

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

B. AUBRY-ROZIER, S.REVAZ, J.DUDLER (Lausanne, Suisse)

L'histoire d'une patiente de 83 ans avec une coxalgie tuberculeuse méconnue diagnostiquée comme une coxarthrose destructrice rapide, nous rappelle que la rhumatologie d'aujourd'hui est riche des expériences d'hier, et que les diagnostics de nos maîtres restent et redeviennent d'actualité.

Observation

Il s'agit d'une patiente de 83 ans, hospitalisée dans le service de médecine interne pour une dysphagie et un trouble du rythme, qui rapporte dans un second temps une aggravation franche d'une douleur de hanche gauche, empêchant la marche et le retour à domicile. La patiente a déjà bénéficié d'une prothèse totale de hanche droite pour coxarthrose, et avait déjà programmé avec son chirurgien une intervention à gauche, geste reporté en raison de l'atteinte cardiaque.

Compte tenu de la très nette dégradation, une nouvelle radiographie du bassin est réalisée. On constate une aggravation très rapide de la destruction articulaire, sur moins de 3 mois par rapport aux clichés antérieurs. On pose alors le diagnostic de coxarthrose rapidement destructrice (CDR) avec maintien de l'indication chirurgicale dès que possible.

Finalement, la patiente est transférée dans notre service de rhumatologie dans un contexte de réhabilitation et d'un syndrome inflammatoire persistant d'origine indéterminée. Elle rapporte des douleurs mécaniques, évoluant depuis un an avec cette aggravation rapide récente. Elle décrit également, à la demande, une altération de l'état général avec asthénie et amaigrissement. À l'examen clinique, les amplitudes articulaires de la hanche gauche sont fortement limitées avec une flexion/extension à 90-0-0, des rotations externe/interne à 30-0-0 et une abduction/adduction à 10-0-0. Par ailleurs, on confirme un syndrome inflammatoire persistant avec une CRP à 70, une VS à 97, mais pas de leucocytose.

On évoque alors une CDR, mais aussi une arthrite microcristalline et surtout une arthrite septique. Une ponction de la hanche gauche, sous contrôle ultrasonographique, est réalisée sans démonstration franche d'un épanchement. Une minime goutte de liquide articulaire est quand même obtenue et envoyée en bactériologie. L'examen direct (germes banaux et BAAR), ainsi que la culture à 48 heures sont normaux. Le test Elispot pour la tuberculose demandé revient fortement positif, mais la patiente nous annonce avoir séjourné en sanatorium il y a plus de 50 ans pour une primo-infection tuberculeuse jamais traitée.

Finalement, elle présente une brusque aggravation de son état général avec dyspnée. Le scanner, fait en urgence pour suspicion d'embolie pulmonaire, retrouve de multiples embolies sous segmentaires, mais également des lésions micronodulaires évoquant une tuberculose miliaire. Les prélèvements pulmonaires, ainsi que la culture du liquide articulaire après 12 semaines, reviendront positifs pour une mycobactérie typique, sans aucune résistance. Le diagnostic final de coxite tuberculeuse avec miliaire secondaire est retenu. Une quadrithérapie anti-tuberculeuse est débutée, alors qu'un geste chirurgical ne sera à rediscuter que dans 12 mois au moins.

Discussion

La résurgence de la tuberculose (TB) est un problème reconnu aujourd'hui¹, mais nous avons toutefois pris l'habitude de la rechercher plutôt chez nos patients sous anti-TNF², chez nos patients issus de l'immigration et chez nos patients immunodéprimés. À l'ère d'Internet, des anti-TNF et de l'IRM, il est bon de se rappeler aussi qu'une partie grandissante de notre population hospitalière a connu la guerre et l'invention de la télévision. Cette population vieillissante a été exposée, et assurément infectée, par la tuberculose. Il s'agit d'une population fragile, à haut risque de réactivation, et il faut que le rhumatologue réapproprie les connaissances oubliées sur la tuberculose ostéo-articulaire à la lumière des nouveaux outils diagnostiques disponibles.

Les atteintes extra-articulaires représentent 20 à 30 % des cas de TB, et l'atteinte ostéoarticulaire 1 à 3 % de tous les cas de TB. La moitié d'entre elles se localisent à la colonne, 35 % aux grosses articulations et le reste est représenté par les atteintes multifocales, les ostéomyélites et les ténosynovites^{2, 3}. Seulement 30 % des formes ostéoarticulaires de TB présentent des signes inflammatoires ou une altération de l'état général. Le diagnostic est donc en général tardif.

Les signes radiographiques sont non spécifiques^{4, 5}, et la radiographie pulmonaire est souvent faussement rassurante avec 50 % des patients souffrant d'arthrite tuberculeuse sans atteinte pulmonaire active⁵. L'IRM est un outil précieux, en démontrant l'atteinte des tissus mous ou l'ostéomyélite d'accompagnement, et permet d'orienter les prélèvements notamment si des abcès sont retrouvés⁶. Finalement, même si leur sensibilité dans cette indication n'est pas encore déterminée, les tests de relâche d'interféron apparaissent déjà comme très utiles dans cette indication où ils devraient rapidement remplacer l>IDR⁷. Au bout du compte, ce sont la culture du liquide articulaire et, surtout, la biopsie synoviale qui permettent de poser le diagnostic en démontrant le germe ou l'inflammation géantocellulaire granulomateuse. La PCR est un dernier outil moderne qui permet d'obtenir un diagnostic microbiologique de certitude dans des délais restreints, et sur des quantités infimes de matériel⁸.

Somme toute, c'est malheureusement le traitement qui n'a encore pas bénéficié d'une avancée significative. Il repose toujours sur une quadrithérapie classique d'au moins 2 mois, suivi d'une bithérapie de 4 à 16 mois⁹. La chirurgie reste indiquée lorsque des abcès doivent être drainés, alors qu'il semble prudent d'ajourner une chirurgie prothétique autant que possible.

Conclusion

La rhumatologie est une spécialité en pleine expansion, tournée vers l'avenir et dynamisée par de nouveaux outils diagnostiques et thérapeutiques performants. La tuberculose est elle une vieille compagne, longtemps oubliée, que nos maîtres savaient évoquer rapidement en des temps où elle était endémique. Ce cas clinique nous rappelle qu'elle est de retour et qu'il nous faut réapprivoiser les connaissances sémiologiques oubliées de nos prédécesseurs à la lumière des nouveaux outils diagnostiques disponibles.

Références :

1. Grosset J, Zunic L, Morcrette C. Epidémiologie mondiale de la tuberculose et de la résistance aux antibiotiques antituberculeux. *Ann Med Interne (Paris)*. 2002 Mar;153(2):107-12.
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.
4. Vohra R, Kang HS, Dogra S, Saggarr RR, Sharma R. Tuberculous osteomyelitis. *J Bone Joint Surg Br*. 1997 Jul;79(4):562-6.
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.
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.
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.

Summary

The history of this 83 years old patient with an unrecognized tuberculous hip infection diagnosed as a rapidly destructive arthropathy of the hip, remind us that today's rheumatology is rich from yesterday's knowledge, and that our teacher's diagnoses remain actual.

Mots clés

Coxalgie

Tuberculose

Coxarthrose destructrice rapide

Keywords

Hip Tuberculosis

Rapidly destructive arthropathy of the hip