

(CASE REPORT)



Tuberculose Multifocale Avec Localisation Rare Chez Une Patiente Immunocompétente

Israa Lassouli ¹, Mina Moudatir ², Khadija Echchilali ³, Hassan El Kabli ⁴

¹ Résidente, Département de médecine interne, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

² Professeur, Département de médecine interne, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

³ Professeur, Département de médecine interne, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

⁴ Professeur, Département de médecine interne, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Historique de publication : Reçu le 05/01/2025 ; Révision le 06/01/2025 ; Publié le 07/01/2025

DOI : <http://doi.org/10.70602/rimc.25.2.1.22.26>

Résumé

Une résurgence de la tuberculose notamment au profit des formes extra pulmonaires est signalée depuis une dizaine d'années dans les pays du Maghreb.

Les formes multifocales surviennent habituellement chez des sujets immunodéprimés.

Bien que le diagnostic puisse être orienté par des radiographies, l'examen bactériologique et histologique des tissus permet l'isolement du pathogène, l'identification du bacille et la détermination de la sensibilité de la souche au traitement anti bacillaire.

Les localisations rares et inhabituelles de la tuberculose ostéoarticulaire posent souvent un problème de diagnostic pour le clinicien. Tout tableau clinique traînant ou toute lésion osseuse suspecte et de présentation atypique doit faire évoquer le diagnostic de tuberculose dans notre contexte.

Mots-clés : Tuberculose, immunocompétente, symphyse pubienne

1. Introduction :

En raison de sa forte incidence, la tuberculose constitue un problème majeur de la santé publique dans les pays en développement notamment au Maroc. La tuberculose multifocale est définie par l'atteinte d'au moins deux sites extra-pulmonaires associée ou non à une atteinte pulmonaire. Les atteintes diffuses de la tuberculose représentent 09 à 10% des cas et surviennent le plus souvent chez les patients immunodéprimés surtout atteints du VIH [1,2].

Dans les formes multifocales, certaines localisations ostéoarticulaires sont rares.

La tuberculose ostéoarticulaire représente 3% à 5% de l'ensemble des tuberculoses et 10% à 15% des tuberculoses extra-pulmonaires [3]. La spondylodiscite tuberculeuse est la plus fréquente, environ 50% des cas [4].

La localisation tuberculeuse au niveau de la symphyse pubienne est exceptionnelle.

Le pronostic de cette forme dépend de la rapidité du diagnostic, de l'observance du traitement et des facteurs inhérents au patient. Un traitement précoce et une prise en charge appropriée contribuent généralement à un meilleur pronostic pour les personnes touchées par cette forme particulière de tuberculose.

* Auteur correspondant: Israa Lassouli

Nous rapportons le cas d'une patiente immunocompétente présentait une tuberculose multifocale avec une localisation ostéoarticulaire inhabituelle.

2. Observation :

Patiente âgée de 38 ans, vaccinée au BCG à l'enfance, sans antécédent médico-chirurgical notable qui souffrait 7 mois avant son hospitalisation des lombodorsalgies inflammatoires ainsi des pubalgies inflammatoires évoluant dans un contexte fébrile chiffré à 39°C avec sueurs nocturnes et amaigrissement chiffré à 30Kg.

L'examen physique objectivait une force musculaire segmentaire à 3/5^{ème} au niveau du membre inférieur gauche en proximal et en distal sans niveau sensitif associée à une masse au niveau de la fosse lombaire droite de 10 cm de grand axe, immobile, indolore et sans signes inflammatoires en regard, et des adénopathies cervicales centimétriques.

Les analyses biologiques montraient un syndrome inflammatoire avec une protéine C-réactive (CRP) à 60mg/L, hypogammaglobulinémie polyclonale à 19g/L et une anémie à 10,7g/dL sans hyperleucocytose. Le bilan à la recherche d'une immunodépression associée notamment une sérologie VIH était négative. Les fonctions hépatique et rénale étaient normales, pas de syndrome de lyse tumorale. Le bilan phosphocalcique était strictement normal au niveau sanguin et urinaire. L'enzyme de conversion de l'angiotensine était à 50UI/L. Le quantifions était fortement positive. La recherche de bacilles de Koch (BK) dans les crachats et les urines était négative. La protéinurie des 24h était négative à la recherche d'amylose.

Le scanner thoraco-abdomino-pelvien objectivait une atteinte pulmonaire nodulaire avec des adénopathies hilaires, une hépatomégalie et splénomégalie homogène et une collection des parties molles sous cutanés de la paroi latérale droite de la région lombaire.

L'échographie cervicale révélait des adénopathies cervicales dont la plus volumineuse mesurant 2cm.

L'IRM médullaire en coupes sagittales et transversales, en pondération T1 (avant ou après injection de gadolinium), et pondération T2, a objectivé une lésion corporéale de D8 avec collection péri-vertébrale gauche mesurant 33*9mm et épi durite sous-pédiculaire droite minime (**Figure 1**).

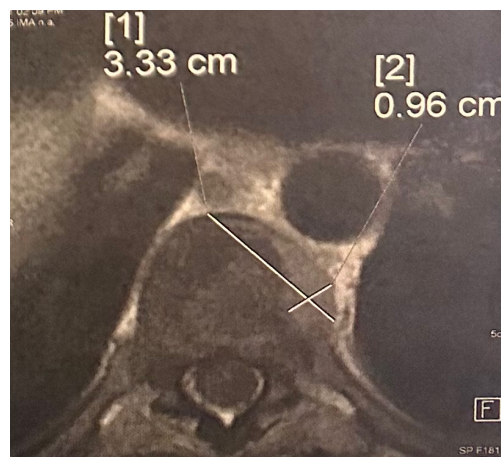


Figure 1 : Collection péri-vertébrale gauche

L'échographie de la masse mettait en évidence un abcès de psoas droit.

La radiographie du bassin révélait des lésions ostéolytiques au niveau de la symphyse pubienne (**Figure 2**).



Figure 2 : Lésions ostéolytiques au niveau de la symphyse pubienne

La biopsie d'une adénopathie cervicale objectivait un granulome épithélioïde gigantocellulaire avec nécrose caséuse.

Le diagnostic d'une tuberculose multifocale (pulmonaire, ganglionnaire et ostéoarticulaire) chez une patiente immunocompétente a été retenu.

Le traitement a consisté en un traitement antituberculeux à base de *rifampicine* 10 mg/kg/j, *isoniazide* 5 mg/kg/j, *pyrazinamide* 25 mg/kg/j et *l'éthambutol* à 20 mg/kg pendant deux mois, suivi d'un traitement par rifampicine et isoniazide pendant sept mois. L'évolution était marquée par une disparition des douleurs et amélioration des paramètres biologiques de l'inflammation.

3. Discussion :

La tuberculose ostéoarticulaire représente moins de 15% des atteintes tuberculeuses totales.

Elle touche tous les groupes d'âge, avec une prédominance chez les adultes, sans prépondérance de sexe.

Une fois acquis par voie aérienne, *Mycobacterium tuberculosis* colonise les macrophages et reste habituellement au niveau des poumons. Il peut néanmoins parfois disséminer par voie hématogène vers des sites « sanctuaires » tels que les os et les articulations [5,6]. L'autre source moins courante, mais importante, d'infection est locale, par le biais de la voie génito-urinaire adjacente [7,8].

La prolifération granulomateuse initiale s'étend et il se développe une nécrose caséuse avec ostéolyse. Les lésions osseuses métaphysaires peuvent atteindre l'articulation, par le biais d'une atteinte capsulaire ou par destruction du cartilage de croissance. Cela explique que la survenue d'une atteinte articulaire secondaire à l'atteinte osseuse réalise souvent un tableau de type ostéoarthrite.

Le bacille de Koch atteint l'articulation par voie hématogène, directement par la membrane synoviale, ou indirectement par l'os adjacent. L'atteinte synoviale primitive évolue lentement avec un épaississement synovial, un épanchement articulaire et la formation, à la périphérie du cartilage articulaire, d'un tissu de granulation formant un pannus qui érode les marges osseuses et la surface articulaire. La destruction cartilagineuse débute à la périphérie de l'articulation et les surfaces articulaires portantes sont préservées pendant plusieurs mois.

L'arthrite tuberculeuse peut se manifester durant la primo-infection, mais elle correspond le plus souvent à la réactivation d'une infection latente bien après l'acquisition de la bactérie [5,6].

L'atteinte de la symphyse pubienne est très rare moins d'1% des atteintes osseuses [9,10].

La tuberculose de la symphyse pubienne touche plus fréquemment les adultes que les enfants ; l'os pubien est largement cartilagineux à la naissance et s'ossifie complètement à l'adolescence [11, 8], ce qui réduit les risques d'infection chez les enfants.

Les symptômes cliniques sont souvent insidieux, ce qui entraîne un retard dans le diagnostic pouvant conduire à une destruction osseuse.

La scintigraphie osseuse et l'IRM sont plus sensibles que les radiographies simples, en particulier dans les stades précoces [12].

Le traitement de la tuberculose de la symphyse pubienne est généralement médical, sans intervention chirurgicale [7, 11].

La chirurgie devrait être limitée à des indications spécifiques telles que la biopsie, les abcès récurrents, les abcès tendus avec des symptômes de pression, et pour les patients qui ne répondent pas après 6 à 8 semaines de traitement antituberculeux [13].

Chez notre patiente étant immunocompétente, nous pensons que le retard de consultation explique la multiplicité des atteintes et la gravité des lésions ostéoarticulaires.

4. Conclusion :

La tuberculose multifocale est une forme grave touchant habituellement les immunodéprimés ayant déjà une localisation pulmonaire. Cependant, elle peut toucher des sujets immunocompétents en dehors de toute localisation pulmonaire. Il est donc nécessaire de faire systématiquement un bilan exhaustif de dissémination du germe de la tuberculose et ce pour une meilleure prise en charge. Le pronostic est souvent favorable, dépendant du type de l'atteinte et de la précocité de l'instauration des anti-tuberculeux.

La tuberculose de la symphyse pubienne est une affection rare. Un haut indice de suspicion est nécessaire pour établir le diagnostic correct à un stade précoce et traiter correctement le patient.

Conformité aux normes éthiques

Déclaration de conflit d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références :

- [1]. Rakotoson JL, Ravahatra K, Andrianasolo RL, Rakotomizao JR, Razafindramaro N, Rajaoarifetra J, Andrianarisoa ACF. Tuberculose multifocale révélée par un syndrome de détresse respiratoire aigue. Rev méd Madag. 2011;1(2):30-32.
- [2]. Annabi H, Abdelkafi M, Trabelsi M. La tuberculose ostéo-articulaire. Tun Orthop. 2008;1(1):7-17.
- [3]. Ketata W et al. Les tuberculoses extrapulmonaires. Rev de Pneum Cli. avr 2015;71(2-3):83-92.

- [4].** Kabore C et al, Osteoarticular tuberculosis nosology and diagnostic pitfalls. Rev Med Liege. avr 2018; 73(4)
- [5].** Pigrau-Serrallach C, Rodriguez-Pardo D. Bone and joint tuberculosis. Eur Spine J 2013;22(Suppl.4):S556-66.
- [6].** Hogan JI, Hurtado RM, Nelson SB. Mycobacterial musculoskeletal infections. Infect Dis Clin N Am 2017;31:369-82.
- [7].** Barnett E. Tuberculous osteitis pubis. Br J Radiol. 1957;30: 125-128.
- [8].** Gamble JG, Simmons SC, Freedman M. The symphysis pubis: anatomic and pathologic considerations. Clin Orthop Relat Res. 1986;203:261-272.
- [9].** Hitesh Lal MS, Vijay Kumar Jain MS, Sudhir Kannan MS. Tuberculosis of the Pubic Symphysis: Four Unusual Cases and Literature Review. Clin Orthop Relat Res. 2013;471(10):3372-3380. doi: 10.1007/s11999-013-3037-0.
- [10].** Pertuiset E. Tuberculose ostéoarticulaire extravertébrale. Revue du Rhumatisme. 2006;73(4):387-393.
- [11].** Bayrakci K, Daglar B, Tasbas BA, Agar M, Gunel U. Tuberculosis osteomyelitis of symphysis pubis. Orthopedics. 2006;29:948-950.
- [12].** Bali K, Kumar V, Patel S, Mootha AK. Tuberculosis of symphysis pubis in a 17 year old male: a rare case presentation and review of literature. J Orthop Surg Res. 2010;5:63.
- [13].** Lal, H., Jain, V. K., & Kannan, S. (2013). *Tuberculosis of the Pubic Symphysis: Four Unusual Cases and Literature Review. Clinical Orthopaedics and Related Research®*, 471(10), 3372-3380.