

Case report

Tuberculose du médio-pied, une localisation inhabituelle: à propos d'un cas

Hicham Hachimi^{1,&}, Latifa Tahiri¹, Nadira Kadi¹, Abdelhalim Ibrahimi², Abdelmajid Elmrini², Taoufik Harzy¹

¹Service de rhumatologie CHU Hassan II, Fès, Maroc, ²Service de traumatologie-orthopédie CHU Hassan II, Fès, Maroc

[&]Corresponding author: Hicham Hachimi, Service de rhumatologie CHU Hassan II, Fès, Maroc

Key words: Tuberculose osseuse, pied, cheville, lésion, bacille de Koch, ostéoarthrite, Maroc

Received: 21/04/2011 - Accepted: 09/02/2012 - Published: 21/03/2012

Abstract

La tuberculose ostéoarticulaire représente 2 à 5% de l'ensemble des tuberculoses, la localisation au médio-pieds est rare. Nous en rapportons le cas d'une patiente âgée de 18 ans, qui présente depuis 2 ans des douleurs du médio-pied droit inflammatoires avec tuméfactio, La radiographie a montré des géodes et des érosions des os naviculaire et cunéiformes. L'IRM a orienté vers le diagnostic de tuberculose confirm par biospie et étude anathomopathologique. C'est pourquoi devant tout tableau clinique traînant ou devant toute lésion osseuse suspecte ou de présentation atypique le diagnostic de tuberculose doit être évoqué afin d'éviter un retard diagnostique.

Pan African Medical Journal. 2012; 11:53

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/11/53/full/>

© Hicham Hachimi 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 constitue un problème de santé publique majeur dans le monde. Elle est responsable de trois millions de décès par année dont 95% enregistrés dans les pays du tiers monde. La tuberculose ostéo-articulaire représente 2 à 5% de l'ensemble des tuberculoses et 11 à 15% des tuberculoses extra-pulmonaires, la localisation au médio-pieds est rare. Nous en rapportons une nouvelle observation.

Patient et observation

Mlle K.K âgée de 18 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui présente depuis 2 ans des douleurs de la cheville et du médio-pied droit d'horaires inflammatoires, quelques mois plus tard, ces douleurs se sont aggravées avec apparition de tuméfaction en regard du médio-pied droit sans signes inflammatoires en regard (**Figure 1**). Le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général. L'examen clinique a objectivé la présence de synovite au niveau du médio-pieds sans signes inflammatoires en regard, la mobilisation des articulations du médio-pied était douloureuse. La patiente a bénéficiée d'un bilan biologique qui n'a pas montré de syndrome inflammatoire avec vitesse de sédimentation à 10 mm, et une C-réactive protéine à 7 mg/l, vu le caractère insidieux un bilan physiologique a été demandé, notamment une intradermoréaction à la tuberculine qui est revenue positive à 9mm, la recherche de bacille de Koch dans les expectorations était négative et la radiographie de thorax ne montrait pas de lésion radiologique, notamment pas de signe radiologique en faveur de la tuberculose. La radiographie des pieds a montrée des géodes et des érosions osseuses des os naviculaire et des cunéiformes avec destruction des surfaces articulaires (**Figure 2**), d'où la réalisation d'une IRM qui a révélée une synovite des articulations du médio-pied droit responsable de larges géodes osseuses et d'anomalies du signal évoquant en une arthropathie infectieuse type tuberculose (**Figure 3**). Une ponction articulaire avait objectivée une formule panachée, 1500 éléments blanc par mm³ avec 40% de lymphocytes et la recherche de bacilles de Koch était négative à l'examen direct. La biopsie synoviale et osseuse avec étude anatomopathologique qui a montrée la présence de larges foyers de nécrose caséuse sur un fond lymphoplasmocytaire et de nombreux follicules épithélioïdes et géo-giganto-cellulaires confirmant la tuberculose du médio-pied.

Un traitement par antibiothérapie antibacillaire pendant six mois, conformément au programme national marocain de lutte anti-tuberculeuse, a été démarré chez la patiente à base de l'association éthambutol, pyrazinamide, isoniazide et rifampicine pendant deux mois puis l'association pyrazinamide et rifampicine pendant quatre mois.

Discussion

En dépit de l'attention relativement limitée accordée à la tuberculose, elle reste une des principales infections qui cause des décès dans le monde entier [1,2]. La tuberculose ostéo-articulaire représente 2% à 5% de l'ensemble des tuberculoses et 11% à 15% des tuberculoses extra-pulmonaires [3,4]. La principale localisation est la tuberculose vertébrale qui représente au moins environ 50% des cas [5-8]. La localisation au niveau du pied et de la cheville est plus rare [9,10].

Les manifestations cliniques aspécifiques expliquent un retard diagnostique pouvant aller de quelques semaines à plusieurs mois [11,12]. Les principales manifestations cliniques sont la douleur, la tuméfaction et l'impotence fonctionnelle. Les manifestations systémiques comme la fièvre, les sudations nocturnes, l'amaigrissement sont rares. À des stades tardifs, on peut observer une fistulisation sur la peau [13]. L'intradermoréaction est positive dans 90 % des cas de patients immunocompétents mais sa négativité n'exclut pas le diagnostic [14]. La radiographie du thorax n'est pas d'une grande spécificité car plus de 80 % des patients n'ont pas de tuberculose active concomitante [15].

La radiographie osseuse standard est aspécifique. Au début, la tuméfaction des tissus mous et la décalcification peuvent être présentes avant les signes tardifs de destruction osseuse [15]. L'IRM reste l'examen de choix, elle est sensible dès le début de l'infection et permet de distinguer les zones osseuses infectées des zones saines et de montrer l'extension aux tissus mous et aux articulations avoisinantes.

Cependant, ni les signes cliniques, biologiques ni les signes d'imagerie ne permettent de confirmer le diagnostic. C'est la biopsie avec analyse histologique et bactériologique qui reste indispensable [16]. Parfois le diagnostic de l'ostéoartrite tuberculeuse est difficile, vu le caractère paucibacillaire, et la confirmation se fait par méthode PCR, cette technique se base sur la mise en évidence de l'ADN mycobactérien par la PCR avec une spécificité de 92% à 98% [17,18].

Le traitement est essentiellement médical par antibacillaire qui permet de limiter l'évolution vers les séquelles douloureuses et les déformations, la majorité des lésions guérissent en 6-12 semaines sous le traitement médical.

Le traitement chirurgical est indiqué en cas d'insuffisance du traitement médical, lorsque persiste une synovite, une fistule ou un abcès. Enfin la chirurgie permet de corriger les déformations séquellaires et douloureuses [19,20]. C'est principalement les gestes d'arthrodèses qui sont indiqués au niveau du pied et de la cheville.

Conclusion

L'atteinte ostéo-articulaire du pied par le bacille de Koch est rare, c'est pourquoi devant tout tableau clinique traînant ou devant toute lésion osseuse suspecte ou de présentation atypique le diagnostic de tuberculose doit être évoqué afin d'éviter un retard diagnostique et permettre une prise en charge thérapeutique précoce.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Figures

Figure 1: synovite sans signe inflammatoire du médio-pied droit

Figure 2: géodes et érosions osseuses au niveau du médio-pied droit

Figure 3: coupe IRM sagittale des synovites des articulations du médio-pied avec larges géodes osseuses

Références

1. Ruggieri M, Pavone V, Polizzi A, Smilari P, Di Fede GF, Sorge G, Musumeci S. Tuberculosis of the ankle in childhood: clinical, roentgenographic and computed tomography findings. *Clin Pediatr (Phila)*. 1997 Sep;36(9):529-34. **This article on PubMed**
2. Dhillon MS, Nagi ON. Tuberculosis of the foot and ankle. *Clin Orthop Relat Res*. 2002 May;(398):107-13. **This article on PubMed**
3. Evanchick CC, Davis DE, Harrington TM. Tuberculosis of peripheral joints: an often missed diagnosis. *J Rheumatol*. 1986 Feb;13(1):187-9. **This article on PubMed**
4. Jutte PC, van Loenhout-Rooyackers JH, Borgdorff MW, van Horn JR. Increase of bone and joint tuberculosis in The Netherlands. *J Bone Joint Surg Br*. 2004 Aug;86(6):901-4. **This article on PubMed**
5. Pertuiset E, Beaudreuil J, Horowitzky A, Lioté F, et al. Epidemiological aspects of osteoarticular tuberculosis in adults. Retrospective study of 206 cases diagnosed in the Paris area from 1980 to 1994. *Presse Med*. 1997 Mar 8;26(7):311-5. **This article on PubMed**
6. Houshian S, Poulsen S, Riegels-Nielsen P. Bone and joint tuberculosis in Denmark: increase due to immigration. *Acta Orthop Scand*. 2000 Jun;71(3):312-5. **This article on PubMed**
7. Watts HG, Lifeso RM. Tuberculosis of bones and joints. *J Bone Joint Surg Am*. 1996;78:288-98. **This article on PubMed**
8. Benbouazza K, El Maghraoui A, Lazrak N, Bezza A, Allali F, Hassouni F, et al. Les aspects diagnostiques de la tuberculose ostéoarticulaire - Analyse d'une série de 120 cas identifiés dans un service de rhumatologie. *Sem Hop Paris*. 1999; 75:1057-64
9. Tuli SM. Tuberculosis of the skeletal system (bones, joints, spine and bursal sheaths), New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd.; 1991. p. 3-122
10. Martini M, Adjrad A. Tuberculosis of the ankle and foot joint. In: Martini M, editor. Tuberculosis of the bones and joint. Berlin :Springer Verlag; 1988
11. Vaughan KD. Extraplural osteoarticular tuberculosis: a forgotten entity. *West Indian Med J*. 2005; 54(3): 202-206. **This article on PubMed**
12. Bozkurt and all. Isolated medial cuneiform tuberculosis: a case report. *J Foot Ankle Surg*. 2005; 44: 60-63. **This article on PubMed**
13. Zacharia TT, Shah JR, Patkar D, Kale H, Sindhwani V. MRI in ankle tuberculosis: Review of 14 cases. *Australas Radiol*. 2003 Mar;47(1):11-6. **This article on PubMed**
14. Nielsen FF, Helmig O, Carvalho A. Case report 533: Tuberculosis of calcaneus and talus with negative tuberculin skin test. *Skeletal Radiol*. 1989;18(2):153-5. **This article on PubMed**
15. Ridley N, Shaikh MI, Remedios D, Mitchell R. Radiology of skeletal tuberculosis. *Orthopedics*. 1998; 21:1213-1220. **This article on PubMed**
16. Masood S. Diagnosis of tuberculosis of bone and soft tissue by fine-needle aspiration biopsy. *Diagn Cytopathol*. 1992;8(5):451-5. **This article on PubMed**
17. Ghorbel R, Campaore C. Localisation inhabituelle d'une tuberculose ostéoarticulaire. *Revue du rhumatisme*. 2007; 1039-1208
18. Pertuiset E. Tuberculose ostéoarticulaire extravertébrale. *Revue du Rhumatisme*. 2006;73: 387-393
19. Tuli SM. General principles of osteoarthicular tuberculosis. *Clin Orthop Relat Res*. 2002 May;(398):11-9. **This article on PubMed**

20. Inoue S, Matsumoto S, Iwamatsu Y, Satomura M. Ankle tuberculosis: a report of four cases in a Japanese hospital. J Orthop Sci. 2004;9(4):392-8. **This article on PubMed**



Figure 1
Synovite sans signe inflammatoire du médio-pied droit



Figure 2
Géodes et érosions osseuses au niveau du médio-pied droit

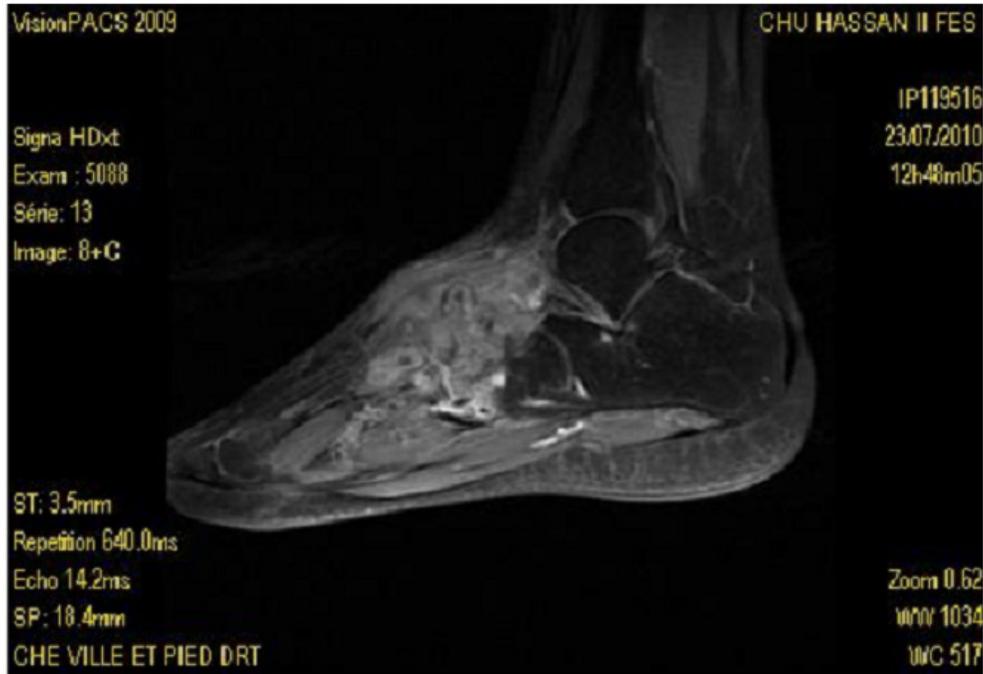


Figure 3
Coupe IRM sagittale des synovites des articulations du médio-pied avec larges géodes osseuses