

Sacro-iliite infectieuse compliquant une infection du cathéter fémoral chez un hémodialysé chronique.

Infectious sacroiliitis complicating infection of the femoral catheter in a chronic hemodialysis.

Mohamed Hassani¹, Dina Montasser², Yassir Zajjari², Taoufiq Aatif¹.

1 Service de Néphrologie-Hémodialyse, Hôpital Militaire Moulay Ismaïl, Meknès - Maroc.

2 Service de Néphrologie-Hémodialyse et Transplantation, Hôpital Militaire Mohamed V, Rabat - Maroc.

Rev Mar Rhum 2014; 29: 47-50

Résumé

Introduction : Les sacro-iliites infectieuses sont des atteintes ostéo-articulaires rares. La situation profonde de l'articulation est à l'origine d'une sémiologie parfois trompeuse, responsable d'un retard au diagnostic. Nous rapportons un cas de sacro-iliite gauche survenant chez un hémodialysé chronique au décours d'une bactériémie sur infection du cathéter fémoral.

Observation : Patient âgé de 50 ans, admis pour insuffisance rénale chronique terminale et mis en hémodialyse par cathéter fémoral. L'évolution était marquée par l'installation brutale de douleurs fessières gauches, dans un contexte fébrile, entraînant une impotence fonctionnelle. L'examen objectivait une douleur à la palpation de la fesse gauche, les autres articulations étaient normales. La biologie a montré une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles et une C-réactive protéine (CRP) élevée. La radiographie du bassin de face montrait un aspect flou des berges de l'articulation sacro-iliaque (ASI) gauche. La tomodensitométrie notait un élargissement irrégulier des berges de l'ASI gauche avec présence d'une collection pré-sacrée. Une ponction-biopsie scannoguidée de l'ASI a été réalisée. La bactériologie a mis en évidence un *Staphylococcus aureus* Meti-S. L'évolution clinique et biologique a été favorable après antibiothérapie prolongée.

Conclusion : Les sacro-iliites infectieuses surviennent préférentiellement sur un terrain particulier et résultent d'une contamination hématogène ou d'un envahissement local. Son diagnostic est évoqué sur la clinique et confirmé par l'imagerie et l'isolement du germe. Seul un traitement antibiotique précoce et adapté permet d'obtenir la régression rapide des symptômes et la guérison.

Mots clés : Articulation sacro-iliaque; Arthrite infectieuse; Sacro-iliite infectieuse.

Abstract

Introduction : Infectious sacroiliitis are uncommon osteoarticular diseases. The deep location of the joint is sometimes a source of clinical misleading, responsible for a delay in diagnosis. We report a case of left sacroiliitis occurring in chronic hemodialysis after a bacteremia infection of the femoral catheter.

Observation : A 50-year-old man was admitted for end stage renal disease and underwent hemodialysis by femoral catheter. The evolution was marked by a sudden onset of left buttock pain and fever leading to functional impairment. The examination revealed pain on palpation of the left buttock and other joints were normal. Biology showed neutrophilic leukocytosis and elevated CRP. The radiographs of the pelvis showed a blurring of the edges of the left sacroiliac joint. CT scan noted an irregular enlargement of the banks of the left sacroiliac joint with the presence of a pre-sacral collection. A CT-guided biopsy of the joint was performed. Bacteriology revealed *Staphylococcus aureus* Meti-S. The clinical and biological outcome was favorable after prolonged antibiotic therapy. The radiological control after six months showed only a discrete improvement in left sacroiliitis.

Conclusion : Infectious sacroiliitis occur preferentially in a particular field and they result from hematogenous contamination or local invasion. The diagnosis is suggested by clinical and confirmed by imaging and isolation of the organism. Only early and appropriate antibiotic treatment provides rapid resolution of symptoms and recovery.

Key words : Sacroiliac joint ; Infectious arthritis ; Infectious sacroiliitis.

L'atteinte infectieuse de l'articulation sacro-iliaque (ASI) occupe une situation particulière liée à sa localisation profonde et aux rapports anatomiques nombreux avec les structures de voisinage. Elle est souvent responsable d'une symptomatologie trompeuse, d'un retard diagnostique et par conséquent d'un retard thérapeutique potentiellement préjudiciable au patient. Le recours à des explorations paracliniques est souvent nécessaire. Nous rapportons un

cas de sacro-iliite gauche survenant chez un hémodialysé chronique au décours d'une bactériémie secondaire à une infection du cathéter fémoral.

OBSERVATION

Il s'agit d'un patient âgé de 50 ans, connu hypertendu depuis 6 ans, admis pour insuffisance rénale chronique

CAS CLINIQUE

terminale à diurèse conservée, sur néphropathie indéterminée, ayant nécessité la mise en hémodialyse en urgence par cathéter fémoral gauche devant les signes d'urémie avec confection de fistule artériovoineuse (FAV) radio-céphalique gauche.

L'évolution était marquée, 15 jours après, par l'installation brutale de douleurs fessières hautes gauches, permanentes sans irradiation dans un contexte fébrile, entraînant une impotence fonctionnelle. L'examen physique objectivait une douleur à la palpation du tiers supéromédian de la fesse gauche. La mobilisation active de la hanche gauche était impossible et la mobilisation passive était limitée par la douleur, particulièrement en abduction et en flexion. Les autres articulations ont été normales. Les manœuvres de mobilisation de l'ASI et l'appui monopodal étaient douloureux. La cicatrice de la FAV était propre et aucune rougeur ni suppuration n'a été constatée à l'orifice du cathéter. L'examen neurologique ne montrait pas de déficit moteur ou sensitif. La palpation et l'auscultation des pouls périphériques étaient normales.

Les paramètres biologiques ont montré une hyperleucocytose à 13.300 elt/mm³ faite de polynucléaires neutrophiles et une CRP élevée à 151 mg/L. Les hémocultures étaient réalisées ainsi qu'un écouvillonnage de l'orifice du cathéter. La radiographie pulmonaire était normale. La radiographie du bassin de face montrait un aspect flou des berges de l'ASI gauche (Figure 1). La tomographie des ASI notait un élargissement irrégulier des berges de l'ASI gauche avec présence d'une collection pré-sacrée de 5 cm de grand axe ainsi qu'un épaississement du muscle psoas-iliaque homolatéral (Figure 2 et 3). Une ponction-biopsie scannoguidée de l'ASI gauche a été réalisée (Figures 4).



Figure 1 : Radiographie du bassin de face montrant un flou avec irrégularité des berges de l'ASI gauche du côté du cathéter d'hémodialyse.

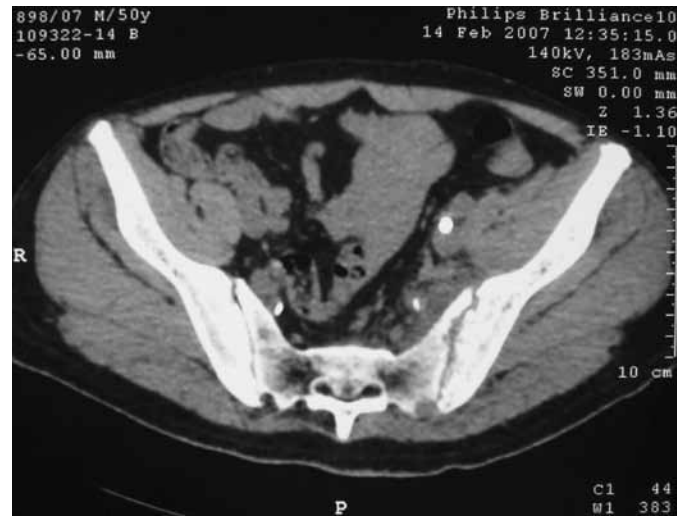


Figure 2 : TDM coupe axiale des ASI montrant l'élargissement et l'irrégularité des berges de la sacro-iliaque gauche.



Figure 3 : TDM coupe axiale des ASI montrant l'élargissement et l'irrégularité des berges de la sacro-iliaque gauche.

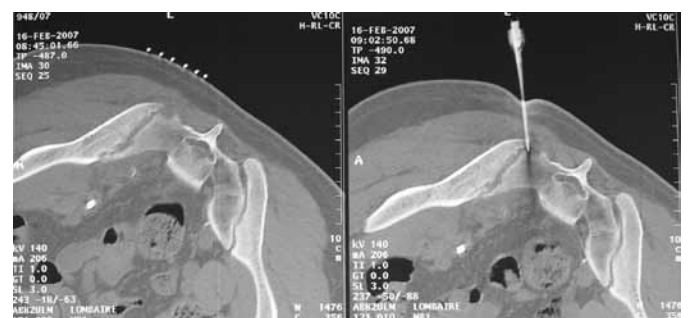


Figure 4 : TDM coupe axiale des ASI avant et après ponction biopsie au trocart.

La bactériologie a mis en évidence un *Staphylococcus aureus* Meti-S au niveau des hémocultures et de l'écouvillonnage de l'orifice du cathéter. La confirmation diagnostique a été obtenue après isolement du même germe après examen et culture du prélèvement articulaire, motivant le retrait du cathéter d'hémodialyse.

L'échocardiographie n'a pas noté de signes d'endocardite infectieuse (notamment pas de végétations valvulaires).

L'évolution clinique et biologique a été favorable après traitement comprenant repos au lit et antibiothérapie parentérale adaptée à l'antibiogramme associant ciprofloxacine et gentamicine pendant 15 jours avec poursuite de la ciprofloxacine seule par voie orale à la dose de 500 mg/j pendant 6 mois. Le contrôle radiologique (radiographie standard, TDM), après 6 mois de traitement, n'a montré qu'une discrète amélioration de la sacro-iliite gauche (Figure 5).



Figure 5 : TDM coupe frontale oblique des ASI : montrant persistance de la condensation et l'irrégularité corticale des surfaces articulaires sacro-iliaques gauches.

DISCUSSION

Les SI infectieuses surviennent préférentiellement sur un terrain particulier et résultent, soit d'une contamination hématogène, soit d'un envahissement local. Leur diagnostic doit être évoqué sur la clinique et confirmé par l'imagerie et l'isolement du germe aux hémocultures ou par prélèvement local. Seul un traitement antibiotique précoce et adapté permet d'obtenir la régression rapide des symptômes et d'aboutir à la guérison. Dans notre cas, il s'agissait d'un patient hémodialysé, donc immunodéprimé, et la contamination a été faite soit par voie hématogène soit par envahissement local après infection du tunnel causé par le cathéter d'hémodialyse.

La difficulté diagnostique résultait dans la présentation atypique particulière aux hémodialysés chroniques avec absence de fièvre, parfois discrète élévation de la CRP, d'où l'intérêt du dosage de la procalcitonine avant l'hémodialyse.

La certitude diagnostique repose sur l'isolement du germe dans un prélèvement articulaire, qui manque dans 25 à 50 % des cas en raison des difficultés d'abord de l'articulation [1].

Dans la série de Feldmann [1], il s'agissait d'un pyogène dans 138 cas (65 %), d'un bacille tuberculeux dans 54 cas (25 %) et d'une brucelle dans 22 cas (10 %). Parmi les SI à pyogènes, les germes identifiés étaient un staphylocoque doré dans 61 cas (45 %) ou un streptocoque dans 15 cas (10 %).

Dans la revue de la littérature de Zimmermann [2] portant sur les SI à pyogènes, *Staphylococcus aureus* est en cause dans 229 cas (70 %) et les bacilles à Gram négatif dans 56 cas (17 %).

Les hémocultures, qui doivent être systématiques, sont positives dans 23 à 50 % des cas et ont une grande valeur étiologique [1-5], comme l'isolement d'un germe au sein d'un foyer fermé, tel qu'un abcès [1,6,7], une spondylodiscite, une symphysite [6] ou un foyer infectieux viscéral [1, 5].

La ponction biopsie au trocart, développée simultanément par Chevrot [8] et par Vinceneux [9] propose un abord trans-iliaque par voie postéro-externe, sous anesthésie locale et contrôle radiologique [5,10,11]. Cette technique relativement simple permet de porter un diagnostic bactériologique ou anatomopathologique dans 65% pour Feldman [1], dans 70 % pour Chevrot [8] et dans 85 % pour Vinceneux [11]. En l'absence d'antibiothérapie préalable, la culture était positive dans 92 % des SI à pyogènes [11]. La relative simplicité de la ponction-biopsie incite à proposer ce geste dans tous les cas où le diagnostic d'une lésion sacro-iliaque unilatérale demeure incertain.

Un traitement antibiotique précoce et adapté permet d'obtenir la régression rapide des symptômes [4]. Dans les SI à pyogènes, il est habituellement conseillé une bithérapie intraveineuse, adaptée au germe et poursuivie pendant quatre semaines en moyenne avec un relais oral ultérieur, pour une durée d'un mois au moins voire plus en fonction de l'évolution.

Le repos au lit est souhaitable jusqu'à disparition de la douleur [4-7]. La chirurgie peut être indiquée pour drainer un abcès inaccessible au trocart et résistant au traitement médical, pour évacuer un séquestre, ou pour réaliser une arthrodèse en cas de dislocation articulaire et/ou de douleurs persistantes [1,2,7]. L'évolution sous traitement est habituellement favorable. Quelques cas

CAS CLINIQUE

d'extension des localisations infectieuses, de fistulisation d'un abcès [3], de douleurs persistantes, ou de récidives à distance ont cependant été signalés [1,2].

CONCLUSION

L'atteinte infectieuse des ASI doit être suspectée en présence de douleurs fébriles de la région pelvienne avec boiterie irradiant parfois vers les membres inférieurs mais sans dépasser le creux poplité. Cette infection survient particulièrement chez certains patients prédisposés tels que les toxicomanes par voie intraveineuse, les femmes enceintes ou les patients ayant une pathologie néoplasique ou infectieuse intrapelvienne, sans oublier les hémodialysés chroniques. L'infection peut être due à une greffe hématogène sur une articulation remaniée par des microtraumatismes, ou à une contamination de voisinage. Le diagnostic doit être évoqué sur la clinique et confirmé par l'imagerie et par l'isolement du germe aux hémocultures ou par prélèvement local. Le traitement antibiotique prolongé permet souvent d'obtenir la guérison lorsqu'il est débuté précocement. Le débridement chirurgical est néanmoins nécessaire en cas de complications ou de persistance de l'infection sous traitement antibiotique.

DÉCLARATION D'INTÉRÊT

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES

1. Feldmann JL, Menkès CJ, Weill B, Delrieu F, Delbarre F. Les sacro-iliites infectieuses. Etude multicentrique sur 214 observations. *Rev Rhum* 1981;48:83-91.
2. Zimmermann III B, Mikolich DJ, Lally EV. Septic sacroiliitis. *Semin Arthritis Rheum* 1996;26:592-604.
3. Bellamy N, Park W, Rooney PJ. What do we know about the sacroiliac joint? *Semin Arthritis Rheum* 1983;2:282-313.
4. Vyskocil JJ, McIlroy MA, Brennan TA, Wilson FM. Pyogenic infection of the sacroiliac joint. Case reports and review of the literature. *Medicine* 1991;70:188-97.
5. Vinceneux P. Sacro-iliites infectieuses. Méthodes diagnostiques. *Concours Med* 1983;105:998-1009.
6. Delbarre F, Rondier J, Delrieu F, Evrard J, Cayla J, Menkès CJ, et al. Pyogenic infection of the sacro-iliac joint. Report of thirteen cases. *J Bone Joint Surg* 1975;57A:819-25.
7. Pouchot J, Vinceneux P, Barge J, Boussougant Y, Grossin M, Pierre J, et al. Tuberculosis of the sacro-iliac joint: clinical features, outcome, and evaluation of closed needle biopsy in 11 consecutive cases. *Am J Med* 1988;84:622-8.
8. Chevrot A, Godefroy D, Horreard P, Pallardy G. Deep bone biopsy using a trocar under television radiography in sacroiliac arthritis. *Rev Rhum* 1981;48:95-9.
9. Vinceneux P, Lasserre PP, Grossin M. Technique of trocar percutaneous puncture biopsy of the sacroiliac joint in the bacteriological and histological diagnosis of sacroiliitis. *Rev Rhum* 1981;48:93-4.
10. Vinceneux P, Pouchot J, Weber P, Boussougant Y. Diagnostic des sacroiliites infectieuses : intérêt de la ponction-biopsie au trocart dans une série de 22 cas. *La Lettre de l'Infectiologue* 1988;3:761-5.
11. Vinceneux P, Pouchot J, Barge J, Boussougant Y, Weber P, Kahn MF. Apport de la ponction biopsie au trocart au diagnostic des sacro-iliites. À propos de 59 observations. *Rachis* 1989;1:530-4.