La tuberculose du talus : une localisation rare (observation chez une patiente de la région de Marrakech, Maroc)

A Rare Localization of Tuberculosis: Talus Tuberculosis (Observation of a Female Patient from Marrakech Region, Morocco)

R. Bouchentouf · K. Koulali Idrissi · Z. Yasser

Reçu le 16 octobre 2017 ; accepté le 2 mars 2018
© Société de pathologie exotique et Lavoisier SAS 2018

Résumé La localisation ostéoarticulaire de la tuberculose est rare et dominée par l'atteinte vertébrale. L'ostéoarthrite tuberculeuse du talus est peu décrite dans la littérature. Elle peut être secondaire à une inoculation directe ou résulter d'une dissémination hématogène à partir d'un foyer le plus souvent pulmonaire. Son diagnostic est difficile, l'imagerie est très évocatrice, mais la confirmation est bactériologique et/ou histologique. Le pronostic dépend de la rapidité du diagnostic et de la précocité du traitement qui est essentiellement médical.

Mots clés Ostéoarthrite · Talus · Tuberculose · Hôpital · Marrakech · Maroc · Afrique du Nord

Abstract Osteoarticular localization is rare and dominated by spinal disease. The talus localization of tuberculosis is rarely described in the literature; it can be secondary of direct inoculation or results from hematogenous dissemination, most of the time from lung tuberculosis. Its diagnosis is difficult; the imaging is very suggestive, but the confirmation is bacteriological and/or histological. The prognosis depends on a rapid diagnosis and the precocity of the treatment which is essentially medical.

Keywords Osteoarthritis · Talus · Tuberculosis · Hospital · Marrakech · Morocco · Northern Africa

R. Bouchentouf (✉) · Z. Yasser
Service de pneumologie, hôpital militaire Avicenne,
avenue Al-Mouqaouama, Marrakech 40000, Maroc
e-mail : bouchentouf_rachid@yahoo.fr

K. Koulali Idrissi
Service de traumatologie, hôpital militaire Avicenne,
avenue Al-Mouqaouama, Marrakech 40000, Maroc

Introduction

La tuberculose ostéoarticulaire représente 1 à 5 % de tous les cas de tuberculose [6]. Elle est dominée par l'atteinte rachidienne dans plus de la moitié des cas. Le genou et la hanche dominent ses localisations périphériques (60 à 80 %), alors que l'ostéoarthrite tuberculeuse du talus est exceptionnelle, puisque seulement une dizaine de cas ont été rapportés dans la littérature [3].

Les auteurs rapportent une nouvelle observation d'ostéoarthrite tuberculeuse du talus.

Observation

La patiente, âgée de 45 ans, de bas niveau socio-économique, vivant dans une région montagneuse du Maroc dans la région de Marrakech, avec une notion de traumatisme de la cheville gauche négligé cinq ans auparavant, présentait depuis trois mois une douleur de cette cheville augmentant progressivement d'intensité dans un contexte fébrile. L'examen clinique trouvait une cheville gauche tuméfiée, rouge, chaude à la palpation et douloureuse à la mobilisation.

La radiographie simple de face objectivait une image lacunaire au niveau du talus (Fig. 1).

La TDM montrait un processus lésionnel ostéolytique du talus avec rupture de la corticale et séquestre osseux en son sein (Fig. 2).

Le bilan biologique révélait un syndrome inflammatoire modéré avec une CRP à 25 mg/l, sans hyperleucocytose. L>IDR à la tuberculine était à 9 mm, la sérologie VIH négative et la glycémie à jeun normale. Un traitement antibiotique visant le staphylocoque comprenant une association d'oxacilline à la dose de 100 mg/kg par jour et de gentamicine à la dose de 4 mg/kg par jour a été instauré sans résultat.

La biopsie chirurgicale avec étude histologique montrait un granulome épithélioïdogigantocellulaire avec des foyers

Fig. 1 Radiographie de la cheville gauche de face montrant une lacune au niveau du talus / *Radiography of the left ankle in face view showing a gap at the talus*

de nécrose caséuse, faisant conclure au diagnostic de tuberculose du talus (Fig. 3).

Le diagnostic de tuberculose a été obtenu chez cette patiente dans les quatre semaines suivant son admission.

La recherche d'autres localisations, notamment pulmonaire, était négative.

Un traitement médical a été instauré pour une durée de neuf mois, avec deux mois de quadrithérapie associant rifampicine, isoniazide, pyrazinamide et éthambutol, suivis de sept mois d'entretien, associant rifampicine et isoniazide, avec immobilisation par une attelle postérieure, associée à une limitation de l'activité physique et un traitement anticoagulant à dose prophylactique à base d'héparine à bas poids moléculaire.

L'évolution clinique et radiologique à la fin du traitement a été marquée par une stabilité radiologique, mais avec persistance d'une raideur articulaire.

Discussion

L'ostéoarthrite tuberculeuse peut être secondaire soit à une inoculation directe, soit à une invasion via un foyer adjacent

Fig. 2 TDM de la cheville gauche de face montrant une lésion ostéolytique avec séquestre osseux au niveau du talus / *CT of the left ankle in face view showing an osteolytic lesion with sequestrum at the talus*

ou résulter d'une dissémination hématogène à partir d'un foyer le plus souvent pulmonaire.

Les facteurs favorisant de telles infections peuvent être locaux comme les traumatismes qui pourraient activer le foyer ostéoarticulaire préexistant, comme c'est probablement le cas chez notre patiente, soit généraux comme l'immunodépression, surtout l'infection par le VIH.

La présentation clinique est atypique et insidieuse, à l'origine du retard du diagnostic : le délai du diagnostic peut varier de quelques mois à des années [5].

Cliniquement, la tuberculose du talus se manifeste par une douleur d'intensité variable, un gonflement de l'articulation de la cheville et une diminution de sa mobilité.

Les signes généraux comme la fièvre, les sueurs nocturnes et l'amaigrissement sont rares : dans les stades évolués de la maladie, les fistules sont fréquemment retrouvées. Les examens biologiques montrent en général un syndrome inflammatoire. L'IDR à la tuberculine est souvent positive, mais sa valeur diagnostique reste limitée en zone d'endémie.

La radiographie osseuse standard est peu spécifique et peut être normale au début. Les lésions retrouvées sont variables en fonction du stade évolutif et de l'âge du patient [1]. Martini a décrit des stades pouvant aller du stade 1 (synovite pure) au stade 5 (atteinte destructrice et déformante) [4]. L'échographie, plus sensible que la radiographie standard, peut montrer un épaississement synovial, un épanchement articulaire et des abcès périarticulaires : elle permet aussi de guider des ponctions.

Fig. 3 Photomicrographie (HES $\times$ 250) montrant une réaction inflammatoire granulomateuse épithélioïdogigantocellulaire avec nécrose caséeuse / *Photomicrograph (HES $\times$ 250) showing a giant cell epithelial granulomatous inflammatory reaction with caseous necrosis*

La TDM montre la présence de destructions osseuses, des calcifications et des séquestres osseux, mais c'est surtout l'IRM, examen plus sensible, qui détecte précocement les anomalies osseuses et les tissus mous. La clinique, l'imagerie et la biologie orientent vers le diagnostic d'une infection ostéoarticulaire sans prévoir le germe en cause.

Devant toute monoarthrite chronique, il faut discuter une infection à germe pyogène essentiellement à staphylocoque : la preuve de la tuberculose, en dehors de l'existence d'une atteinte extrasquelettique, est apportée par la bactériologie et/ou l'histologie.

L'analyse histologique de la biopsie synoviale est plus rapide que la culture qui ne se positive qu'après trois à dix semaines dans cette forme paucibacillaire.

Des techniques modernes, telle la PCR, permettent de raccourcir le délai du diagnostic.

Le traitement de l'ostéoarthrite tuberculeuse est essentiellement médical, fondé sur une quadrithérapie à la phase initiale pendant deux mois, suivie par une bithérapie dont la durée n'est pas consensuelle.

Selon les recommandations de l'OMS, la durée totale du traitement de la tuberculose ostéoarticulaire est de neuf mois.

Une immobilisation plâtrée est associée au traitement médical. Quant au recours à la chirurgie, il est de plus en plus rare, mais permet des prélèvements histologiques, un drainage de l'abcès. Parfois, une synovectomie peut être justifiée en cas de lésions chroniques avancées : elle permet aussi la correction des déformations séquellaires et douloureuses [2].

L'évolution est favorable sous traitement médical, le pronostic étant lié au degré de l'extension des lésions et à la précocité du traitement.

Conclusion

La tuberculose isolée du talus est une localisation rare de la tuberculose, dont le diagnostic est difficile parce que la symptomatologie est non spécifique. L'imagerie est très évocatrice, mais la confirmation est bactériologique et/ou histologique.

Le pronostic fonctionnel de l'articulation de la cheville dépend de la rapidité du diagnostic et de la précocité du traitement qui est essentiellement médical.

Liens d'intérêt : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

Références

1. Boussel L, Marchand B, Blineau N, et al (2002) Imagerie de la tuberculose ostéoarticulaire. *J Radiol* 83:1025–34 (doi : JR-09-2002-83-9-C1-0221-0363-101019-ART3)
2. Boussouga M, Tanane M, Bousselmane N, et al (2002) La tuberculose du talus : une localisation rare du bacille de Koch. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 88:522–5
3. Dahuja A, Dahuja G, Kaur R, Bansal K (2014) Isolated tuberculosis of talus: a case report. *Malaysian Orthop J* 8:61–2 (doi : 10.5704/MOJ.1403.001)
4. Martini M (1988) La tuberculose ostéoarticulaire. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 215 p
5. Mjid M, Toujani S, Rekik S, et al (2016) Ostéoarthrite chronique de la cheville révélatrice d'une tuberculose pulmonaire. *Rev Pneumol Clin* 72:214–17 (doi : 10.1016/j.pneumo.2015.11.002)
6. Yombi JC, Vandercam B, Cornu O, et al (2007) Ostéoarthrite tarsienne : une localisation rare de la tuberculose. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 93:740–5