

Case report

Ostéo-arthrites tuberculeuses inhabituelles multifocales chez une patiente immunocompétente

Samba Koné^{1,&}, Mariam Gbané-Koné², Abdoulaye Bana¹, Stanislas André Touré¹, Adelaide .Natacha Kouassi¹, Akué Gérard Koffi¹, Edmond Eti², N'zue Marcel Kouakou²

¹Service de Traumato-Orthopédie CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire, ²Service de Rhumatologie CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

[&]Corresponding author: Koné Samba, Service de Traumato-Orthopédie CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

Key words: ostéo-arthrites, tuberculeuses, inhabituelles

Received: 26/12/2014 - Accepted: 03/03/2015 - Published: 09/03/2015

Abstract

Les formes multifocales de la tuberculose, surviennent habituellement chez des sujets immunodéprimés. Dans les formes multifocales, certaines localisations osseuses sont rares. Les auteurs rapportent le cas d'une patiente de 58 ans, immunocompétente qui présentait une tuberculose multifocale associant une atteinte pulmonaire et des localisations osseuses et articulaires inhabituelles (l'épaule, la cheville et le pied homolatéral, la branche ilio-pubienne). Le diagnostic a été histologique (biopsie ostéo-articulaire) et bactériologique (mise en évidence des BAAR dans les crachats). Le traitement a été médico-chirurgical.

Pan African Medical Journal. 2015; 20:212 doi:10.11604/pamj.2015.20.212.6015

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/20/212/full/>

© Samba Koné et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introduction

La tuberculose multifocale (TM), se définit comme étant l'atteinte de deux sites extra-pulmonaires associée ou non à une atteinte pulmonaire. Elle est rare et grave avec une mortalité élevée (16 à 25% des cas) [1]. Les atteintes diffuses de la tuberculose représentent 09 à 10% des cas et surviennent le plus souvent chez les patients surtout atteints du VIH [1,2]. Nous rapportons un cas de TM associant une atteinte pulmonaire à 4 localisations osseuses inhabituelles survenues sur un terrain non immunodéprimé.

Patient et observation

Une patiente de 58 ans adressée par le service rhumatologie pour une oligoarthritis chronique de l'épaule gauche et de la cheville droite évoluant depuis 5 mois. De l'anamnèse, il ressortait que cette patiente a consulté pour une tuméfaction douloureuse de l'épaule gauche et de la cheville droite avec une boiterie à la marche. Par ailleurs, il s'y associait une toux sèche et des signes d'impregnation tuberculeuse. La patiente n'avait pas de notion de contact tuberculeux, ni d'antécédent de tuberculose pulmonaire. Elle n'était pas diabétique. Le bilan articulaire, mettait en évidence une oligoarthritis de l'épaule gauche et de la cheville droite. Ailleurs, l'examen physique avait mis en évidence un syndrome de condensation pulmonaire bilatérale, une douleur exquise au niveau de la symphyse pubienne et des adénopathies inguinales gauches d'environ 1 cm de diamètre, fermes, mobiles et indolores. En rhumatologie les investigations avaient révélé une anémie à 8,8g/dl hypochrome microcytaire, une thrombocytose à 617000 plaquettes, un syndrome inflammatoire avec une CRP à 72 mg et une VS à 78 mm à la première heure. La sérologie rétrovirale était négative. L'IDR à la tuberculine était phlycténulaire. L'examen direct des crachats était revenu fortement positif sur 2 prélèvements (80 puis 70 BAAR/champ); la PCR BK était négative. La radiographie pulmonaire a objectivé un syndrome intersticiel bilatéral. Les radiographies d'épaule (**Figure 1**), de la cheville (**Figure 2**) et de la branche ilio-pubienne gauche (**Figure 3**) mettaient en évidence des images d'ostéoarthritis. L'échographie abdominale ne montrait pas d'adénopathie profonde. Le diagnostic de TM fut retenu et la patiente a été mise sous traitement antituberculeux selon notre protocole classique. Malgré 20 jours de chimiothérapie antituberculeuse, le fébricule persistait de même que le syndrome inflammatoire biologique. Cela a motivé un avis dans notre service. Au vue de l'aspect TDM de l'épaule gauche (**Figure 4**), l'indication d'une arthrotomie a été posée pour drainage des collections, séquestrectomie et lavages articulaires. Il a été fait un abord antérieur delto-pectoral pour l'épaule et un double abord médial et latéral pour la cheville. Le foyer pubien n'a pas été abordé. De multiples prélèvements biopsiques (capsule, séquestres) avaient été réalisés lors de l'intervention. La bactériologie s'était avérée négative. L'examen histologique des prélèvements biopsiques, a mis en évidence un granulome épithélio-gigante cellulaire avec nécrose caséuse centrale. Un appareillage d'immobilisation d'épaule et de la cheville a été mis en place pendant 15 jours associé à une rééducation fonctionnelle. En postopératoire immédiat, on notait une apyrexie franche et une régression significative du syndrome inflammatoire. La polychimiothérapie antituberculeuse a donc été poursuivie pendant un an. A 03 mois d'évolution, le suivi médical par la rhumatologie ne rapportait aucun signe d'intolérance ou de résistance aux anti tuberculeux. Au contrôle clinique à 6 mois on notait au plan fonctionnel une raideur de l'épaule gauche avec score de Constant mauvais, une raideur de la cheville droite. Le bilan radiographique notait des lésions

séquentielles post infectieuses (**Figure 5, Figure 6**) avec une ankylose de la cheville droite.

Discussion

L'atteinte de l'épaule est rare dans la tuberculose, elle représente 1-10,5% des formes osseuses [3] et toucherait le plus souvent les personnes âgées [2]. Les tuberculoses de la cheville et du pied sont également rares. Elles représentent 6 à 8% des localisations osseuses [2,4], elles se par une impotence douloureuse de type mécanique avec parfois des fistules spontanées étant donné le caractère superficiel de l'articulation [2]. La tuberculose des branches pubiennes est rare, elle est souvent secondaire à une ostéoarthritis de la symphyse pubienne [5] qui elle même, est très rare moins d'1% des atteintes osseuses [6,7]. L'originalité de cette observation, c'est l'association chez la même patiente des localisations osseuses inhabituelles. L'ostéite tuberculeuse, représente 10 à 19% des atteintes ostéoarticulaires. Tous les os peuvent être touchés, mais l'affection porte surtout sur les os longs (80%), et la lésion du grand trochanter est la plus fréquente [2]. L'infection à VIH et la corticothérapie au long cours [7] sont citées comme des facteurs favorisants de la TM. Notre patiente étant immunocompétente, nous pensons que le retard de consultation explique la multiplicité des atteintes et la gravité des lésions ostéoarticulaires, comme l'attestent certains auteurs [7]. D'autre part il s'agit vraisemblablement d'atteintes secondaires multiples. Le foyer primitif serait alors pulmonaire au vue des résultats de la bacilloscopie. Le diagnostic de certitude des atteintes extra-pulmonaires repose surtout sur les examens anatomopathologiques des prélèvements [1,7]. Le diagnostic de certitude des atteintes ostéoarticulaires chez notre patient, a été fait grâce à l'histologie des prélèvements biopsiques. L'arthrotomie précoce devrait être de règle dans ces localisations articulaires abcédées. Elle permet le drainage d'abcès des parties molles, le débridement ostéo-articulaire avec excision de tous les tissus nécrosés (exérèse des séquestres osseux, curetage osseux), et souvent une synovectomie est nécessaire [8]. L'arthrotomie présente de nombreux avantages : elle permet le diagnostic de certitude grâce aux différents prélèvements, elle préserve l'avenir de la fonction articulaire et enfin elle participe au contrôle de l'infection en association avec la chimiothérapie antituberculeuse. Comme en témoigne l'apyrexie après notre geste chirurgical. L'usage d'appareillage d'immobilisation provisoire en position fonctionnelle, en association à la rééducation sont également indispensables. En présence séquelles fonctionnelles invalidantes (raideur douloureuse, déformation et/ou instabilité) une chirurgie à visée fonctionnelle pourra être réalisée [8]. Cette chirurgie vise la stabilisation ou la reconstruction articulaire par le biais d'arthrodèse ou de remplacement prothétique. Cependant la mise en place d'une prothèse nécessite le respect d'une période de quiescence suffisante et doit être encadrée par la reprise d'une antibiothérapie antituberculeuse.

Conclusion

La tuberculose multifocale ostéo-articulaire extravertébrale est une forme rare pouvant toucher même des sujets immunocompétents. De la précocité du diagnostic et de la rapidité de mise en route de la chimiothérapie dépendent le pronostic fonctionnel. Une coordination efficace pluridisciplinaire (chirurgien-rhumatologue, bactériologiste, histologiste) est indispensable afin d'éviter tout retard de diagnostic. L'histologie des pièces de biopsie chirurgicale reste l'examen de choix. Le traitement est médico-chirurgical.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la rédaction de ce manuscrit et ont lu et approuvé la version finale.

Figures

Figure 1: radiographie de l'épaule gauche de face: pincement de l'interligne, aspect hétérogène, ostéolyse, géodes, de la tête humérale

Figure 2: radiographie de la cheville droite (face) aspect hétérogène de la talo-crurale, pincement de l'interligne, géodes, ostéolyse du dome astragalien et de la malléole interne

Figure 3: radiographie du bassin (face), ostéolyse de la branche ilio-pubienne gauche

Figure 4: aspect TDM épaule: coupe coronale: érosion de la tête humérale associée à une volumineuse collection cloisonnée

Figure 5: radiographie de l'épaule de face, image séquentielle d'ostéonécrose septique de la tête humérale

Figure 6: radiographie de la cheville de face (à 06 mois) imageséquentielle, ankylose



Figure 1: radiographie de l'épaule gauche de face: pincement de l'interligne, aspect hétérogène, ostéolyse, géodes, de la tête humérale

Références

1. Rakotoson JL, Ravahatra K, Andrianasolo RL, Rakotomizao JR, Razafindramaro N, Rajaoarifetra J, Andrianarisoa ACF. Tuberculose multifocale révélée par un syndrome de détresse respiratoire aigue. Rev méd Madag. 2011;1(2):30-32. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
2. Annabi H, Abdelkafi M, Trabelsi M. La tuberculose ostéo-articulaire. Tun Orthop. 2008; 1(1) :7-17. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
3. Kapukaya A, Subasi M, Bukte Y, Gur A, Tuzuner T, Kilinc N. Tuberculose de l'épaule. Revue du Rhumatisme. 2006 ;73(3) :263-268. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
4. Martini M, Adjrad A. Tuberculosis of the ankle and foot joint. Tuberculosis of the bones and joint. Berlin SpringerVerlag. 1988:143-149. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
5. Vandercam JC, Cornu O, Lecouvet F, Leemrijse T. Ostéoarthrite tarsiennne: une localisation rare de la tuberculose. Rev Chir Orthop. 2007; 93(7):740-5. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
6. Hitesh Lal MS, Vijay Kumar Jain MS, Sudhir Kannan MS. Tuberculosis of the Pubic Symphysis: Four Unusual Cases and Literature Review. Clin Orthop Relat Res. 2013 ; 471(10):3372-3380. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
7. Pertuiset E. Tuberculose ostéoarticulaire extravertébrale. Revue du Rhumatisme. 2006 ; 73(4) :387-393. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
8. Pertuiset E. Traitement médical et chirurgical de la tuberculose ostéoarticulaire. Revue du Rhumatisme. 2006 ;73(4) : 401-408. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)



Figure 2: radiographie de la cheville droite (face) aspect hétérogène de la talo-crurale, pincement de l'interligne, géodes, ostéolyse du dome astragalien et de la malléole interne



Figure 3: radiographie du bassin (face), ostéolyse de la branche ilio-pubienne gauche

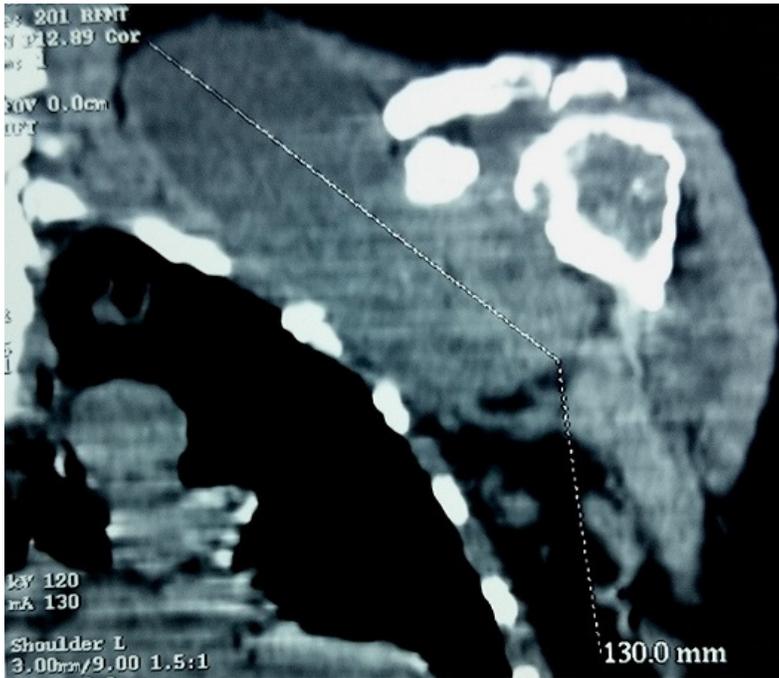


Figure 4: aspect TDM épaule: coupe coronale: érosion de la tête humérale associée à une volumineuse collection cloisonnée



Figure 5: radiographie de l'épaule de face, image séquellaire d'ostéonécrose septique de la tête humérale



Figure 6: radiographie de la cheville de face (à 06 mois) image séquellaire, ankylose