

**OSTEITES ET OSTEO – ARTHRITES
NON-SPECIFIQUES DU BASSIN.**

(à propos de 3 cas)

**OSTEITES AND NON-SPECIFIC
OSTEO-ARTHRITES OF THE PELVIS.**

(about 3 cases)

التهابات العظم والتهابات المفصل العظمية الغير النوعية للحوض
(بصد 3 حالات)

H.BENTALEB, O.LAMRANI, A.ELBARDOUNI, S. BELLARBI, M.MAHFOUD, MS.BERRADA, M. OUDGHIRI, M.HERMAS,
S.WAHBI, N.WAZZANI, M.ELYACUBI, M. ELMANOUAR.

ملخص : تعتبر التهابات العظم والتهابات المفصل العظمية للحوض إصابات نادرة وهي الخمج التي يمكن أن تكون ثانوية لجرثومة عادية أو لعامل نوعي وخصوصا عامل داء السل. ويدور عملنا حول الخمج الغير النوعية. وهذا التلوث، غالبا عن طريق الدم، نتيجة انتشار الجرثومة انطلاقا من مصدر الخمج المحلي، وتارة بعد التدخل الجراحي على الحوض. ونقدم تقرير حول ثلاث حالات من التهاب المفصل العظمي للحوض، وقد سجلنا الخصائص العيادية، البيولوجية، الجرثومية والراديو إشعاعية لهذه الإصابات. ويتم علاج هذه الإصابات بواسطة مضادات حيوية، بحسب العامل الممرض الموجود. وتستعمل الجراحة من أجل تصريف مجموعة، أو قيام باجتثاث شفق عظمي، وفي الحالات لا يمكن للعلاج الطبي وحده من إعطاء نتائج.

الكلمات الأساسية : الحوض التهابات العظم المفصل العظمية الغير النوعية.

Résumé : Les ostéites et ostéoarthrites du bassin sont des affections rares. Ce sont des infections qui peuvent être dues à un germe banal ou à un agent spécifique notamment l'agent de la tuberculose. Notre travail porte sur les infections non spécifiques. La contamination est souvent hématogène suite à une dissémination de germe à partir d'un foyer d'infection loco-régional, parfois après une intervention chirurgicale portant sur le bassin. Nous rapportons trois cas d'ostéites et d'ostéo-arthrites du bassin, en étudiant les caractères cliniques, biologiques, bactériologiques et radiologiques de ces affections. Ces affections peuvent être traitées à leur début par les seuls antibiotiques adaptés à l'agent pathogène retrouvé. La chirurgie est indiquée pour drainer une collection, faire l'ablation d'un séquestre osseux et mettre à plat un foyer torpide et pernicieux. Dans ces cas le traitement médical seul ne peut donner des résultats.

Mots-clés : Ostéoarthrites non spécifiques, ostéites bassin.

Abstract : Osteites and osteoarthritis of the pelvis are rare diseases. These are infections that can be secondary to a commonplace germ, or to a specific agent, especially that of tuberculosis. Our work deals with non-specific infections. Contaminations is often hematogenous owing to a dissemination often germ from germ from the source of loco-regional infection, sometimes after a surgical intervention on the pelvis. We report three cases of osteites and osteoarthritis of the pelvis. We have found clinical, biological, bacteriological and radiological characteristics of these diseases. Antibiotics treat the later in term of the found pathogen agent. Surgery is mentioned to the drain a collection or to make an ablation of osseous sequestrum. In these cases, medical treatment alone can't give results.

Key-words : non-specific osteoarthritis, osteites, pelvis.

INTRODUCTION

Les ostéites et les ostéoarthrites non spécifiques du bassin sont des affections très rares [1-7]. Les ostéites du bassin comprennent les ostéites du pubis, les ostéites de l'ischion et les ostéites de l'ilion. Quant aux ostéoarthrites du bassin, elles englobent celles de la symphyse pubienne et celles des articulations sacro-iliaques.

Les premières descriptions sont très anciennes et remontent à *Elliotson* qui en 1827 avait décrit un abcès prévésical (7). Des descriptions plus précises ont été faites plus tard. En 1923 *Legueu* et *Rochet* ont décrit des arthrites pubiennes et des ostéites chez des patients âgés urinaires infectés et opérés à plusieurs reprises (7).

Le cadre nosologique de ces affections a été établi grâce aux travaux de plusieurs auteurs tels *Lavalle* et *Hamm de Gilbert*, *Saporta* et coll. *Cabanel* et coll. (3,4,6,7).

Nous rapportons deux cas d'ostéoarthrites et un cas d'ostéite du bassin, traités dans notre service.

MATERIEL D'ETUDE

OBSERVATION n°1

Il s'agissait d'une femme de 76 ans, sans notion de contag tuberculeux, qui présentait depuis plusieurs années des infections urinaires à répétition maltraitées. Cette patiente accusait depuis 7 mois un syndrome fébrile avec des douleurs de la région pubienne. Elle a présenté 3 mois avant son admission, une impotence fonctionnelle partielle en rapport avec la douleur, le tout évoluant dans un contexte d'altération de l'état général. Une tuméfaction sus-pubienne est apparue depuis 2 mois avec des épisodes de rétention d'urine. Ce n'est qu'à l'apparition d'une fistule donnant un pus franc jaune citrin que la patiente consultât. L'examen trouvait une patiente en mauvais état général, sub-fébrile ayant une démarche de canard. La palpation objectivait une masse sus-pubienne fluctuante légèrement douloureuse avec une fistule au niveau de la grande lèvre droite. Les hanches étaient libres. La radiographie du bassin montrait un élargissement de la symphyse pubienne avec irrégularités et érosions importantes des deux pubis. La TDM montrait en plus un séquestre, sans anomalies des articulations sacro-iliaques et coxo-fémorales. La radiographie des poumons était normale. Les examens biologiques révélaient une vitesse de sédimentation élevée à 120 mm la 1^{re} heure, une hyperleucocytose à polynucléaires et une intra-dermo-réaction à la tuberculine négative. L'examen cyto-bactériologique des urines était négatif à plusieurs reprises. Les recherches de bacille de Koch (BK) dans les urines, crachats et tubage gastrique étaient négatives. L'examen du pus de la fistule n'était pas concluant.

Un geste chirurgical fut décidé sur ces éléments. Un

abord par incision Pfannenstiel avait permis un drainage de l'abcès, l'exploration de la symphyse montrait une destruction importante avec un gros séquestre. Celui-ci fut enlevé et un lavage abondant était alors fait.

L'examen anatomo-pathologique ne révélait pas de lésion spécifique. L'examen bactériologique avait isolé un *proteus* hanserie.

OBSERVATION n°2

Un jeune patient de 32 ans, sans antécédents pathologiques notables, présentait depuis plusieurs mois des douleurs lombaires basses et de la région sacrée gauche évoluant dans un contexte fébrile. Après une automédication (antibiotiques), la symptomatologie s'est atténuée sans disparaître complètement. Un mois après l'arrêt des antibiotiques le patient a présenté une reprise de l'intensité de la douleur avec tuméfaction inflammatoire de la région sacro-iliaque gauche. Celle-ci finit par se fistuliser plus tard donnant un pus franc.

Le patient a consulté à cette phase. L'examen trouvait un patient en bon état général, fébrile à 38,5°, sans trouble de la marche. Les manœuvres de fermeture et d'ouverture du bassin étaient douloureuses et la fistule donnait des sérosités. La radiographie du bassin montrait un aspect flou de la sacro-iliaque gauche avec lyse osseuse importante et remaniement (fig.1). La radiographie du poumon ne montrait rien de particulier. Le bilan biologique montrait une hyperleucocytose, une vitesse de sédimentation à 30 mm la 1^{re} heure, une intra-dermo-réaction négative et une recherche de BK négative.

Fig.1



Radiographie du bassin : arthrite sacro-iliaque.

Une biopsie chirurgicale était décidée. Le résultat anatomo-pathologique ne montrait pas de lésion spécifique. Par contre l'examen bactériologique révélait un *staphylocoque doré*.

OBSERVATION n°3

Un homme de 24 ans sans antécédent notable avait présenté il y a 4 ans, un épisode fébrile avec douleur de l'aile iliaque gauche, épisode qui a cédé sous traitement médical (non précisé) sans disparaître complètement. Il a présenté un épisode similaire d'intensité plus importante après 3 mois d'accalmie. Le patient rapportait l'apparition d'une tuméfaction de la région fessière haute apparue un mois avant son hospitalisation. Il a consulté ailleurs et a été mis sous antibiotique pour abcès fessier.

L'évolution fut marquée par l'apparition d'une fistule donnant du pus franc. L'examen trouvait un patient en bon état général, les hanches étaient libres et une fistule en regard de la crête iliaque donnait un pus jaunâtre. La radiographie du bassin montrait un remaniement de l'aile iliaque gauche. La fistulographie objectivait un trajet fistuleux se terminant au niveau de l'aile iliaque. L'examen bactériologique du pus identifiait un staphylocoque doré. L'intradermo-réaction est négative, la recherche de BK est négative.

Le patient a été opéré pour une mise à plat du trajet fistuleux et drainage de la collection, puis un curetage de l'os était réalisé.

RÉSULTATS

Concernant la 1^{re} observation, Une antibiothérapie adaptée est démarrée en fonction de l'antibiogramme. L'évolution était favorable. Malheureusement la patiente est décédée dans un tableau de détresse respiratoire et douleur thoracique aiguë à 2 mois du post-opératoire. Le diagnostic d'embolie pulmonaire massive fut retenu comme cause probable du décès (le traitement anticoagulant avait été arrêté un mois après l'acte chirurgical).

Pour l'observation n°2, L'examen bactériologique a révélé un staphylocoque doré permettant ainsi un traitement antibiotique adapté de deux mois en fonction des résultats de l'antibiogramme. L'évolution était favorable sans récurrence à 4 ans de recul.

Enfin pour la 3^{ème} observation, Les résultats de l'examen bactériologique et de l'antibiogramme ont permis de mettre en œuvre une antibiothérapie adaptée pendant deux mois. L'évolution sous traitement est jugée favorable avec un recul de 3 ans.

DISCUSSION

La fréquence des ostéoarthrites et des ostéites du bassin est faible dans la plupart des séries [2,3,5,7]. Parmi les ostéo-arthrites celles de la sacro-iliaque sont les plus fréquentes. On ne note pas de différence d'atteinte entre les deux sexes et l'âge n'est pas déterminant. La voie de contamination peut être hématogène ou loco-régionale. Les facteurs favorisants de

la dissémination hématogène sont les mêmes que pour toutes les autres infections (diabète, immunodépression, corticoïdes, misère socio-économique...etc). Certains cas d'arthrite pubienne ont été décrits chez des sportifs [3].

Les germes les plus souvent retrouvés dans les infections non spécifiques [1,2,3,4,5,7] sont le staphylocoque doré et les bacilles gram négatif (BGN). Les contaminations loco-régionales peuvent avoir pour foyers d'origine des infections génito-urinaires, digestives ou autres. On a souvent décrit des arthrites publiennes en post-opératoire chez des patients ayant subi une chirurgie urologique en particulier les prostatectomies. Les germes les plus souvent trouvés dans ces cas sont des bacilles gram négatif. Dans le cas de la patiente de la première observation, l'existence d'infection urinaire chronique serait le foyer de contamination, d'autant plus que le germe retrouvé est un bacille gram négatif. Des infections régionales sont incriminées dans les ostéo-arthrites sacro-iliaques (brucellose, infections à entérocoques, streptocoques...). Certains auteurs rapportent des ostéo-arthrites sacro-iliaques après des injections intramusculaires.

Pour nos deux autres observations la contamination hématogène est probable. Malgré l'intensité de la symptomatologie dans les ostéo-arthrites non spécifiques à leurs débuts, tous nos patients avaient consulté après des délais très importants. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce retard : Le bas niveau socio-économique, l'éloignement (zones rurales), enfin le caractère rare de ces affections et leurs localisations font que les médecins peuvent les méconnaître. La douleur est le maître symptôme dans ces affections [3,4,5]. Elle peut être intense aboutissant à une impotence fonctionnelle partielle ou totale. Un examen minutieux permet de localiser le siège exact de la douleur. Elle peut irradier au niveau de la racine des membres inférieurs. Des signes d'empreintes peuvent exister comme une douleur à la défécation, à la miction ou à la toux, parfois des rétentions aiguës d'urine...[7]. La clinique élimine l'atteinte des hanches. Les examens biologiques confirment le syndrome infectieux. Dans les atteintes tuberculeuses ces examens peuvent asseoir le diagnostic.

Le bilan radiologique ne montre pas d'anomalie au début [9] mais écarte les éventuels diagnostics différentiels (rhumatismes, arthrite de hanche, tumeurs, chondrocalcinose...).

Le diagnostic bactériologique est capital pour le traitement (liquide de ponction, fistule). Le retard diagnostique expose aux complications qui peuvent être mortelles (cellulites du bassin, septicémie, septicopyohémie). La fistulisation à la peau draine le foyer et fait passer l'infection à la chronicité.

Le traitement au début est strictement médical. Il donne de très bons résultats. A un stade plus avancé la chirurgie devient nécessaire (collection, fistule, séquestre). Dans ces cas des examens comme la tomographie assistée par ordinateur et l'imagerie par résonance magnétique facilitent la planification du geste [1,2,3,5,7,10,11].

CONCLUSION

Les ostéites et les ostéoarthrites du bassin, diagnostiquées tôt sont de traitement facile, les résultats sont alors très bons. Le retard diagnostic et thérapeutique expose aux complications qui peuvent engager le pronostic vital et fonctionnel. Passées

à la chronicité, la guérison devient difficile à obtenir parfois illusoire. Il est donc capital que les médecins aient présent à l'esprit ces affections et affinent l'examen clinique qui est à la base du diagnostic.

REFERENCES

- 1- Tournemise R et coll.** : Ostéoarthrite septique chez l'adolescent: Arch pédiatr, 1997 May 4(5),420-3.
- 2- Tanane M et coll.** Ostéoarthrite de la symphyse pubienne. Rev. Marocaine de chir. Orthop. Avril 1998, 40-2.
- 3- Sibilia J, Avier RM, Durckell J, Kuntz L.** ostéoarthrites infectieuses du pubis chez le sportif à propos de deux cas. Revue rhum (éd. Fr) 199360 (9) -610-613. Revue rhum (Ed. Fr) 199360 (9) -512-513.
- 4- Brunnet B, Brunnet-Cruedj E, Genety, Junbert, JC, Moyer B, Lerot JL.** Demembrement de la pubalgie: EMC Appareil locomoteur 198514323 A 10.
- 5- Kaman A, Delrien, Wilhelm F, Amor B.** Ostéolyse ischio-pubienne avec fracture révélatrice d'une ostéite pubienne: Revue rhumato. Juil. et-Sept. 83 p 563-634.
- 6- Prost A, Andran M.** Les ostéites. EMC, Paris, App. locomoteur 14017 A10.
- 7- Saports L, Simon F, Malmer M de Cayla J et Debaire F.** Ostéites pubienne en milieu rhumatologique. Rev. rhumatol (Paris) 197037 (6- 7) 451-457.
- 8- Mansouri D et coll.** Infection mélitococcique de la symphyse pubienne. A propos d'un cas. Revue de chirurgie orthopédique. 1996 ; 82, 753-756.
- 9- Regent D, Faure G, P Netter, Regent M, Pourcel J, Grandier G.** Exploration radiologique du bassin. Concours medical. FR, DA 77 vol99 n° 23 pp 3781-3797.
- 10- Laubi P, Kaufman R.** Bursite ischiatique septique J Rhumatol. 89. Nov. 16 (11) 200-3.
- 11- Ruel M, Durey A, Haas Ch, Courgeon P.** Pubalgies du football peut être infectieuse: présentation de deux cas. Revue du rhumatisme 1984 51 (4) 211-213.