

# Aix les bains 2009

Une fausse coxarthrose rapidement destructrice ou quand l'histoire de la médecine redevient d'actualité

Bérengère AUBRY – ROZIER, Sylvie REVAZ, Jean DUDLER  
LAUSANNE

# Cas clinique

- Patiente de 83 ans
- Hospitalisée en médecine interne pour dysphagie et AEG
- Connue pour CDR G

# Antécédents

1. Coxarthrose G sévère depuis 06.2008  
-> PTH prévue début septembre 2008 pour dlr invalidantes > 1 an
2. PTH D en 1988 pour coxarthrose
3. Rachialgies chroniques
4. Hématémèse sur ulcère en 1988
5. HTA et arythmie cardiaque
6. Hypercholestérolémie

# Hospitalisation

- Hospitalisation de 1 mois en médecine interne
  - Résolution spontanée de la dysphagie
  - Aggravation des douleurs coxofémorales gauches.
  - Persistance de l'altération de l'état général avec syndrome inflammatoire biologique.

# Examens avant le transfert

- Prélèvements microbiologiques et sérologies négatifs (y compris HIV, hépatites, bartonella, légionnella, coxiella, etc.)
- CT thoraco-abdomino-pelvien sp 09/2008
- OGD-Colonoscopie sp

# Histoire récente

1. Douleur de la hanche G depuis > 1 an avec nette ↓ de mobilité ces derniers mois, comme pour sa hanche D auparavant.
2. Etat fébrile fluctuant il y a env. 1 mois, perte de poids, pas de dyspnée, pas de toux.

# Examen

MIG en abduction et rotation interne spontanée avec ↓ de mobilité

- F/E: 90-0-0°
- Rotation int-ext: 0-0-30°
- Abduction-adduction: ↓↓ ( 10°)douloureuses

->Pas d'état fébrile dans le service de Rhumatologie

# Biologie

- Persistance d'un syndrome inflammatoire, connu depuis env. 1 mois :
  - CRP oscillant entre 73-154 mg/l
  - VS à 97 mm/h
  - Leucocytes dans la N (limites inférieures)
  - Electrophorèse des protéines sp



# progression entre juin et octobre 2008!



Juin 2008



Octobre 2008

# Diagnostics évoqués:

1. CDR: coxarthrose destructrice rapide
2. Arthrite microcristalline
3. Coxarthrose avec ostéonécrose secondaire
4. Atteinte septique
5. Etc.

# Investigations spécifiques

1. TB-elispot +++ à 692 SFU/mio, le 03.10
    - Notion de TBC (primo infection) non traitée il y a > 50 ans.
  
  2. Ponction de liquide articulaire de la hanche G sous échographie le 03.10: 1 goutte!
    - microbiologie standard stérile
    - Examen microscopique direct absence de BAAR
- > attente des résultats définitifs des cultures jusqu'au 24.10.08

# Complications

- CT thoracique le 17.10.08 effectué en urgence pour suspicion EP



EP segmentaires et sous segmentaires bilatérales.  
Multiples micronodules non présents sur le CT de 09 / 08

# Confirmation microbiologique

1. LBA le 18.10:

Recherche de BK et culture négatives

2. Néanmoins, ponction de liquide

articulaire du 3.10 positive pour

**Mycobactérium tuberculosis** (résultat du 24.10) et absence de résistance (03.11)

# Diagnostic final:

Tuberculose avec atteinte miliaire  
pulmonaire et atteinte articulaire (coxalgie gauche)

Novembre 2008



# Traitement

- Début ttt quadrithérapie, puis bithérapie:

- Isoniazide
- Rifampicine
- Pyrazinamide
- Ethambutol

Les 4 pendant 2 mois, puis I-R pendant 4-16 mois

- Quitte notre service le 12.11.2008, suivi réalisé par les pneumologues.

Pourquoi n'y avons-nous pas  
pensé plus tôt !!!

# La jeune génération

- Anti TNF, internet, IRM !
- Résurgence de la TB surtout chez nos patients immunosupprimés.<sup>1</sup>
- Population vieillissante (qui a connue la guerre et l'invention de la télé) exposée à la TB.
- HIV ? Poncet ?

1. Grosset J, Zunic L, Morcrette C. Epidemiologie mondiale de la tuberculose et de la resistance aux antibiotiques antituberculeux. Ann Med Interne (Paris). 2002 Mar;153(2):107-12.

# Atteintes ostéoarticulaires

- 9.27 millions de nouveaux cas 2007 TB
- 1.8 millions de morts, 456 000 HIV +
- 55% Asie, 31% Afrique, 5% Europe
- OA 1 à 3 % de tous les cas de TB<sup>2,3</sup>
- 50% à la colonne, 35% aux grosses articulations, puis atteintes multifocales, ostéomyélites et ténosynovites.

2. Watts HG, Lifeso RM. Tuberculosis of bones and joints. J Bone Joint Surg Am. 1996 Feb;78(2):288-98.

3. Fanning A. Tuberculosis: 6. Extrapulmonary disease. CMAJ. 1999 Jun 1;160(11):1597-603.

# Atteintes ostéoarticulaires

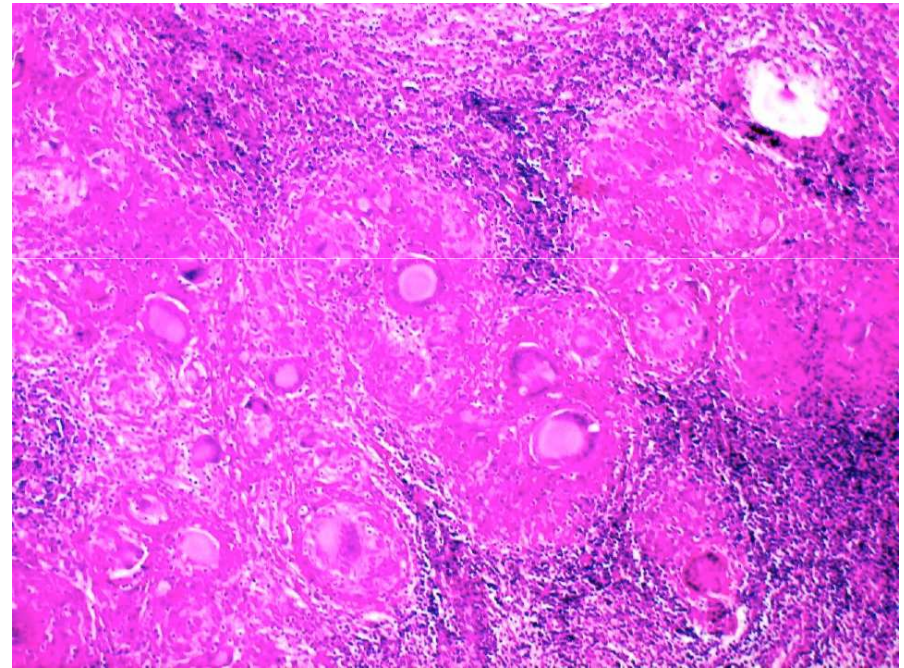
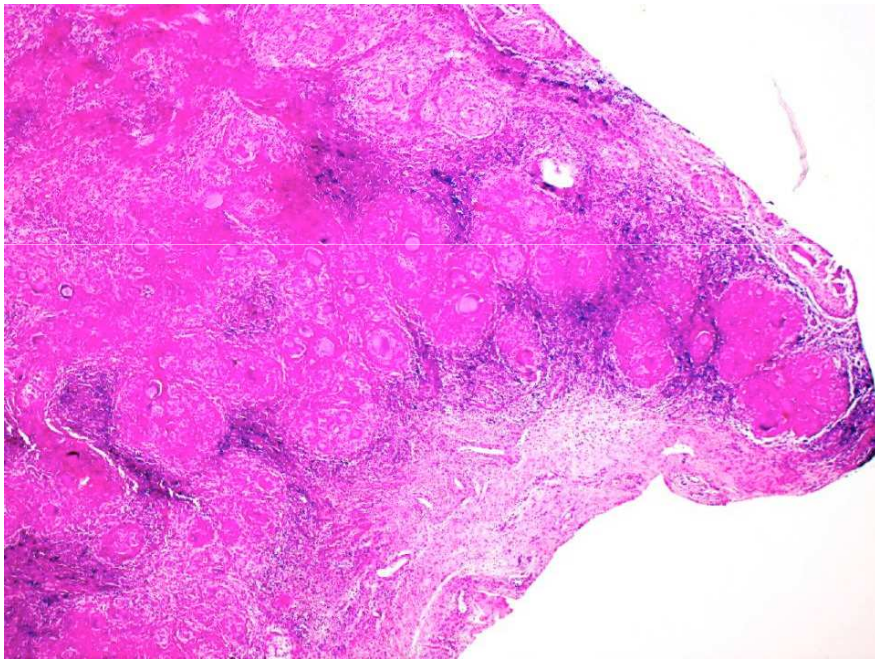
- Seules 30% des formes ostéoarticulaires de TB présentent des signes inflammatoires ou AEG.
- 50% des formes OA n'ont pas d'atteinte pulmonaire active<sup>5</sup> (RP normale).

5.Griffith JF, Kumta SM, Leung PC, Cheng JC, Chow LT, Metreweli C. Imaging of musculoskeletal tuberculosis: a new look at an old disease. Clin Orthop Relat Res. 2002 May(398):32-9.

- Imagerie : IRM <sup>6</sup> (atteinte des tissus mous, abcès, oriente les prélèvements)
- Tests de relâche d' Interféron <sup>7</sup> (mesure production IFN- $\gamma$  par cell T spécifiques du M.tuberculosis). Non influencé par la vaccination, Se et SP plus hautes que BCG.
- Culture du liquide articulaire ET biopsie synoviale : inflammation gigantocellulaire granulomateuse
- PCR<sup>8</sup>

- 6. De Vuyst D, Vanhoenacker F, Gielen J, Bernaerts A, De Schepper AM. Imaging features of musculoskeletal tuberculosis. Eur Radiol. 2003 Aug;13(8):1809-19.
- 7. Pai M, Zwerling A, Menzies D. Systematic review: T-cell-based assays for the diagnosis of latent tuberculosis infection: an update. Ann Intern Med. 2008 Aug 5;149(3):177-84.
- 8. Cho SN, Brennan PJ. Tuberculosis: diagnostics. Tuberculosis (Edinb). 2007 Aug;87 Suppl 1:S14-7.

# Histologie



Inflammation granulomateuse  
giganto-cellulaire

# Traitement

- Peu de progrès concernant les médicaments<sup>9</sup>.
- Délai d'attente long pour envisager une chirurgie prothétique.

- *9.Lange CG, Getty PJ, Morrissey AB, George AL, Young PC, Armitage KB. Destructive osteoarthritis after delayed diagnosis of tuberculosis. Infection. 2002 Jan;30(1):46-9.*

# Conclusions

- N'oublions pas les anciens diagnostiques !
- Utilisons les outils modernes au service de ces patients pour accélérer leur prise en charge (ici, attente de 2 mois pour notre patiente....)
- Espoir du TB spot, mais encore beaucoup de questions (négativisation, taux...).



**Merci pour votre attention**