

Mme I. 22 ans

Antécédent : terrain atopique sous 10 mg de SOLUPRED au long cours et
MONTELUKAST

Manipulatrice radio

Douleur coxale droite d'apparition progressive, sans chute ni trauma, depuis janvier 2021, d'horaire inflammatoire, soulagée essentiellement par la position assise.

-Sur le plan familial : spondylarthropathie chez la cousine de sa mère ?

-sur le plan personnel, lombalgies occasionnelles sans autre signe de spondylarthrite, pas de signe de Behçet, pas de SAPHO. Pas de signe de connectivite.

Elle n'a pas d'enfant.

Perte de 10 kg volontaire et de manière progressive.

Frottis à jour.

- AINS non efficaces, Corticoides per os non testés

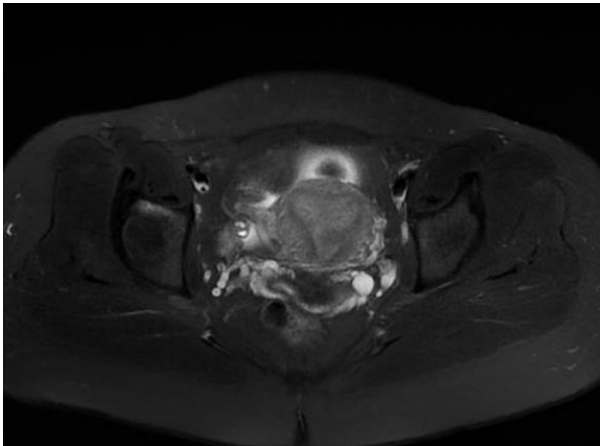
Explorations initiales

IRM janvier 21 : plage oedemateuse acétabulaire en zone de contrainte mécanique antérosupérieure : conflit fémoroacétabulaire ? Fissuration sous chondrale ?

<https://imagerie.ch-libourne.fr/login.app;jsessionid=73ACBBD2C49455908BF6E7E793EC68A3>

ID : 0030936229

Ex : 0028448036



Arthro TDM de la hanche D février : Normal

Pas d'anomalie des parties molles par ailleurs.

Pas de lésion du labrum ou du cartilage de revêtement.

Avec Infiltration de DIPROSTENE : efficacité quasi complète 6 mois

Pas de ponction réalisée

=> IRM de contrôle mars 21 : régression de l'hypersignal

Nouvelle récurrence des douleurs en juin: Explorations complémentaires

BIOLOGIE

- VS isolée à 28 mm, sans CRP
- légère hyperuricémie à 63 mg/l
- électrophorèse normale
- légère cytolysé hépatique à 1,5 sur les AlAT sans cholestase
- bilan auto-immun strictement négatif
- sérologies virales soit négatives soit anciennes
- sérologie de Lyme et syphilis négatif
- PCR 1er jet d'urine négative
- Génompage HLAB27 négatif

Scintigraphie osseuse couplé au TDM

Aspect en faveur d'une coxopathie droite avec pincement de l'interligne et renforcement de fixation diffuse, sans toutefois d'argument en faveur d'une poussée inflammatoire.

Pas de lésion osseuse hyperfixante et discret rehaussement des sacro-iliaques non spécifique.

Pas d'anomalie du reste du squelette.

Nouvelle IRM hanche juin 21 :

Hypersignal millimétrique de la partie antérosupérieure du cotyle droite, lame d'épanchement bilatérale prédominant à droite et remaniements dégénératifs de sacroiliaques

Petit follicule ovaire D 27 mm

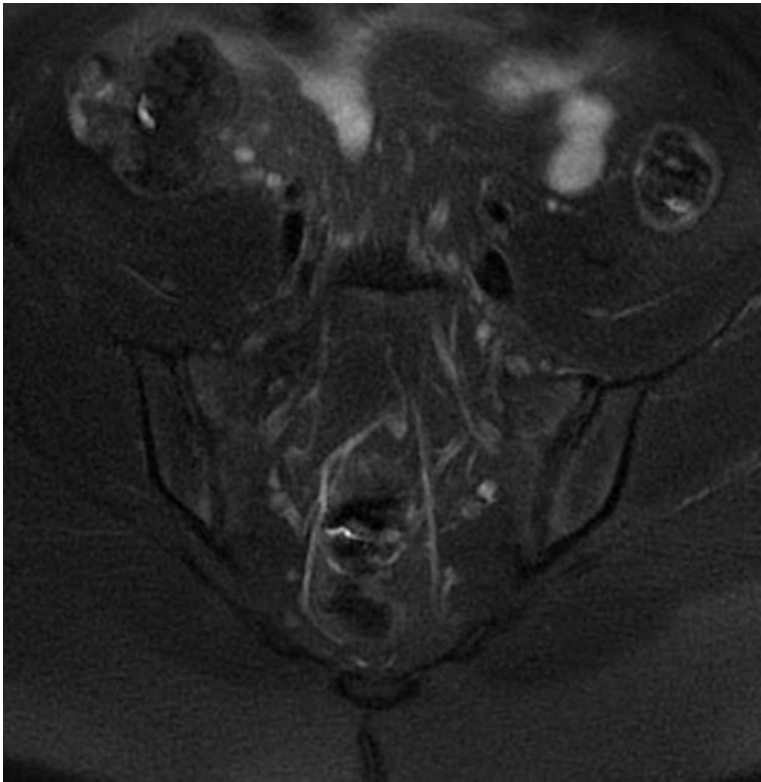
<https://imagerie.ch-libourne.fr/login.app;jsessionid=73ACBBD2C49455908BF6E7E793EC68A3>

ID : 0030936229

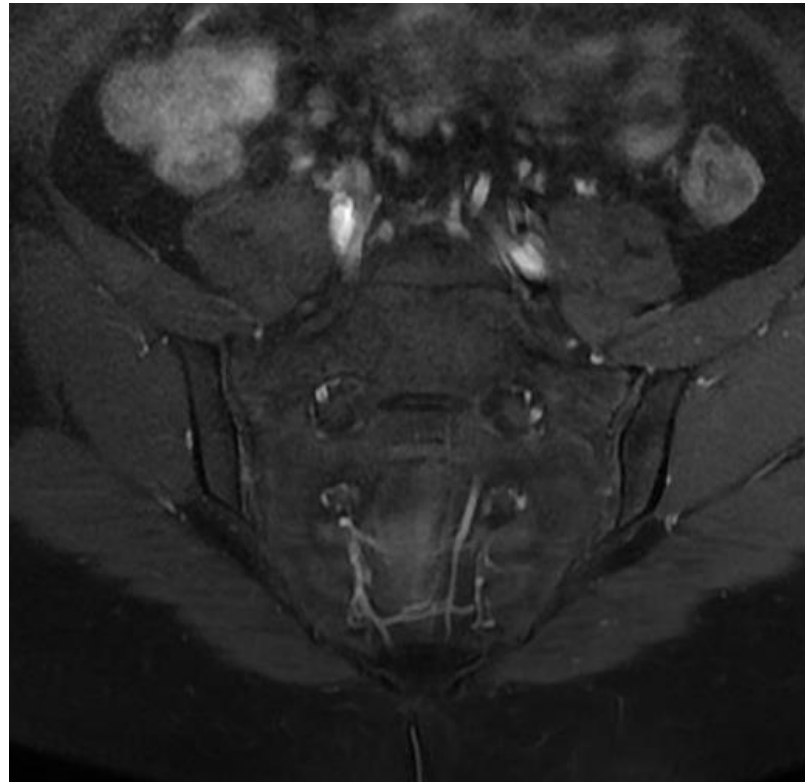
Ex 0029153343

Devant la fixation aspécifique de la scintigraphie : IRM des sacro iliaques

hyperfixation de l'interligne des sacro-iliaques de manière bilatérale notamment en regard de leur portion inférieure, discrètement rehaussée après injection du produit de contraste. Pas d'érosion en séquence T1



STIR



Gado

<https://imagerie.ch-libourne.fr/login.app;jsessionid=73ACBBD2C49455908BF6E7E793EC68A3>

ID : 0030936229

EX : 0029337108

Cliniquement :

- pseudo clinostatisme et surtout psoitis spontané réductible.
- hanche mobile mais douloureuse dans les mobilisations.
- Pas d'autre atteinte articulaire, pas d'atteinte axiale pas d'atteinte enthésite, pas de dactylite.
- Pas de douleurs abdominales notamment en fosse iliaque droite.

A l'échographie, pas d'épanchement significatif à droite

En résumé :

Tableau de coxopathie droite inflammatoire sans épanchement associée à une image tendancieuse de sacroiliite bilatérale.

Question :

- Origine de sa coxopathie : atteinte du cotyle ? Autre exploration ? Nouvelle infiltration ?
- A relier avec sa « sacro iliite » et en faire une SPA ?
- Sacro iliite à l'IRM non convaincante ?

Proposition DPC

- Pas en faveur d'une sacro iliite, le liseré semble localisé sur le cartilage de croissance, variation de densité de moelle secondaire à la croissance.
- Problème pour interpréter car pas de séquence centrée, œdème seulement sur 2 séquences. Pas d'argument pour une pathologie inflammatoire, plutôt en faveur d'une pathologie labrale
- Proposer un arthroTDM dans le même temps que l'infiltration pour rechercher une pathologie du labrum