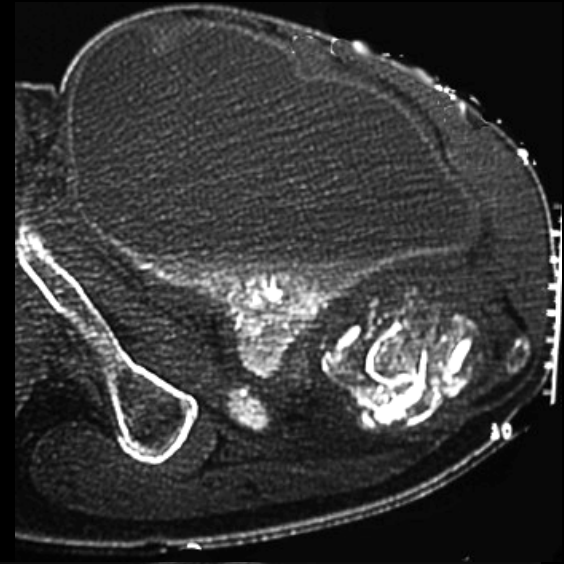
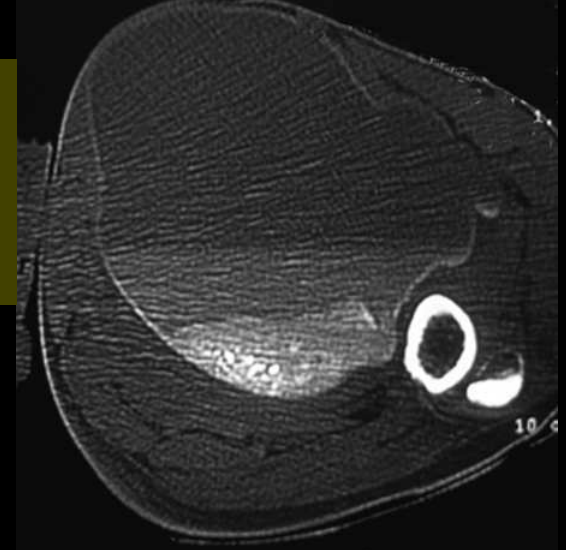


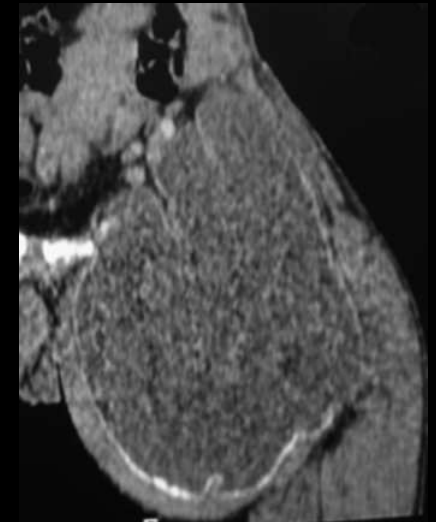
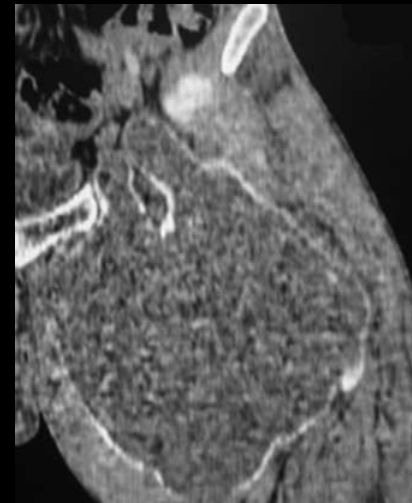
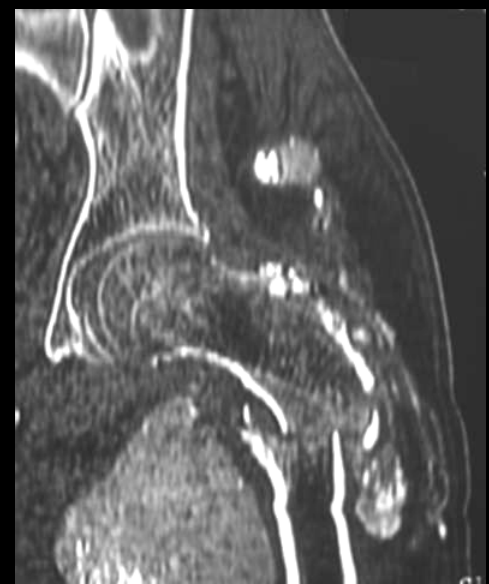
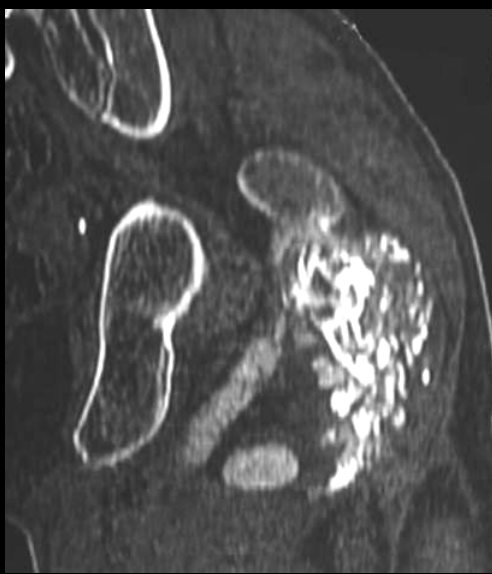
Patient de 45 ans, sans antécédents . 4 semaines avant son admission , on note un traumatisme léger négligé à point d'impact sur la hanche gauche ayant occasionné une impotence fonctionnelle. La radiographie montre une fracture sous trochantérienne gauche et des calcifications des parties molles .Elle est complétée par un scanner . Quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir sur ces images



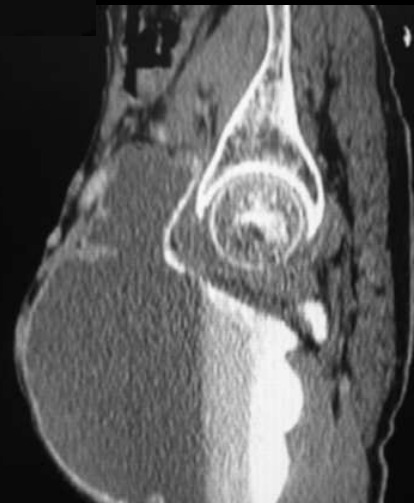
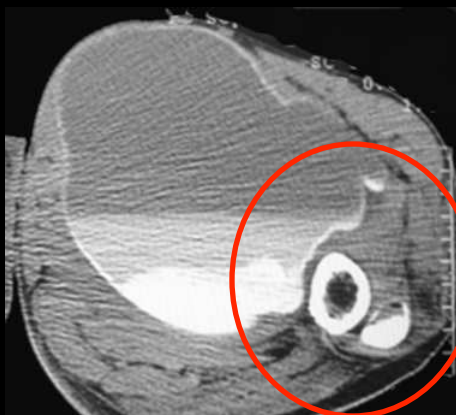
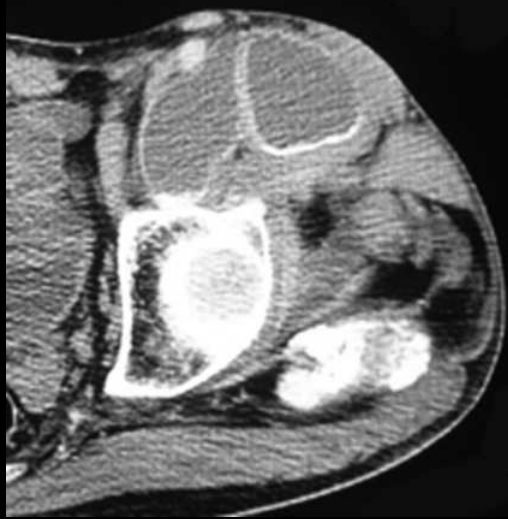
- en fenêtré "os" , présence de calcifications des parties molles péritrochantériennes
- vaste collection de la racine crurale , à paroi fine , avec sédimentation d'éléments calciques en suspension (milk of calcium)



*obs. N Chjkhaoui , N. Touil
CHU Ibn Rochd Casablanca*



- les reformations coronales confirment la présence d'une **fracture transversale intertrochantérienne** avec décalage et angulation modérés .
- la collection présente des calcifications pariétales fines
- présence d'une **lyse corticale segmentaire du grand trochanter** , en regard du "pédicule" de la collection



-après injection IV , on observe une prise de contraste de la paroi de la collection

-les remaniements osseux intéressent électivement la région trochantérienne sur sa face externe

-il s'agit bien sûr d' une **trochantérite tuberculeuse** avec abcès froid ossifluent du psoas

la trochantérite tuberculeuse

-localisation rare (<2% des tuberculoses ostéo-articulaires).

-souvent due à l'ensemencement hématogène primitif de la bourse séreuse du moyen fessier ou du tissu osseux , mais elle pourrait également résulter d'un envahissement secondaire par un abcès migrateur, développé au contact d'un foyer ostéo-articulaire de topographie différente

-clinique trompeuse, surtout avant l'apparition de l'abcès et la fistulisation.
évolution insidieuse diagnostic souvent difficile et tardif.

-l'imagerie moderne , en particulier le scanner permet un diagnostic plus précoce en montrant le siège caractéristique des lésions osseuses corticales trochantériennes et la collection organisée des parties molles . L'échographie et l'IRM sont des appoints précieux pour l'exploration des remaniements des tissus mous .

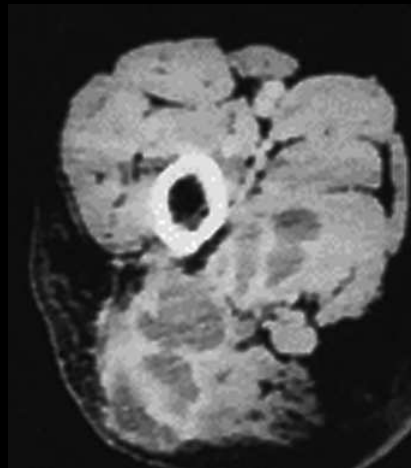
-le principal diagnostic différentiel , au moins sur le plan théorique est celui d'ostéochondrome ou de chondrosarcome associé à une bursite "mécanique" de voisinage . Il faut également éliminer un hématome organisé associé à une fracture et dans les formes peu évoluées une métastase ostéolytique révélatrice ,généralement d'un carcinome bronchique ou des voies aéro-digestives hautes

En fait les images si elles en sont pas pathognomoniques sont très évocatrices, lorsqu'on connaît cette localisation , surtout dans un contexte clinique peu inquiétant , comme dans le cas rapporté

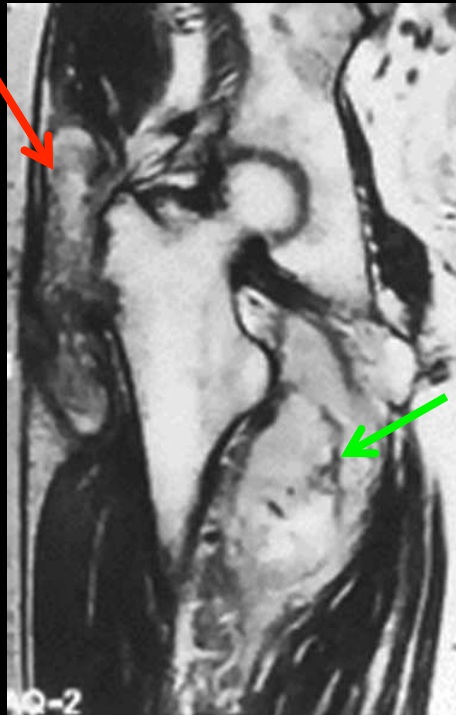
-la **confirmation diagnostique est impérative** , elle nécessite la ponction du contenu de la collection pour les recherches bactériologiques et / ou les prélèvements biopsiques pour le diagnostic anatomo-pathologique

-la contamination de l'articulation coxo-fémorale est le risque évolutif majeur

-le traitement chirurgical des abcès et fistules peut être un complément nécessaire du traitement anti-tuberculeux



trochantérite tuberculeuse avec bursite et extensions musculaires (adducteurs et ischio-jambiers)



Clin Rheumatol (2002) 21:397-400
© 2002 Clinical Rheumatology

Case Report

Tuberculosis of the Greater Trochanteric Bursa Occurring 51 Years after Tuberculous Nephritis

T. Yamamoto, Y. Iwasaki and M. Kurosaka
Kobe University School of Medicine, Kobe, Japan

**Clinical
Rheumatology**

messages à retenir

-la trochantérite tuberculeuse est une **localisation rare mais bien identifiée de tuberculose ostéo-articulaire**

-elle correspond le plus souvent à une **bursite** plus ou moins volumineuse et à des **destructions osseuses touchant électivement la face externe du grand trochanter** .

-ce sont les **anomalies associées des tissus mous** (calcifications , séquestres osseux ..) et le **contexte clinique peu inquiétant** qui aideront à différencier la trochantérite tuberculeuse de localisations tumorales (métastases révélatrices de carcinome bronchique ou des VADS , chondrosarcome sur ostéochondrome avec bursite....)

-la confirmation biologique et/ou anatomo-pathologique est bien entendu indispensable pour la prise en charge thérapeutique