



SACROILIITE DU POST-PARTUM, UNE PATHOLOGIE MECONNUE PAR LES GYNECOLOGUES : A PROPOS DE 2 CAS ET REVUE DE LITTÉRATURE ZOMALHETO Z¹, YEKPE AHOANSOU PATRICIA², DOSSOU-YOVO H¹, AVIMADJE M¹,

¹ Service de rhumatologie du centre national hospital-universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou

² Service d'imagerie médicale du centre national hospitalo-universitaire Hubert-Koutou Maga de Cotonou

Auteur correspondant : Zavier ZOMALHETO professeur assistant de rhumatologie à la Faculté des sciences de la Santé de Cotonou (Bénin). BP: 2139 Abomey-Calavi. Tel : 00229 95 01 77 79. Email : zozaher@yahoo.fr

RESUME

L'articulation sacroiliaque peut être le siège de diverses pathologies. L'atteinte infectieuse du post partum mérite d'être mieux connue malgré les difficultés diagnostiques et d'exploration.

Nous rapportons deux cas de sacroiliite à pyogènes du post-partum l'un à Escherichia Coli et l'autre à streptocoque du groupe B.

Mots-clés : sacroiliite, post partum, infection, pygalgies

SUMMARY

The sacroiliac joint may be the site of various pathologies. Achieving infection is quite common and can occur in the postpartum period.

We report two cases of pyogenic postpartum sacroiliitis.

Key-words: sacroiliitis, post-partum, infection,

INTRODUCTION

La sacroiliite à pyogènes n'est pas rare dans le post-partum. Divers cas ont été rapportés dans la littérature surtout dans les pays occidentaux et en Asie [1, 2,3]. Le streptocoque est le germe le plus souvent en cause [3]. Le diagnostic précoce de la sacroiliite est souvent difficile car les symptômes ne sont pas spécifiques spécialement lors de la grossesse et surtout dans le post partum [1].

Nous rapportons 2 cas de sacroiliites à pyogènes du post partum ayant été source d'errance diagnostique par des praticiens.

OBSERVATION N°1

Patiente de 39 ans, ménagère, référée des urgences le 23 avril 2011 pour des pygalgies droites hyperalgiques et invalidantes. Le début remonte à 2 mois avant l'admission par l'apparition de pygalgies d'installation brutale d'horaires inflammatoires, trois jours après un accouchement eutocique. Les douleurs étaient accompagnées de boiterie, de fièvre à 39°C et d'une impotence fonctionnelle empêchant toute mise en charge en position assise ou debout et obligeant la patiente à rester confiner au lit en décubitus latéral gauche. Elle a

été traitée par du tramadol, kétoprofène avec une immobilisation plâtrée pelvi-pédieux droit dans un centre de santé de la place sans aucune amélioration clinique. Devant l'aggravation de la symptomatologie avec une hyperalgie insupportable, une asthénie et un amaigrissement de 3 kilogrammes, elle fut référée aux urgences qui l'adressent dans le service de rhumatologie pour une meilleure prise en charge.

L'examen physique réalisé après l'ablation du matériel d'immobilisation objective : un état d'altération de l'état général avec une asthénie, une température à 38°C, le pouls à 116 batts par mn, le poids était à 87kgs, la TA à 115/79mmde Hg. La mise en charge en position assise et debout déclenchait de vive douleur en région fessière droite. La palpation de la fesse droite était douloureuse. Les manœuvres de Gaeslen, de Patrick et le signe de trépied réveillaient la douleur sacro-iliaque droite accompagnée d'un regard assassin. L'examen des autres articulations et des autres appareils était sans particularité. La radiographie du bassin mettait en évidence une sacroiliite stade II à droite (Figure1).

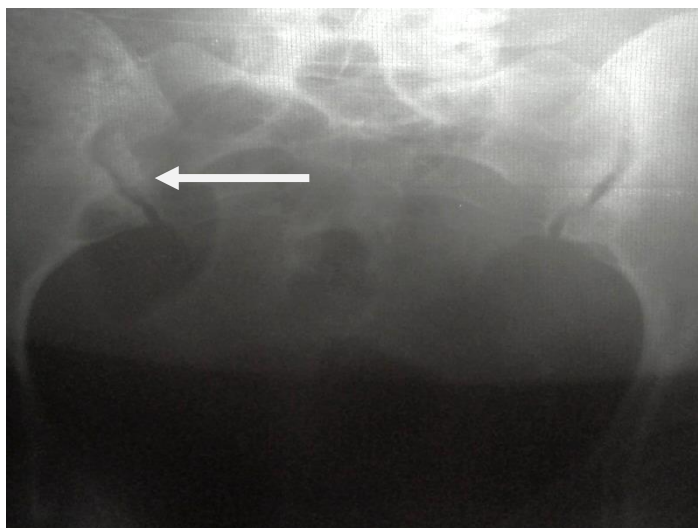


Figure 1: Rx du bassin montrant un aspect de sacroiliite stade II à droite (pincement et condensation des berges)

A la biologie, on notait une hyperleucocytose à 18000/mm³ à prédominance polynucléaire neutrophile (80%), une anémie normocytaire normochrome à 10,1 g/dl, une VS à 92mm à la première heure, une CRP à 96mg/l, une sérologie HIV négative.

Les examens bactériologiques mettaient en évidence *Eschérichia Coli* au prélèvement vaginal et à l'hémoculture. La bactériologie des urines était normale. Mise sous amoxicilline acide clavulanique 1g *2/j et ciprofloxacine injectable 400mg/j, l'évolution a été rapidement satisfaisante avec régression des signes généraux et apyrexie au bout de 72 heures.

La nette diminution des signes locaux au bout de 15 jours avec reprise progressive de la marche avec boiterie a permis un retour à domicile de la patiente avec un relais per os après 21 jours de traitement parentéral par ciprofloxacine 1g/j et amoxicilline acide clavulanique 1g *2/pendant 2mois.

Revue en contrôle clinique à trois mois, on ne notait plus de pygalgies, les signes d'atteintes sacro-iliaques étaient absents. L'hémogramme était normal, la vitesse de sédimentation à 15mm à la première heure, la CRP négative. Cette évolution est stable au contrôle clinique de 6mois et 1 an.

OBSERVATION N°2

Patiente de 32 ans, sans antécédent particulier, adressée dans le service de rhumatologie

le 10 mars 2012 pour des pygalgies droites. Le début remonte à trois semaines avant l'admission par l'apparition brutale au lendemain d'un accouchement eutocique, d'une pygalgie droite d'horaire inflammatoire, à type de brûlure, très intense avec un EVA à 09/10 et une irradiation pseudo sciatique à la face postérieure de la cuisse droite jusqu'au creux poplité. La symptomatologie n'est pas accompagnée de fièvre mais on notait une anorexie, un discret amaigrissement non chiffré.

La patiente a été traitée dans un centre de santé par des antalgiques et antiinflammatoire (ibuprofène puis d'indométacine) avec une immobilisation pelvi-pédieuse sans accalmie. Devant l'aggravation de la douleur en intensité, elle fut adressée en rhumatologie pour une meilleure prise en charge.

A l'examen après ablation du matériel d'immobilisation, elle présentait un état général satisfaisant, la température à 37°4, le pouls à 88 pulsation/mn, la TA à 110/68mmHg, le poids à 63kgs, la taille à 1,65 m, une douleur à la palpation de la région fessière droite et le signe de trépied réveillait la douleur sacro-iliaque droite.

L'examen des autres articulations et des autres appareils était sans particularité. La radiographie du bassin mettait en évidence un aspect flou de la sacro-iliaque droite (Figure 2).

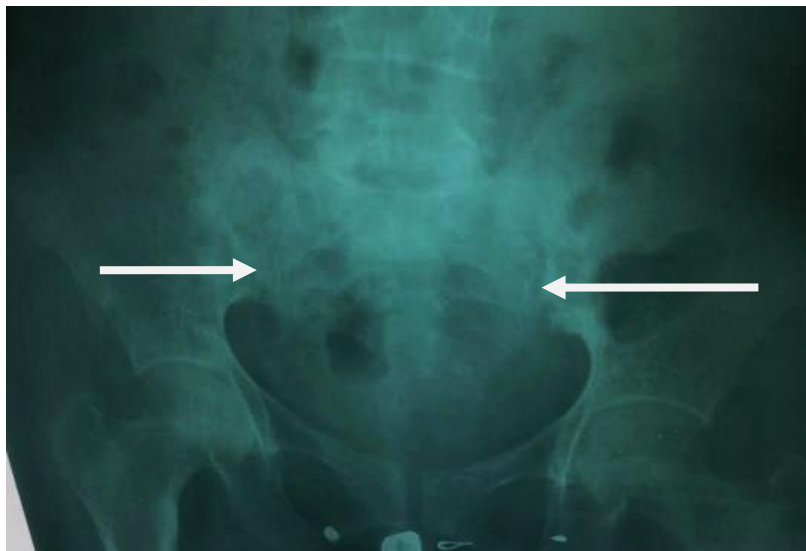


Figure 2: Radiographie du bassin montrant un aspect flou des sacro-iliaques

A la biologie, on notait une hyperleucocytose à 15500/mm³ à prédominance polynucléaire neutrophile (85%), une anémie normocytaire normochrome à 10,9 g/dl, une VS à 54mm à la première heure, une CRP à 48mg/l, une sérologie HIV négative.

Les examens bactériologiques mettaient en évidence streptococcus beta hémolytique à l'hémoculture. La bactériologie des urines et le prélèvement vaginal étaient stériles.

Mise sous ceftriaxone 1g deux fois par jour et ciprofloxacine injectable 400mg/j associé à du tramadol 150 mg/j, l'évolution a été satisfaisante avec regression progressive des signes généraux et locaux au bout d'une dizaine de jour. La patiente gardait cependant une boiterie et une douleur résiduelle à 30 % au bout de trois semaines de traitement parentérale. Son retour à domicile a été décidé sous ciprofloxacine 1g/j et cefpodoxime 200mg/j pendant 2mois. Revue en contrôle clinique à trois mois, l'évolution est satisfaisante avec une absence totale de signe clinique et une normalisation complète des paramètres biologiques d'inflammation. Cette évolution est stable au contrôle clinique de 6mois.

DISCUSSION

L'articulation sacro-iliaque, différente des autres articulations par son aspect et sa forme, apparaît bien singulière. Son siège profond la rend peu accessible à l'examen clinique et radiologique. Elle peut être le siège de nombreux processus pathologiques, surtout inflammatoires, plus rarement infectieux [4]. En post partum, l'infection sacro-iliaque débute de façon brutale dans les jours ou parfois les

semaines qui suivent l'accouchement souvent eutocique. La douleur est inflammatoire, d'emblée intense et empêchant toute mobilisation [1,2]. Parfois la symptomatologie douloureuse fessière s'accompagne d'une irradiation pseudo-sciatique et débute avant l'accouchement [2]. L'état général est souvent conservé. La fièvre est inconstante [9,10].

Chez nos deux patientes, l'état général était très peu altérée, la symptomatologie a débuté très tôt (première semaine après l'accouchement). La fièvre était présente dans un cas et absente dans l'autre. Son siège est parfois confondu à une sciatalgie tronquée [1] ou à une rachianesthésie [5].

L'examen physique est difficile du fait de la douleur. Les signes locaux d'inflammation sont absents du fait de la profondeur de l'articulation. Les manœuvres d'atteinte des sacroiliaques (le signe de Patrick, le signe du trépied, la manœuvre de Gaeslen), bien que difficile à réaliser dans ce contexte, réveillent la douleur [7,8]. Un facteur prédisposant est parfois retrouvé : transplanté, grossesse ou post-partum, infection par le VIH.

Au plan biologique, il existe un syndrome inflammatoire biologique avec une hyperleucocytose polynucléaire neutrophile le plus souvent, la vitesse de sédimentation est élevée, la CRP est positive comme dans le cas de nos de patientes.

La radiographie standard des sacroiliaques est d'interprétation difficile et le scanner est peu contributif à ce stade. Le diagnostic repose avant tout sur l'imagerie par résonance magnétique et la ponction de l'articulation de réa-

lisation difficile. [7, 11,12]. Le germe le plus incriminé est le streptocoque du groupe B [13].

Au plan thérapeutique, une double antibiothérapie pour une durée d'au moins 6 semaines en débutant par voie parentérale [13].

Le choix de l'antibiotique est guidé par l'antibiogramme lorsqu'un germe est identifié. Les betalactamines sont le plus souvent utilisées parfois les quinolones peuvent [6,13]

CONCLUSION.

La sacroiliite à pyogènes doit être envisagée chez les patients qui présentent dans le post partum des pygalgies fébriles. La prise en charge médicale est habituellement curative, basée l'antibiothérapie dominée par les betalamines et les quinolones pendant une période d'au moins 6 semaines.

La particularité de nos deux cas cliniques réside dans le fait qu'il s'agit des premiers cas décrits dans notre pays et dans la sous-région.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Liu XQ, Li FC, Wang JW, Wang S. Postpartum septic sacroiliitis misdiagnosed as sciatic neuropathy. *Am J Med Sci.* 2010; 339(3):292-5.
- 2- Almoujahed MO, Khatib R, Baran J. Pregnancy-associated pyogenic sacroiliitis: case report and review. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2003;11(1):53-7.
- 3- Feldmann JL, Menkès CJ, Weill B, Delrieu F, Delbarre F. Infectious sacroiliitis. Multicenter study of 214 cases. *Rev Rhum Mal Osteoartic.* 1981;48(1):83-91.
- 4- Bouajina E, Harzallah L, Hachfi W, Bel Hadj Slama K, Rammeh N, Ghannouchi M, Bahri M, Letaief A. Sacro-iliites tuberculeuses : à propos de 22 cas .*Rev Med Int* 2005 ;26 : 690-4.
- 5- Mulvey JM. Postpartum septic sacroiliitis coincident with labour epidural analgesia. *Anaesth Intensive Care.* 2008 Nov;36(6):875-8.
- 6- Vyskocil JJ, McIlroy MA, Brennan TA, Wilson FM. Pyogenic infection of the sacroiliac joint. Case reports and review of the literature *Medicine (Baltimore).* 1991 May; 70(3):188-97.
- 7- Doita M, Yoshiya S, Nabeshima Y, Tanase Y, Nishida K, Miyamoto H, Watanabe Y, Kurosaka M. Acute pyogenic sacroiliitis without predisposing conditions. *Spine* 2003; 28:384-9.
- 8- Berthelot JM, Labat JJ, Le Goff B, Gouin F, Maugars Y. Provocative sacro-iliac maneuvers and sacro-iliac joint block are unreliable for diagnosing sacroiliac joint pain. *Joint Bone Spine* 2006; 73:17-23.
- 9- Tisserant R, Loeuille D, Péré P, Gaucher A, Pourel J, Blum A. Septic sacroiliitis during the postpartal period. Diagnostic contribution of magnetic resonance imaging. *Rev Rhum Engl Ed.*1999 Oct;66(10):512-515.
- 10- Linnet KM, Gammelgaard L, Johansen M, Krarup N, Rasmussen KL. Bilateral pyogenic sacroiliitis following uncomplicated pregnancy and labor. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1996 Nov;75(10):950-951.
- 11- Abbott GT, Carty H. Pyogenic sacroiliitis, the missed diagnosis? *Br J Radiol.* 1993 Feb;66(782):120-2.
- 12- Klein MA, Winalski CS, Wax MR, Piwnica-Worms DR. MR imaging of septic sacroiliitis. *J Comput Assist Tomogr.* 1991 Jan-Feb;15(1):126-32.
- 13- Raman R, Dinopoulos H, Giannoudis PV. Management of pyogenic sacroiliitis: an update. *Curr Orthop* 2004;18:321-5.