

VAGINODYNIE SECONDAIRE REVELATRICE D'UNE SYMPHYSITE PUBIENNE TUBERCULEUSE
GOUNONGBE M¹, ZOMALHETO Z¹, AVIMADJE M¹, SOSSOU R², DOSSOU-YOVO H¹

¹ Service de rhumatologie du Centre National Hospitalo-Universitaire de Cotonou (Bénin). 01 BP 386 Cotonou. Fax :00 229 21 30 16 63

² Unité d'imagerie médicale à la Faculté des Sciences de Santé de Cotonou (Bénin)

Correspondant : Zavier ZOMALHETO professeur assistant de rhumatologie à la Faculté des sciences de la Santé de Cotonou (Bénin). BP: 2139 Abomey-calavi. Tel: 00 229 95 01 77 79. Email : zozaher@yahoo.fr

RESUME

La symphysite tuberculeuse est rare et très peu décrite dans la littérature, sa symptomatologie habituelle est marquée par des pubalgies parfois invalidantes.

Nous rapportons un cas exceptionnel de symphysite pubienne tuberculeuse révélée par une vaginodynie.

Mots-clés : vaginodynie, symphysite pubienne, tuberculose, Bénin

SUMMARY

The symphysite tuberculosis is rare and very rarely described in the literature; the symptomatology is usually characterized by pubic pain.

We report an exceptional case of tuberculous of symphysite pubic revealed by vaginal pain.

Key-words: vaginal pain, pubic symphysite, tuberculosis, Benin

INTRODUCTION

L'ostéoarthrite pubienne n'est pas fréquente et connaît plusieurs causes (infectieuse ou rhumatismale). L'étiologie septique est le plus souvent une affection hémotogène rare compliquant une bactériémie avec greffe septique sur un os remanié. Rarement, il s'agit d'une infection de contiguïté. Les circonstances favorisant sont les complications d'interventions, essentiellement urologiques et gynécologiques, les greffes septiques d'origine hémotogène sur pubis sain (toxicomanie intraveineuse) ou sur pubis remanié, notamment chez les sportifs (microtraumatismes) ou encore dans le post-partum [1,2].

L'étiologie tuberculeuse est très rare. Seuls quelques cas ont été rapportés dans la littérature [3-7]. Nous rapportons un cas exceptionnel d'ostéoarthrite tuberculeuse de la symphyse pubienne révélée de façon atypique par des douleurs vaginales.

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente de 63 ans sans antécédents particuliers, ménopausée depuis 8 ans référée par les gynécologues en août 2009 pour des douleurs vaginales irradiant dans la région inguinale gauche évoluant depuis 3 mois avant l'admission, très intense (EVA à 9/10) apparaissant à la marche et bien calmée

par le repos. La douleur est à type de brûlure et d'échauffement vaginal insoutenable à la marche prenant siège au niveau du vagin et irradiant vers la région inguinale gauche. Les investigations gynécologiques étaient normales. Devant la persistance de la symptomatologie occasionnant une boiterie, un avis rhumatologique a été demandé. La patiente décrivait par ailleurs une fébricule vespérale, des sueurs nocturnes, une anorexie, une perte de poids d'environ 5 kilogrammes en 3 mois et toux sèche sporadique. On ne notait pas de signes urinaires ni de leucorrhées.

L'examen physique retrouvait une patiente en bon état général, une température 37°7, un pouls 78 pulsation /mn, une tension artérielle à 120/66 mm Hg, un poids à 68 kilogrammes et une taille à 1,63 m. Les hanches étaient libres et indolores, la palpation de la région pubienne était douloureuse. Le toucher vaginal combiné à la palpation de la région pubienne reproduisait une vive douleur avec un cri. Le reste de l'examen gynécologique était normal ; le doigtier était propre. Le reste de l'examen physique était sans particularité.

La radiographie du bassin, mettait en évidence une symphysite pubienne avec des érosions des berges plus accentuées sur la branche ischio-pubienne gauche (fig 1). La radiographie thoracique était normale.

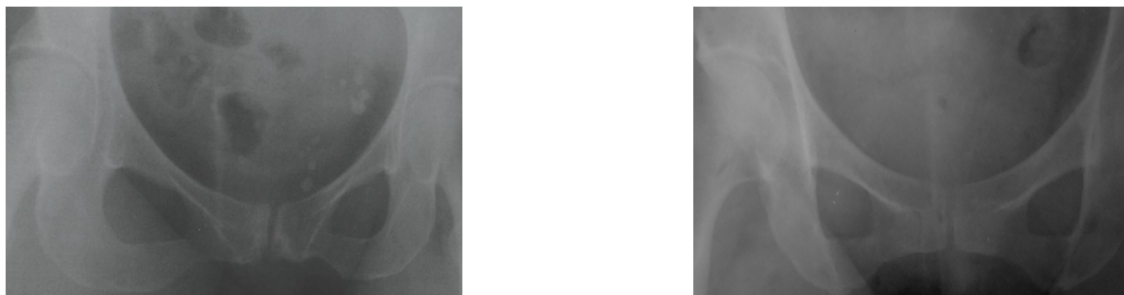


Figure 1 : Radiographies du bassin (révélant des lésions de symphysite pubienne à gauche et après traitement à droite)

La biologie mettait en évidence, une lymphocytose modérée à $4900/\text{mm}^3$, une vitesse de sédimentation à 68mm à la première heure, une C-Réactive Protéine à 6mg/l, une intradermoréaction à la tuberculine positive à 18mm. L'examen cyto bactériologique des urines et le prélèvement vaginal étaient stériles. La recherche de BAAR dans les crachats était négative. La biopsie osseuse n'a pas pu être réalisée.

Le diagnostic probable de symphysite pubienne tuberculeuse a été retenu avec une initiation du traitement antituberculeux (Ethambutol, Pyrazinamide, Isoniazide, Rifampicine pendant 2 mois suivis de l'association rifampicine et isoniazide pendant 4 mois) et d'un traitement symptomatique à base du paracétamol à 3g/ jour en cas de douleur.

L'évolution a été marquée par une régression de la symptomatologie douloureuse au bout de trois semaines et une reprise de l'activité sexuelle sans dyspareunie et une normalisation du bilan biologique au bout de 6 semaines jusqu'à la fin du traitement antituberculeux qui a duré 6 mois. Revue en contrôle clinique à 2 ans de la fin de son traitement, l'évolution est toujours satisfaisante sans signe de rechute clinique ni biologique.

DISCUSSION

La symphysite pubienne septique, même si elle est rare, est une entité assez bien connue et déjà rapportée de nombreuses fois dans la littérature. Les bactéries les plus fréquemment identifiées sont : *S. aureus*, *P. aeruginosa* [24], flore polymicrobienne, *Escherichia coli*, *Enterococcus sp.* et *Mycobacterium tuberculosis* [1,2, 8]. *S. aureus* est particulièrement rencontré chez le sportif, et *Pseudomonas aeruginosa* chez le toxicomane.

La présentation clinique dans le cas de notre patiente fait toute la particularité de l'observation. En effet, le tableau clinique habituel se traduit par des douleurs pubiennes brutales ou progressives s'accompagnant d'une boiterie et d'une fièvre [2]. La douleur siège dans la région pubienne ou inguinale.

Les irradiations sont variables (face interne de la cuisse, région périnéale, région hypogastrique). Certaines irradiations trompeuses peuvent égarer le diagnostic, avec un délai qui peut atteindre près d'un mois ; c'est le cas de notre patiente qui présentait plutôt des brûlures et des échauffements vaginaux ayant fait errer le diagnostic.

La douleur s'aggrave habituellement à la marche probablement liées à la souffrance des muscles adducteurs. L'examen clinique retrouve une douleur à la pression sur la symphyse parfois à l'adduction active et abduction passive [2]. Les touchers pelviens objectivent souvent une douleur au palpé de la face profonde de la symphyse pubienne.

Les examens biologiques mettent en évidence dans la majorité des cas un syndrome inflammatoire avec augmentation de la VS et de la CRP [9]. Notre patiente présentait également un syndrome biologique inflammatoire mais modéré probablement lié à l'évolution chronique de sa symptomatologie.

Les modifications de l'imagerie apparaissent avec un délai de 2 à quatre semaines pour les radiographies standard [2] avec des images inconstantes. Dans l'étude de Ross, 68 % seulement des radiographies initiales du bassin étaient anormales, révélant une irrégularité des berges, un élargissement de la symphyse et/ou des images de destruction osseuse [2]. Les lésions radiologiques de symphysite ont été observées après un délai de trois mois dans le cas de notre patiente.

La scintigraphie osseuse au technétium, ou au gallium, permet un diagnostic plus précoce [10]. L'examen tomодensitométrique moins sensible que la scintigraphie, permet de faire le bilan des lésions, d'identifier un séquestre ou un abcès et de guider un prélèvement [2,10]. L'IRM est particulièrement utile pour détecter de manière précoce l'œdème et l'inflammation de l'os et des muscles, un épanchement intra-articulaire ou un abcès, qui peut aussi être identifié par l'échographie [9].

La scintigraphie et l'IRM n'étant pas disponible dans notre pays, ces examens n'ont pas été réalisés. Par ailleurs, le manque de moyen financier de la patiente ne nous a pas permis d'avoir une image scannographique. Toutefois les images radiologiques étaient patentes

Le diagnostic se fait sur la base des arguments de présomption (évolution chronique, signes d'imprégnation tuberculeuse, l'intradermoréaction phlycténulaire ou fortement positive,

isolement du bacille de Koch à l'examen des crachats ou au tubage gastrique) mais surtout sur l'identification du bacille de Koch à la ponction biopsie de la symphyse pubienne au trocart ou au geste chirurgical [2, 3,4]. Dans la série de Ross [2], cinq cas de Mycobacterium tuberculosis ont été identifiés. L'absence de plateau technique adéquat ne nous avait pas permis de pratiquer une ponction biopsie dans le cas de notre patiente; ce qui nous aurait apporté un diagnostic de certitude.

En dehors du traitement antituberculeux et du traitement symptomatique, la mise en décharge des membres inférieurs est souvent proposée.

Le curetage chirurgical peut être nécessaire en cas d'échec du traitement médical, mais aussi en cas de séquestre, de corps étranger intra-osseux [9] L'évolution étant favorable sous traitement médical chez notre patiente nous n'avons pas eu recours au traitement chirurgical.

CONCLUSION

Une atteinte de la symphyse pubienne est suspectée en présence de douleurs fébriles de la région pelvienne avec boiterie irradiant parfois vers les membres inférieurs. L'origine tuberculeuse est retenue devant les arguments cliniques et la preuve bactériologique par ponction-biopsie et examen anatomopathologique. L'originalité de notre cas réside d'une part dans le mode de début assez inhabituel et exceptionnel ayant entraîné des erreurs d'orientation et d'autre part sur la rareté de la symphysite pubienne d'origine tuberculeuse qui demeure une pathologie rare malgré les quelques cas rapportés dans la littérature.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Cheer K, Pearce S. Osteoarticular infection of the symphysis pubis and sacroiliac joints in active young sportsmen. *BMJ* 2009; 339:362-4.
- 2- Ross JJ, Hu LT. Septic arthritis of the pubic symphysis: review of 100 cases. *Medicine (Baltimore)* 2003; 82:340-5.
- 3- Bali K, Kumar V, Patel S, Mootha AK. Tuberculosis of symphysis pubis in a 17 year old male: a rare case presentation and review of literature. *J Orthop Surg Res* 2010; 27: 5:63-7.
- 4- Rozadilla A, Nolla JM, Rodriguez J, Del Blanco J, Roig Escofet D. Tuberculosis of the pubis symphysis. *J Rheumatol.* 1991; 18(8):1271-2.
- 5- Balsarkar DJ, Joshi MA. Tuberculosis of pubic symphysis presenting with hypogastric mass. *J Postgrad Med.* 2001; 47(1):54-5.
- 6- Bayrakci K, Daglar B, Tasbas BA, Agar M, Gunel U. Tuberculosis osteomyelitis of symphysis pubis. *Orthopedics.* 2006; 29(10):948-50.
- 7- Benbouazza K, Allali F, Bezza A, El Hassani S, Lazrak N, El Magraoui A, Hajjaj-Hassouni N. Ostéoarthrite pubienne tuberculeuse. A propos de deux observations. *Rev Chir Orthop* 1997;83(7):670-2.
- 8- Brunot S, Delmeule T, Laumonier H, Petit H, Dubeau S, Bouin H. Septicémie à staphylocoque aureus (SAMS) révélant une pubo-discite septique chez un jeune footballeur professionnel de 17 ans. *Journal de traumatologie du sport* 2011; 28 : 243-6.
- 9- Vinceneux P, Rist S, Bosquet A. Arthrites septiques des sacro-iliaques et de la symphyse pubienne. *Rev Rhum* 2006; 73: 177-82.
- 10- Sève P, Boibieux A, Pariset C, Clouet PL, Bouhour D, Tigaud S, Biron F, Chidiac C, Peyramond D. Les ostéomyélites du pubis de l'athlète. *Rev Med Int* 2001; 22: 576-81.