

TUBERCULOSE DE LA CHEVILLE GAUCHE CHEZ UN PATIENT IMMUNOCOMPÉTENT AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE – HUBERT KOUTOUCOU MAGA DE COTONOU AU BENIN.

AZON-KOUANOU A¹., GNONLONFOUN D²., GBESSI DG³., AGBODANDE KA¹., PRUDENCIO RDTK¹., ADE S⁴., SEHONOU J¹.,
ZANNOU DM¹., OLORY-TOGBE JL³., ADE G¹. HOUNGBE F¹.,

1 Service de Médecine Interne et Oncologie Médicale du CNHU-HKM-Cotonou (Bénin)

2 Clinique Universitaire de Neurologie du CNHU-HKM de Cotonou (Bénin)

3 Service de Chirurgie Viscérale du CNHU-HKM-Cotonou (Bénin)

4 Centre Universitaire de Pneumo-Physiologie d'Akpakpa Cotonou (Bénin)

Auteur correspondant : Dr AZON-KOUANOU Angèle, 06 BP 1782 Cotonou,

Téléphone : 00 (229) 97 99 78 50

Email angele.azonkouanou@gmail.com

RÉSUMÉ

La tuberculose ostéoarticulaire s'observe souvent sur un terrain immunodéprimé en particulier le VIH. Nous rapportons un cas rare de tuberculose de la cheville gauche chez un patient adulte jeune âgé de 45 ans immunocompétent. Le diagnostic a été bactériologique par la mise en évidence dans du pus de l'articulation de la cheville gauche des bacilles de Koch sensibles à la Rifampicine. Le traitement a été médical selon le protocole national du Bénin.

Mots clés : Tuberculose extra pulmonaire, tuberculose ostéoarticulaire, immunocompétent, traitement médical

SUMMARY

Osteoarticular TB often occurs in an immunocompromised field in particular HIV. We report a rare case of tuberculosis of the left ankle in a young adult patient age of 45 years immunocompetent. The diagnosis has been bacteriological by highlighting in the PUs of the articulation of the left ankle of rifampin-sensitive Koch bacilli. The treatment has been medical under the national protocol of Benin.

Key words: extra pulmonary tuberculosis, Osteoarticular tuberculosis, immunocompetent, medical treatment

INTRODUCTION

La tuberculose demeure un problème majeur de santé publique. C'est une maladie ré-émergente avec l'avènement du VIH/SIDA [13]. La tuberculose pulmonaire est de diagnostic facile, basé sur des arguments cliniques bien codifiés et para cliniques notamment la mise en évidence du Mycobactérium Tuberculosis dans toutes sécrétions ou pièces biopsiées. Les formes extra pulmonaires sont moins fréquentes et s'observent surtout sur les terrains immunodéprimés [2]. La tuberculose ostéoarticulaire représente 2 à 5% de l'ensemble des tuberculoses et 11-15% des tuberculoses extra pulmonaires [6]. Ces localisations atypiques témoignent souvent d'une primo-infection tuberculeuse pulmonaire passée inaperçue ou d'une tuberculose pulmonaire en diffusion hématogène concomitante. Nous rapportons ici un cas rare de tuberculose de la cheville chez un adulte jeune immunocompétent

OBSERVATION :

Monsieur SF âgé de 45 ans, tradithérapeute de profession, était admis en hospitalisation de Médecine Interne le 17 Août 2015 pour la prise en charge d'une

fièvre associée à une douleur inflammatoire de la cheville gauche.

Ce patient ne présentait aucun antécédent pathologique particulier ; il n'y avait pas de notion d'alcoolisme, ni de tabagisme. L'enquête sociale révélait qu'il était marié et père de 6 enfants.

L'anamnèse révélait que le début remonterait à 2 ans avant l'admission par l'apparition d'une tuméfaction de la cheville gauche, devenue douloureuse avec altération progressive de l'état général, une fièvre intermittente. Pour ces motifs, Mr SF a consulté plusieurs médecins sans succès. Il a réalisé une automédication à domicile avec des antibiothérapies non précisées. En tant que tradithérapeute, il a essayé aussi plusieurs tisanes orales et locales pendant au moins 1 an avec des améliorations transitoires. C'est l'apparition une semaine avant l'admission d'un nouvel épisode de fièvre avec des frissons intenses, une toux avec des expectorations purulentes qui a rendu son maintien à domicile difficile que sa famille décida de le conduire aux urgences. L'examen aux urgences retrouvait un syndrome de réponse inflammatoire systémique avec une température à 39°C, une pression artérielle à 90/60 mm Hg, un pouls à 109

pulsations par minute, un syndrome de condensation pulmonaire et la tuméfaction douloureuse du pied et de la cheville gauches. Un sepsis a été retenu et une triple antibiothérapie par Ceftriaxone, Ciprofloxacine et Métronidazole a été conduite pendant 7 jours avant son transfert en médecine Interne.

L'examen clinique à l'admission dans le service de Médecine Interne a objectivé un mauvais état général avec une température à 39°C, un pouls à 104 pulsations par minute, une fréquence respiratoire à 20 cycles par minute, une tension artérielle à 130/80 mmHg, le poids était à 55 kg et la taille était de 167cm ; l'index de masse corporelle était de 21,5 kg/m².

L'examen physique a noté sur le plan local, une tuméfaction douloureuse, rénitente de la cheville gauche, une plaie punctiforme suintante en regard de la malléole latérale externe ; au niveau de cette région, il existait des lésions de cicatrisation ancienne (Figure 1).



Figure n° 1 : Plaie de la face externe de la cheville
L'examen pleuropulmonaire avait objectivé un syndrome de condensation du champ pulmonaire gauche. Le reste de l'examen physique était normal en l'occurrence, les aires ganglionnaires superficielles étaient libres

Les examens complémentaires avaient révélé :
Une hyperleucocytose à 12.000/mm³, avec une Polynucléose neutrophile (PN) à 80%, une Vitesse de sédimentation (VS) à 87 mm à la 1ère heure, la C- Réactive protéine (CRP) à 156 mg/l. Les hémocultures étaient négatives et l'écouvillonnage de la plaie n'isolait aucun germe. L'Intradermo- réaction (IDR) à la tuberculine était négative, de même que la sérologie VIH. L'examen des crachats à la recherche des BK était négatif à l'examen direct et à la PCR. La radiographie de la cheville gauche montrait des ostéolyses au niveau du coup-de-pied gauche (Figure n°2).

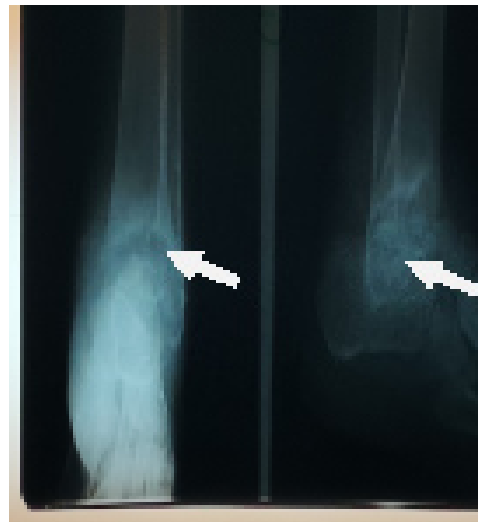


Figure n° 2 : Radiographie de la cheville gauche (Face et Profil) : images de lyse osseuse.
La radiographie pulmonaire de face montrait une opacité dense homogène avec un bronchogramme aérique des 2/3 du poumon gauche, compatible avec une condensation pulmonaire radiologique, (Figure n°3)



Figure n°3 : Radiographie pulmonaire (Face): lésion des 2/3 pulmonaire gauche
Prise en charge et évolution
Dans l'hypothèse initiale d'une septicémie à point de départ cutané à localisation pulmonaire, une triple antibiothérapie a été initiée après avis des traumatologues ; elle a associé Ceftriaxone, Ciprofloxacine et Lincomycine. L'évolution a été marquée par une persistance de la fièvre, des râles crépitants avec apparition sur la face externe de la cheville de deux petits abcès (Figure n° 4)



Figure n° 4 : Micro abcès de la face externe de la cheville

De nouveaux prélèvements du pus par écouvillonnage à la recherche des bacilles de Koch (BK) étaient positifs avec la présence des bacilles sensibles à la Rifampicine. Le diagnostic final retenu était alors une tuberculose multifocale, ostéoarticulaire et pulmonaire. Un traitement anti tuberculeux a été institué selon le protocole retenu au programme national de lutte contre la tuberculose (PNT) au Bénin : [(2 mois d'Ethambutol, Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide (ERHZ) ; et 4 mois de Rifampicine et Isoniazide (RH)]. L'évolution a été marquée par une défervescence thermique au bout d'une semaine avec régression progressive de la douleur de la cheville et une amélioration progressive de l'état général.

DISCUSSION

La tuberculose, malgré les efforts consentis pour son éradication, reste et demeure un problème de santé publique. Elle se présente sous diverses formes cliniques. C'est une des principales maladies qui cause des décès dans le monde entier [3, 12]. La tuberculose ostéo-articulaire représente 2% à 5% de l'ensemble des tuberculoses et 11% à 15% des tuberculoses extra pulmonaires [4, 6, 7]. Le diagnostic de la tuberculose extra pulmonaire est difficile. Le diagnostic de certitude des atteintes extra pulmonaires repose surtout sur des examens anatomopathologiques des prélèvements [9, 11]. La biopsie avec analyse histologique et bactériologique reste indispensable [8]. Le cas du patient a nécessité plusieurs examens biologiques : l'Intradermoréaction à la tuberculine, la C-Réactive Protéine (PCR) des crachats. Cette PCR qui a pourtant une spécificité de 92 à 98% n'a pas permis de faire le diagnostic [5, 9]. Le diagnostic de certitude chez ce patient a été possible grâce au prélèvement du pus par écouvillonnage à la recherche des bacilles de Koch (BK) qui étaient positifs et sensibles à la Rifampicine. Le diagnostic est tardif du fait du caractère aspécifique des manifestations cliniques à l'origine des errances diagnostiques et

d'évocation d'autres pathologies. La localisation osseuse de la tuberculose habituellement connue est le rachis et la hanche. Les atteintes tuberculeuses de la cheville et du pied sont inhabituelles et rares. Elles représentent 6% à 8% des localisations osseuses [1]. Ces atteintes de la cheville et du pied se manifestent par une impotence fonctionnelle douloureuse de type mécanique avec parfois des fistules spontanées étant donné le caractère superficiel de l'articulation [1, 14]. Le patient avait présenté une tuméfaction douloureuse du pied et de la cheville gauches, une plaie suintante et des zones cicatricielles qui témoignent d'anciennes fistules qui avaient tari. L'infection à VIH est un facteur de risque important pour la diffusion hématogène des bacilles de Koch (BK) et des localisations extra pulmonaires. Ce patient était immunocompétent. L'infection à VIH et la corticothérapie au long cours sont citées comme des facteurs favorisant la tuberculose multifocale [9]. Ce patient n'était pas VIH positif mais la baisse de son immunocompétence pourrait être imputable à son automédication et à l'utilisation des tisanes depuis plusieurs mois. Le retard à la consultation pourrait également expliquer la multiplicité des atteintes et la gravité des lésions ostéo-articulaires comme l'attestent certains auteurs [9]. L'imagerie a une place de choix dans le diagnostic de tuberculose ostéo-articulaire. La radiographie standard peut être normale au début, mais à un stade avancé elle montre des lésions osseuses à type de déminéralisation osseuse, de séquestres ou de géodes. La radiographie de la cheville et du pied du patient a montré des lésions osseuses à type d'ostéolyse. Le scanner et l'Imagerie par résonance magnétique (IRM) sont deux examens spécifiques dans le diagnostic des tuberculoses ostéo-articulaires en montrant au début des lésions précoces. Le traitement est médical basé sur les antituberculeux conformément au protocole du programme national de lutte contre la tuberculose (PNT) en cours au Bénin. Ce qui a permis l'amendement des signes et la défervescence de la courbe thermique, une régression de la douleur et l'amélioration de l'état général du patient. A un stade avancé, la chirurgie interviendra pour le drainage, l'ablation des séquestres et/ou la correction des séquelles fonctionnelles invalidantes (raideur douloureuse, déformation et/ou instabilité) [10].

CONCLUSION

La tuberculose n'a pas fini de livrer tous ses secrets, ce qui explique les errances diagnostiques très fréquentes. Une consultation précoce et un suivi correct des patients aideraient à faire un diagnostic précoce et un traitement médical spécifique gratuit adéquat afin d'éviter les lésions avancées à l'origine des séquelles invalidantes.

REFERENCES

1. **ANNABI H, ABDELKAFI M, TRABELSI M.** La tuberculose ostéo-articulaire. *TunOrthop* 2008 ; 1(1) : 7-17.
2. **Boufettal H, Noun M, Hermas S, Samouh N.** Une cause rare à une tumeur vaginale: la tuberculose. *Imagerie de la Femme*. 2011;21(3):115-17.
3. **DHILLON MS, NAGI ON.** Tuberculosis of the foot and ankle. *Clin Relat Res*. 2002 ; 398 : 107-113.
4. **EVANCHICK CC, DAVIS DE, HARRINGTON TM.** Tuberculosis of peripheral joints : an oftenmissediagnosis. *J Rheumatol*. 1986 ; 13(1) :187-9.
5. **GHORBEL R, CAMPOAORE C.** Localisation inhabituelle d'une tuberculose ostéoarticulaire. *Revue du Rhumatisme* 2007 ; 74 (10-11) : 1114
6. **HICHAM H, LATIFA T, NADIRA K, and al.** Tuberculosis of the midfoot ; an unusual location: report of a case. *Pan Afr Med J*. 2012 ; 11 : 53
7. **JUTTE PC, VAN LOENHOUT-ROOYACKERS JH, BORGDORFF MW, and al.** Increase of bone and joint tuberculosis in the netherlands. *J Bone Joint Surg Br*. 2004 ; 86(6) : 901-4.
8. **MASOOD S.** Diagnosis of tuberculosis of bone and soft tissue by fine-needle aspiration biopsy. *Diagn Cytopathol*. 1992 ; 8(5) : 451-5
9. **PERTUISET E, BEAUDREUIL J, HORUSITZKY A, et al.** Aspects épidémiologiques de la tuberculose ostéoarticulaire de l'adulte. Etude rétrospective de 206 cas diagnostiqués en région parisienne durant la période 1980-1994. *Presse Med* 1997 ; 26(7) : 311-5.
10. **PERTUISET E.** Traitement médical et chirurgical de la tuberculose ostéoarticulaire. *Rev Rhum* 2006 ; 73(4) : 401-408.
11. **RAKOTOSON JL, RAVAHATRA K, ANDRIANASOLO RL, et al.** Tuberculose multifocale révélée par un syndrome de détresse respiratoire aiguë. *Rev Med Madag*. 2011 ; 1(1) : 30-32.
12. **RUGGIERI M, PAVONE V, POLIZZI A, and al.** Tuberculosis of ankle in childhood : clinical, roentgenographic and computedtomographyfindings. *Clin Pediatr (Phila)*. 1997 ; 36(9) : 529-34.
13. **WHO.** Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report. Geneva, World Health Organization, 2009. 48 p. Disponible sur http://www.who.int/tb/features_archive/globalreport09_update_8dec09/en/.
14. **ZACHARIA TT, SHAH JR, PATKARD, and al.** MRI inankle tuberculosis : Review of 14 cases. *Australas Radiol*. 2003