

Tuberculose multifocale inhabituelle vue à Abidjan.

An unusual multifocal tuberculosis in Abidjan.

Mohamed Diomandé¹, Kouassi Jean-Mermeze Djaha¹, Michelle Tanoh¹, Louis Christian Kouakou Ehaulier², Edmond Eti¹, Marcel N'zué Kouakou¹

1 Service de rhumatologie, CHU de Cocody, Abidjan - Côte d'Ivoire.

2 Service de Rhumatologie, CHU de Bouaké - Côte d'Ivoire.

Rev Mar Rhum 2014; 28: 45-7

Résumé

La tuberculose multifocale s'associe habituellement à une immunodépression notamment du VIH. Nous rapportons un cas de tuberculose multifocale chez un sujet immunocompétent avec de multiples foyers ostéoarticulaires dont celui du poignet qui est une localisation rare.

Mots clés : Tuberculose multifocale; Tuberculose ostéoarticulaire; Immunocompétent.

Abstract

Multifocal tuberculosis is associated with an immunodepression like HIV infection. We report an unusual case of multifocal tuberculosis in a immunocompetent patient with multifocal osteoarticular localizations including the wrist which is rare.

Key words : Multifocal tuberculosis; Osteoarticular tuberculosis; Immunocompetent.

Depuis l'apparition de l'infection à Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH), on observe une recrudescence de la tuberculose en général mais en particulier des formes extra-pulmonaires isolées et de plus en plus des formes disséminées [1]. Parmi ces formes, existent les formes multifocales ou plus précisément multifocales ostéoarticulaires. Le VIH apparaît donc comme le principal facteur de survenue de ces formes. Dans les zones d'endémie tuberculeuse et VIH, il n'est pas fréquent d'observer une tuberculose multifocale sur un terrain non immunodéprimé. Ainsi nous présentons un cas inhabituel de tuberculose multifocale viscérale et ostéoarticulaire chez une patiente immunocompétente. L'atteinte ostéoarticulaire associe celle du poignet qui est relativement rare.

OBSERVATION

Une femme de 51 ans sans antécédent particulier était hospitalisée pour une polyarthrite chronique invalidante

touchant les 2 hanches, le genou et le poignet droit associés à une dorsalgie inflammatoire. Ce tableau a progressé dans un contexte de fièvre vespérale, altération de l'état général avec amaigrissement de 8 kg. Avant l'hospitalisation, la patiente avait reçu des antibiotiques diverses (ciprofloxacine, ceftriaxone et métronidazole) sans succès. A l'examen clinique, on notait une fébricule à 38°C, une adénopathie latéro-cervicale droite d'environ 2 cm de diamètre peu douloureuse à la palpation, la station debout était impossible avec un point douloureux exquis à la palpation de la charnière dorsolombaire, une raideur douloureuse des deux hanches, une tuméfaction du genou gauche et du poignet droit associé à un œdème de la main droite. La biologie révélait des globules blancs à 12700/mm³, des polynucléaires neutrophiles à 10000/mm³, une anémie hypochrome microcytaire à 6,5 g/dl, une CRP à 80 mg/l et une VS à 100mm à la première heure. La tomodensitométrie du rachis dorsolombaire a montré une spondylodiscite D11-D12 sans abcès ni épидurite (figure 1). La TDM du bassin et du genou

CAS CLINIQUE

gauche ont mis en évidence respectivement une ostéoarthrite bilatérale des 2 hanches avec un abcès des parties molles périarticulaires (figure 2) et une ostéoarthrite du genou gauche (figure 3). La radiographie du poignet droit a montré un aspect évocateur d'une ostéoarthrite du poignet droit (figure 4). L'échographie de la main droite n'a montré qu'un œdème des parties molles. La biopsie chirurgicale du genou gauche et la ponction-biopsie de l'adénopathie cervicale ont révélé la présence d'un follicule tuberculeux. Le diagnostic de tuberculose multifocale ostéoarticulaire a été ainsi établi. La patiente a bénéficié d'un traitement antituberculeux associant la rifampicine, l'isoniazide, la pyrazinamide et l'éthambutol pendant 2 mois. Le relai a été réalisé par la rifampicine et l'isoniazide pendant 10 mois avec une évolution très satisfaisante.



Figure 1 : TDM du rachis dorso lombaire montrant la spondylodiscite D11-D12.



Figure 2 : TDM du bassin montrant l'ostéoarthrite tuberculeuse des 2 hanches associée à un abcès des parties molles.

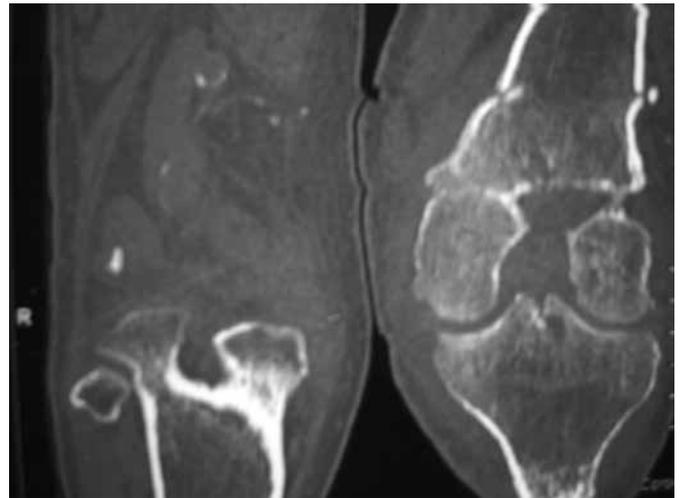


Figure 3 : TDM du genou montrant l'ostéoarthrite du genou gauche



Figure 4 : Radiographie de face du poignet droit évoquant une ostéoarthrite du poignet droit.

DISCUSSION

La tuberculose ostéoarticulaire est classiquement divisée en 4 tableaux principaux: l'atteinte rachidienne, l'arthrite ou l'ostéoarthrite périphérique, l'ostéomyélite et enfin les ténosynovites et bursites [2]. Elle représente 2 à 5% de l'ensemble des cas de tuberculoses en général et 11 à 15% des tuberculoses extrapulmonaires[3]. Dans la série multicentrique francilienne de tuberculose ostéoarticulaire, la répartition est la suivante: arthrites périphériques (52%), sacroiléites (11%), ostéites (35%), formes multifocales ostéoarticulaires (2%) [4]. Le caractère multifocal de la tuberculose est déterminé par la présence d'au moins

Une tuberculose multifocale inhabituelle vue à Abidjan.

2 foyers extra pulmonaires associés ou non à un foyer pulmonaire [5]. Notre patiente avait un foyer ganglionnaire associé à un foyer ostéoarticulaire multifocal touchant le rachis dorsolombaire, les 2 hanches, le genou gauche et le poignet droit. La particularité de ce cas clinique était de trois ordres : Premièrement, la patiente était immunocompétente VIH négatif, sachant que la tuberculose multifocale est rare chez le sujet immunocompétent [5], et que le VIH qui est considéré comme un facteur de risque de survenue, [1] favoriserait la dissémination du Bacille de Koch dans les sites autres que pulmonaires. Les autres facteurs d'immunodépression habituels (corticothérapie, insuffisance rénale, hémoglobinopathie, maladie auto-immune, néoplasie ou prise de médicaments immunosupresseurs, diabète et autres pathologies immunodépressives) n'ont pas été retrouvés. Deuxièmement, le caractère disséminé et multifocal retrouvé de l'atteinte tuberculeuse ostéoarticulaire. En effet, chez l'adulte, la tuberculose ostéoarticulaire est habituellement monofocale [6]. La forme multifocale touche avec prédilection le rachis (40%), la hanche (25%) et le genou (8%) [7,8]. Troisièmement, notre patiente présentait une atteinte du poignet qui représente moins de 1% des cas de tuberculose ostéoarticulaire [9,10]. Cette atteinte s'associe généralement à d'autres localisations [11] comme c'est le cas chez notre patiente et succède généralement à une ostéite (radius, scaphoïde, semi-lunaire) ou parfois à une téno-synovite des fléchisseurs [12].

Le diagnostic de certitude a été fait par la mise en évidence d'un follicule tuberculeux après examen anatomopathologique de la pièce de biopsie chirurgicale du genou gauche et de celle de l'adénopathie cervicale.

Cette forme de tuberculose avec atteintes ostéoarticulaires requiert une durée de traitement anti-tuberculeux de 12 à 18 mois [13]. Si toutes ces localisations requéraient une immobilisation en position de fonction, celles du rachis dorsolombaire et des hanches étaient particulières. Le rachis dorsolombaire nécessitait une immobilisation par un corset rigide pour assurer une stabilité en raison du haut risque de compression médullaire et la hanche nécessitait une mise en traction précoce dès qu'il y avait une forte suspicion à cause du risque de destruction [14]. Rappelons qu'après le mal de Pott, la hanche est la seconde localisation la plus grave tant sur le plan vital que fonctionnel [15].

CONCLUSION

La tuberculose multifocale même si elle survient habituellement sur un terrain immunodéprimé peut aussi se manifester chez des sujets immunocompétents même avec des présentations inhabituelles. Il est vrai que cette

éventualité est rare surtout en Afrique subsaharienne. Il faudrait s'atteler à éliminer tous les facteurs usuels d'immunodépression en priorité le VIH. Le traitement fait précocement et pendant une durée suffisante contribue à améliorer le pronostic.

DÉCLARATION D'INTÉRÊT

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

RÉFÉRENCES

1. Mabilia-Babela JR, Makosso E., Senga P. *Med Trop* 2007;67:41-4.
2. Bousset L, Marchand B, Blineau N, C Pariset C, M Hermier, G Picaud, M Emin, A Coulon, P Pagnon, A Rode, J Pin-Leveugle, A Boibieux, Berthezène Y. *Imagerie de la tuberculose ostéoarticulaire. J Radiol* 2002;83:1025-34.
3. Babhulkar SS. Editorial Comment. *Clin Orthop Relat Res* 2002;398:2-3.
4. Pertuiset E, Beaudreuil J, Hrusitzky A, Lioté F, Kemichef F, Richette P, Clerc-Weyl D, Cerf L, Dorfmann H, Glowinski J, Crouzet J, Ziza LM, Bardin T, Meyer O, Dryll A, Kahn MF. Aspects épidémiologiques de la tuberculose ostéoarticulaire de l'adulte. Étude rétrospective de 206 cas diagnostiqués en région parisienne durant la période 1980-1994. *Presse Med* 1997;26:311-5.
5. Denis-Delpierre N, Merrien D, Billaud E, Besnier JM, Duhamel E, Hutin P, Andrieux F, Delaunay C, Rogez JP, Arzac P, Chennebault JM, Raffi F: [Multifocal tuberculosis. About 49 cases in the midwest region. GERICCO (Group for Epidemiology and Research in Clinical Infections of the Central West of France), 1991-1993]. *Pathol Biol* 1998 ;46(6):375-9.
6. Pertuiset E. Tuberculose ostéoarticulaire extravertébrale. *Rev Rhum* 2006;73: 387-93.
7. Mittal R, Trikha V, Rastogi S. Tuberculosis of patella. *Knee* 2006;13(1):54-6.
8. Adler AC. Tuberculosis: old world treatment for new world disease. *Clin Imaging* 2009;33(2):136.
9. Bodur H, Erbay A, Bodur H, Yilmaz O, Kulacoglu S. Multifocal tuberculosis presenting with osteoarticular and breast involvement. *Ann Clin Microbiol Antimicrob* 2003;2:6.
10. Benchakroun M, El Bardouni A, Zaddoug O, Kharmaz M, El Yaacoubi M, Ouadghiri M, El Manouar M. Tuberculose du poignet: symptômes et évolution de 11 ans. *Rev Chir Orthop* 2004;90:337-45.
11. Ben-Elazmia L, Etaouil N, Mkinsi O. Tuberculose multifocale avec téno-synovite du poignet (à propos d'un cas). *Rev Maroc Chir Orthop Traumatol* 2007;33:38-42.
12. Ladeb MF, Chehata S, Kouhen J, Radhouane F, Wybier M. Tuberculose articulaire des membres. In: Laredo JD, Morvan G, Wybier M. *Imagerie ostéoarticulaire, Médecine-Sciences* 1998;1:383-87. In: Pertuiset E. Tuberculose ostéoarticulaire extravertébrale. *Rev Rhum* 2006;73:387-93.
13. Arora A, Nadkarni B, Dev G, Chattopadhyaya D, Jain AK, Tuli SM, Kumar S. The use of immunomodulators as an adjunct to antituberculous chemotherapy in non-responsive patients with osteo-articular tuberculosis. *J Bone Joint Surg Br* 2006;88(2):264-9.
14. Babhulkar S, Pande S. Tuberculosis of the hip. *Clin Orthop Relat Res* 2002;398:93-9.
15. Adjrad A, Martini M. Tuberculous osteoarthritis of the hip in adults. *Int Orthop* 1987;11(3):227-33.