

# Les principaux diagnostics différentiels des sacro-iliites en imagerie

## *Differential radiologic diagnoses of sacroiliitis*

Fabrice Thévenin, Jean-Luc Drapé\*

Service de radiologie B, hôpital Cochin, université Paris Descartes, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris cedex, France

Accepté le 25 mai 2009

Disponible sur Internet le 31 juillet 2009

---

**Mots clés** : Sacro-iliite ; Hyperparathyroïdie ; Sarcoïdose ; Ostéose iliaque condensante ; Fracture de fatigue ; Tomodensitométrie ; IRM ; Scintigraphie osseuse

**Keywords** : Sacroiliitis; Hyperparathyroidism; Sarcoidosis; Sacral insufficiency fractures; MDCT; MRI; Bone scan

---

De nombreuses pathologies peuvent toucher les articulations sacro-iliaques et mimer cliniquement une sacro-iliite. L'imagerie en coupe (TDM et IRM) a amélioré sensiblement la détection des anomalies de l'interligne sacro-iliaque en comparaison avec les radiographies. Les diagnostics différentiels d'une sacro-iliite dépendent de la modalité d'imagerie utilisée mais devra bien sûr tenir compte également des données cliniques et biologiques. En IRM, l'aspect inflammatoire ou « œdémateux » d'une berge articulaire fera évoquer en première hypothèse une sacro-iliite infectieuse ou inflammatoire, mais il peut aussi s'agir d'un œdème réactionnel à une fracture de contrainte ou à une tumeur. Une ostéose iliaque condensante sous-chondrale, facilement reconnue sur les radiographies ou un scanner, pourra poser des problèmes d'interprétation en IRM. Nous allons détailler les différents diagnostics différentiels des sacro-iliites en imagerie.

### 1. Hyperparathyroïdie primaire et secondaire

L'atteinte osseuse de l'hyperparathyroïdie secondaire est devenue rare, du fait de la prise en charge thérapeutique précoce de l'insuffisance rénale. Dans l'hyperparathyroïdie primitive, l'atteinte osseuse est tardive et survient quand la maladie évolue depuis plusieurs années, non diagnostiquée car cliniquement latente. La TDM permet d'étudier au mieux les anomalies de l'interligne articulaire et des régions sous-chondrales.

La résorption osseuse sous-chondrale est prédominante avec un aspect radiologique de sacro-iliite quasi identique à celui

de la spondylarthrite ankylosante (SPA) [1]. Les érosions prédominantes sur le versant iliaque [2]. Elles sont symétriques et bilatérales, associées à une sclérose réactionnelle et à des ossifications ligamentaires. Les irrégularités osseuses sous-chondrales et l'élargissement de l'interligne articulaire sont plus prononcés que dans la SPA. Contrairement à la SPA, il n'y a ni pincement ni ankylose de l'interligne articulaire. D'autres signes classiques doivent être recherchés, en particulier la déminéralisation osseuse diffuse, des dépôts calciques dans les parties molles et l'association à une tumeur brune (Fig. 1).

Sous traitement, l'évolution est marquée par une reminéralisation osseuse, une reconstruction de l'os sous-chondral et parfois une fusion des berges articulaires avec ankylose [3].

Chez l'hémodialysé chronique, l'atteinte des articulations sacro-iliaques diffère peu de celle des hyperparathyroïdies secondaires [4]. Les érosions sous-chondrales liées à des phénomènes de résorption dominent le tableau auquel s'associe l'hypertransparence du squelette et une faible ostéosclérose réactionnelle des berges articulaires.

### 2. Ostéose iliaque condensante

Elle est souvent de découverte radiologique fortuite mieux visible en TDM. Elle se présente sous la forme d'une condensation iliaque homogène avec limite externe régulière et nette. Elle mesure plus de 5 mm dans 80 % des cas. L'atteinte est plus volontiers symétrique (Fig. S1 ; voir le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article) et prédomine à la partie inférieure de l'articulation. La condensation du versant sacré est possible mais moins importante que l'atteinte iliaque (Fig. 2) [5]. Un élément clé est l'intégrité de l'interligne sacro-iliaque.

---

\* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : Jean-luc.drape@cch.aphop-paris.fr, secretariat.drape@cch.aphp.fr (J.-L. Drapé).

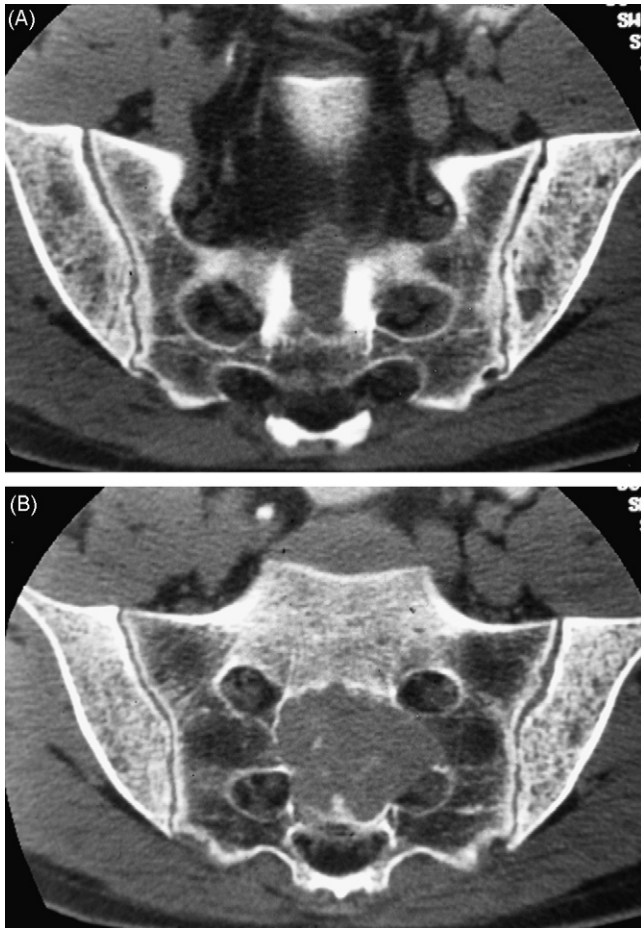


Fig. 1. Hyperparathyroïdie primitive. A et B coupes coronales TDM. Résorption osseuse sous-chondrale et endostale des sacro-iliaques, tumeur brune du sacrum.

Si le diagnostic est aisé en TDM, l'aspect IRM de l'ostéocondensation peut prêter à confusion (Tableau 1). Elle apparaît en très bas signal T1 et T2, à la différence des sacro-iliites qui présentent en poussée un œdème osseux de signal élevé en T2 et bas en T1 ou au stade tardif une infiltration graisseuse de signal intense en T1, intermédiaire en T2 et nul sur les séquences de suppression de la graisse (STIR et FatSat). Seule



Fig. 2. Ostéose iliaque condensante. Coupe axiale TDM. Condensation osseuse iliaque bilatérale et sacrée droite. Notez l'absence d'érosion, le respect des interlignes.

Tableau 1  
Ostéose iliaque condensante en IRM : diagnostic différentiel.

Anomalie sous-chondrale	Ostéocondensation	Œdème (sacro-iliite active)	Infiltration graisseuse (séquelle de sacro-iliite)
Signal T1	Bas	Bas	Élevé
Signal T2	Bas	Élevé	Intermédiaire nul (T2 FS et STIR)

la confrontation des signaux des séquences T1 et T2 permet d'identifier précisément l'anomalie sous-chondrale (Fig. S2).

### 3. Sarcoïdose

L'atteinte osseuse rachidienne dans la sarcoïdose est rare [6–9]. Seuls quelques cas de sacroiliite chez des patients suivis pour sarcoïdose ont été rapportés dans la littérature [10]. Erb et al. [6] ont montré une prévalence de 6,6 % de sacro-iliite radiologique ( $n=4/57$ ) avec une atteinte unilatérale dans trois cas et une atteinte bilatérale dans un cas. Les auteurs estiment que ces sacro-iliites sont probablement sous-estimées. Cette atteinte serait secondaire à l'infiltration de la synoviale par des granulomes non caséux. L'aspect radiologique, tomodensitométrique et IRM n'est pas spécifique et peut simuler une sacro-iliite infectieuse ou inflammatoire. L'atteinte osseuse concomitante sous la forme de lésions ostéolytiques ou de lésion condensante ne simplifiera pas le diagnostic et au contraire peut faire craindre des localisations secondaires ou une hémopathie [11]. De même l'IRM peut révéler des foyers nodulaires intra-osseux multiples disséminés au niveau du bassin.

### 4. Fractures de fatigue ou de contrainte

Ces fractures sont souvent multiples et touchent soit le versant sacré soit l'os iliaque [12]. Elles seraient plus volontiers unilatérales (84 %) [13] et associées à d'autres fractures pelviennes dans 23 % des cas. La détection radiographique est faible et le diagnostic est affirmé par la scintigraphie, le scanner ou l'IRM. La séméiologie tomodensitométrique est classique et ne pose pas vraiment de problème diagnostique (Fig. S3, 3, 4). Elle est basée sur trois critères qui se succèdent dans le temps et peuvent coexister (Tableau 2) (Fig. 3 et 4).

Les autres éléments à rechercher sont du gaz dans le foyer de fracture, d'autres fractures associées, et l'absence de masse des parties molles (Fig. S4, S5).

Tableau 2  
Succession chronologique des lésions élémentaires d'une fracture de contrainte.

Délai	Signe élémentaire
Précoce	Fine solution de continuité de la corticale antérieure
À partir de 2 semaines	Résorption osseuse des berges
Tardif	Bande de condensation sous-chondrale (= impaction trabéculaire)

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3388437>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3388437>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)