

TUBERCULOSE OSSEUSE DU POUCE REVELEE PAR UN TRAUMATISME

S. BELLARBI, E. BELKORCHIA, A. CHIBOUB, M. EL YACOUBI, MS. BERRADA, A. EL BARDOUNI, M. EL MANNOUAR

Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, Hôpital Ibn Sina, CHU Rabat-Salé, Maroc.

RESUME

La tuberculose digitale est rare et pose un problème de diagnostic différentiel avec d'autres affections tumorales et métaboliques. L'examen histologique constitue un élément fiable et facile à réaliser pour le diagnostic positif d'autant plus que les examens biologiques peuvent être négatifs. Nous rapportons le cas d'une patiente de 43 ans qui a consulté pour des douleurs post traumatiques du pouce droit. Les radiographies de la main ont mis en évidence une fracture diaphysaire de la première phalange du pouce avec une lyse osseuse perifracturaire. L'examen histologique a permis de poser le diagnostic d'une tuberculose osseuse devant l'aspect d'ostéite granulomateuse associée à une nécrose caséuse. La patiente a été mise sous traitement antituberculeux pendant 12 mois. L'évolution était bonne avec disparition des signes cliniques et radiologiques.

Mots clés : tuberculose osseuse ; pouce ; traumatisme.

SUMMARY

Tuberculous dactylitis is uncommon which is difficult to differentiate from tumorous and metabolic affections. The histological study constitutes a reliable and easy element to achieve for the positive diagnosis especially as the biologic study can be negative. We report the case of a 43 year old woman who consulted for a post traumatic painful inch of the right hand. The x-ray of the hand visualized a fracture of the first phalanx of the inch with a lyse bony. Pathology examination of a biopsy specimen revealed granulomatous with caseous necrosis specific of tuberculous. The clinical signs and radiographs resolved after anti tuberculosis treatment for 12 months.

Key words : bone tuberculous ; inch ; trauma

INTRODUCTION

La tuberculose digitale est rare. Les difficultés du diagnostic sont multiples dues au masque traumatique et la non spécificité des signes cliniques et radiologiques. Toutes ces raisons nous ont incité à rapporter cette observation.

OBSERVATION

Mme B.F, âgée de 43 ans a consulté en novembre 2002 pour des douleurs « post-traumatiques » du pouce droit. L'examen clinique a objectivé une tuméfaction en fuseau du pouce droit sans lésion cutanée associée ni signes inflammatoires. Le reste de l'examen de la main était sans particularité.

Le bilan radiologique standard a révélé une fracture diaphysaire de la première phalange du pouce avec une lyse osseuse perifracturaire sans réaction périostée associée à un pincement de l'articulation métacarpophalangienne (fig.1). L'aspect radiographique du reste de la main et du poignet était normal.

Le bilan biologique a mis en évidence un syndrome inflammatoire avec une VS à 80mm/h. Le bilan immunologique n'a pas été pratiqué.

L'exploration chirurgicale a mis en évidence un aspect infiltré des parties molles et un os de la première phalange du pouce d'aspect multigéodique avec un matériel nécrotique grisâtre à l'intérieur du foyer de fracture.

L'analyse bactériologique était négative notamment la culture sur milieu de Lowenstein.

L'examen histologique a objectivé un tissu osseux siège d'un granulome épithélio-giganto-cellulaire centré par une nécrose caséuse. Cet aspect caractéristique a permis de poser le diagnostic d'une ostéite tuberculeuse de la première phalange du pouce.

L'interrogatoire n'a pas trouvé de notion de contagé tuberculeux.

Un bilan tuberculeux à la recherche d'autres localisations a été réalisé notamment la radiographie thoracique qui était normale. L'intradermoréaction à la tuberculine était positive. La recherche de BK dans les crachats était négative et la scintigraphie osseuse n'a pas mis en évidence d'autres localisations osseuses.

La patiente a été mise sous polychimiothérapie antibacillaire à base de streptomycine + rifampicine + isoniazide + pyrazinamide pendant 12 mois. Une immobilisation du pouce dans une orthèse pendant un mois était associée. La consolidation a été obtenue au bout du 3ème mois (fig.2). L'évolution après un recul de deux ans est bonne avec disparition des signes cliniques et radiologiques.



Fig. 1 : Radiographie du pouce droit : fracture de la première phalange avec lyse perifracturaire



Fig. 2 : Radiographie de contrôle après trois mois de traitement : reconstruction osseuse

DISCUSSION

La tuberculose ostéoarticulaire sévit encore dans les pays endémiques, elle vient en 4ème position après la tuberculose pulmonaire, urogénitale et ganglionnaire (1). Elle est fréquente chez l'adulte jeune de sexe féminin (2).

La tuberculose de la main est très rare, elle représente 2 à 4%, on lui associe les localisations au niveau du poignet, des gaines synoviales des tendons et des articulations des doigts. La localisation au niveau du carpe et des phalanges est exceptionnelle (3, 4, 5). Elle survient préférentiellement chez les enfants entre 1 et 6 ans et les adultes entre 20 et 50 ans. Il existe une prédominance masculine avec un sexe ratio de 3 (6). La phalange proximale du médus et de l'index sont les plus fréquemment atteintes (6). Chez notre patiente, il y'avait une atteinte de la première phalange du pouce.

Le début est souvent insidieux, la fistule cutanée constitue le principal signe évocateur en l'absence d'une histoire infectieuse chronique. La tuberculose osseuse est rarement isolée, le plus souvent elle est secondaire à une autre localisation et sa dissémination se fait par voie hématogène (1, 2).

Le diagnostic est souvent tardif avec un délai moyen de 17,5 mois (3).

La notion de traumatisme est souvent un mode révélateur comme notre observation et la discordance radio clinique est expliquée par la longue tolérance de la maladie (3).

Cliniquement, l'existence de facteurs de risque tels un diabète, sida, traitement immunodépresseur ou une notion de contagé tuberculeux peut orienter le diagnostic.

Sur le plan local, le symptôme le plus précoce est la douleur du fait de l'atteinte de la synoviale qui se fait en même temps que l'os. Plus tardivement, le doigt augmente de volume avec apparition de signes inflammatoires parfois d'ulcérations et de fistules aboutissant à l'aspect de spina ventosa.

Le bilan inflammatoire et la formule blanche sont souvent normaux. L'intradermoréaction est habituellement positive, mais négative elle n'exclut pas le diagnostic.

Radiologiquement, la tuberculose osseuse digitale peut prendre plusieurs aspects, de la simple déminéralisation de la corticale non spécifique à l'aspect géodique ou grignoté de la phalange plus évocateur. L'absence de réaction périostée est également évocatrice de la tuberculose.

La scintigraphie osseuse permet un diagnostic précoce. Elle est pratiquée souvent pour la recherche d'autres localisations de la maladie (3).

Le diagnostic de certitude repose sur l'identification du germe qui est exceptionnelle. La biopsie osseuse reste le seul moyen de diagnostic simple et fiable. Qu'elle soit chirurgicale ou percutanée, elle fait le diagnostic dans 9/10 des cas (1,2).

L'aspect histologique est celui d'un granulome constitué de cellules épithéloïdes et de cellules géantes de Langhans associé à une nécrose caséuse.

Le diagnostic différentiel se fait avec l'ostéomyélite chronique, le chondrome, l'ostéome ostéoïde, la synovite villonodulaire, la

sarcoïdose, la maladie de Paget, les hyperparathyroïdies et la brucellose (7, 8, 9, 10).

Le traitement de la tuberculose osseuse est médical selon le dernier consensus de l'OMS. Il repose sur l'association de plusieurs anti-tuberculeux dont les plus utilisés actuellement sont les suivants : rifampicine (R), isoniazide (H), pyrazinamide (Z), éthambutol (E) et streptomycine (S).

Dans notre pays et depuis 1955, nous traitons la tuberculose selon un protocole de 12 mois : 2 mois de SRHZ puis 10 mois de RH. L'évolution sous traitement médical avec ou sans immobilisation se fait vers la guérison mais le pronostic fonctionnel de la main est parfois mauvais à cause du retard diagnostique (3, 9).

REFERENCES

- 1- Eschard JP, Leone J, Etienne JC. Tuberculose osseuse et articulaire des membres. Edition technique. EMC. Appareil locomoteur 1993 ; 14-185-A-10, 15p.
- 2- Martini M, Adjard A, Boudjemaa A. Tuberculous osteomyelitis : a review of 125 cases. *Int Orthp* 1986 ; 10 : 201-208.
- 3- Benkeddache Y, Sidhoum SE, Derridj A. Les différents aspects des tuberculoses de la main à propos d'une série de 45 cas. *Ann Chir Main* 1982 ; 7 : 166-175.
- 4- Al Qatar MM, Bowen V, Manktelow RT. Tuberculosis of the hand. *J Hand Surg Br* 1994 ; 19 : 234-237.
- 5- Bush DC, Shneider LH. Tuberculosis of the hand and wrist. *J Hand Surg Am* 1984 ; 9 : 391-398.
- 6- Abdelwahab IF, Lewis MM, Klein MJ, Hermann G. Case report 528 : tuberculous dactylitis (right great toe). *Skeletal Radiol* 1989 ; 18 : 133-135.
- 7- Jensen CH, Paerregaard A. A diagnostic problem in tuberculous dactylitis. *J Hand Surg Br* 1991 ; 16 : 202-203.
- 8- Brazille P, Timsit MA, Quillard A, Laredo JD. Tuberculous dactylitis of a single phalanx. *Rev Rhum Engl Ed* 1998 ; 65 : 511-512.
- 9- Sunderamoorthy D, Gupta V, Bleetman A. TB or not TB : an unusual sore finger. *Emerg Med J* 2001 ; 18 : 490-491.
- 10- Murray RO, Jacobson HG. The radiology of skeletal disorders. Ed 1 Edinburgh Churchill Livingstone 1977 ; pp 559-561.