- Schwarzer AC, Aprill CN, Bogduk N. The sacroiliac joint in chronic low back pain. *Spine* 1995;20:31-7.
- 7- Lavignolle B, Vital JM, Senegas J, et al. An approach to the functional anatomy of the sacroiliac joint. *Surg Radiol Anat* 1983;5:169-76.
- 8- Robert R, Salaud C, Hamel O, Hamel A, Philippeau JM. Anatomie des douleurs de l'articulation sacro-iliaque. *Rhum* 2009;76:727-33.
- 9- Hermann KG, Landewé RB, Braun J and al. Magnetic resonance imaging of inflammatory lesions in the spine in ankylosing spondylitis clinical trials: is paramagnetic contrast medium necessary? *J Rheumatol* 2005; 32: 2056-60.
- 10- Baraliakos X, Braun J. L'imagerie par résonance magnétique dans les spondylarthropathies. *Rev Rhum* 2006;73:1-3.
- 11- Bigot JL, Loeuille D, Chary-Valckenaere I, et al. Détermination des meilleurs critères diagnostiques des sacroiliites en IRM. *J Radiol* 1999;80:1649-57.
- 12- Berthelot JM, Le Goff B, Maugars Y. Arthroses sacro-iliaques et syndrome de Bertolotti. *Rhum* 2009 ; 76 : 774-81.
- 13- Fafila 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.
- 14- Jajic I, Jajic Z. The prevalence of osteoarthritis of the sacroiliac joints in a urban population. *Clin Rheumatol* 1987;6:39-41.