

TUBERCULOSE DU 1° METATARSIEN

(à propos d'un cas)

TUBERCULOSIS OF FIRST METATARSUS

(about one case)

السل المشطي الاول

(بصد حالة واحدة)

M. KHARMAZ, M.R. MOUSTAINE, L. AMHAJJI, H. GOURINDA, A. MIRI

ملخص : ان التهاب العظم الرثي هو حالة استثنائية وهو يصيب الطفل الصغير ويستقر على مستوى عمل العظم للعظام القصيرة والاصيلة في أغلبية الاحيان متعددة ومنتظمة. ومظهرها الراديولوجي الاشعاعي جد موح ويجب ان يكون العلاج أكثر امتدادا من الرثة الرئوية البسيطة. ونقرر هنا حالة عند طفلة تبلغ من العمر 14 سنة والتي سنناقشها على ضوء معطيات المنشورات الطبية.

Résumé : L'ostéite tuberculeuse est exceptionnelle ; elle touche l'enfant en bas âge, et siège le plus souvent au niveau de la diaphyse des os courts . L'atteinte est le plus souvent multiple et symétrique. Son aspect radiologique est très évocateur et son traitement doit être plus prolongé qu'une tuberculose pulmonaire simple. A travers l'étude d'une observation de spina ventosa, nous allons étudier les difficultés diagnostiques et les particularités thérapeutiques de cette pathologie que nous discutons à la lumière des données de la littérature.

Mots-clés : tuberculose osseuse - ostéite

Abstract : Tuberculous osteitis is exceptional . It affects the little child and is often located at the level of the diaphysis of short bones. The ailment is most and is often multiple and symmetric. Its radiological aspect is very evocative , and its tretment should be more extended than pulmonary tuberculosis. We report an observation in a year-old girl that we discuss in light of literature data.

Key-words : tuberculous, osteitis, first metatarsus

INTRODUCTION

L'ostéite tuberculeuse ou spina ventosa (S.V) est particulière par sa localisation, son aspect radiologique et enfin par sa survenue presque exclusive chez le nourrisson et l'enfant.

Nous rapportons dans cet article l'observation d'un cas que nous discuterons à la lumière des données de la littérature.

MATERIEL D'ETUDE

Nous rapportons l'observation de la fille R. Najat, âgée de 14 ans, vaccinée et sans antécédents pathologiques ni notion de contag tuberculeux.

Le début de sa maladie remonte à 9 mois par l'apparition de douleurs au niveau de l'avant pied droit. Elles ont débuté isolément au niveau du gros orteil, ensuite une tuméfaction de l'avant pied droit s'est installée deux mois plus tard.

L'examen clinique retrouve une patiente en bon état général, apyrétique, avec un avant pied droit tuméfié et douloureux à la palpation du côté interne. Il n'y a ni signes inflammatoires ni chaleur ni érythème à ce niveau. La marche est possible mais avec douleur et boiterie.

Les radiographies du pied montre une ostéolyse bien limitée de la base du 1er métatarsien droit sans rupture de la corticale. La réaction périostée est limitée (fig.1et 2)

La radiographie pulmonaire était normale. Le bilan biologique était perturbé : la vitesse de sédimentation était accélérée :53 mm à la première heure et 92 mm à la deuxième heure, la formule numération sanguine était normale. L'intradermoréaction à la tuberculine était positive à 12 mm.

L'examen bactériologique du liquide de ponction de la tuméfaction n'avait pas trouvé de germe ni à l'examen direct ni à la culture .

anesthésie générale, par voie supéro-interne en pleine tuméfaction. Elle a révélé la présence d'une zone lytique du 1er métatarsien avec du caséum.. L'étude histologique du matériel de la biopsie, confirme qu'il s'agit d'une tuberculose osseuse caséo-folliculaire.

La malade alors a été mise sous l'association antibacillaires: Isoniazide, Rifampicine, Pyrazinamide pendant 2 mois puis sous Isoniazide + Rifampicine pendant 10 mois .

L'évolution a été favorable, avec disparition complète de la lésion osseuse à la fin du traitement comme le montre la radiographie de contrôle (fig.3).

Fig. 3 : Radiographie de contrôle



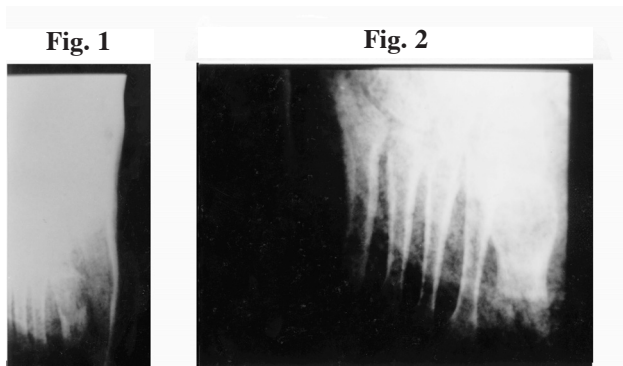
Aspect normal de la trame osseuse à la fin du traitement

COMMENTAIRE

La tuberculose est une maladie encore très préoccupante par sa fréquence. On estime l'incidence à 16 millions de nouveaux cas par an, dont 8 à 10 millions de cas contagieux (3). Le Maroc se trouve parmi les pays de forte incidence. L'ostéite tuberculeuse est une dénomination des atteintes tuberculeuses osseuses sans atteinte articulaire (12). Elle est exceptionnelle puisqu'elle représente 16 % de toutes les atteintes ostéo-articulaires (9). La spina ventosa est une ostéite tuberculeuse encore plus exceptionnelle (11).

La contamination se fait par voie aérienne à partir d'un sujet malade parfois méconnu, dont le cas de notre observation. Après contamination, se forme un foyer alvéolaire minime (ou nodule primaire). Ce dernier, entraîne par voie lymphatique une atteinte des ganglions du hile pulmonaire. De là, une dissémination hémotogène systémique se fait (4). L'atteinte ostéo-articulaire par voie hémotogène est estimée entre 1 et 5 % des tuberculoses pulmonaires.

Tous les os peuvent être atteints, mais chez le nourrisson et l'enfant, l'atteinte des phalanges est la plus fréquente (11)



Aspect de fuseau avec soufflure de la corticale du 1er métatarsien, associé à une résorption osseuse centrale.

Les données de l'examen clinique et de la biologie n'étaient pas concluantes, c'est pourquoi nous avons décidé de faire une biopsie chirurgicale. Celle ci était faite sous

L'ostéite tuberculeuse du premier métatarsien est une affection hyperostosante. L'os atteint de spina-ventosa est dilaté sur toute ou une partie de sa diaphyse. La coque osseuse est souvent très mince et apparaît comme soufflée. L'os atteint renferme une masse gélatineuse grisâtre ou jaunâtre, pouvant contenir des séquestres. La formation de la soufflure osseuse est due à deux processus : - le premier de résorption de dedans en dehors, le deuxième d'hyperostose sous périostée qui substitue continuellement l'os résorbé (12).

Cliniquement, l'enfant a de discrets signes infectieux, une douleur locale, une rougeur modérée et une tuméfaction (11, 12). Dans notre observation, cette dernière intéressait la face dorsale du pied. Quant à la rougeur, elle n'a pas été retrouvée. L'atteinte est souvent multiple et symétrique (12).

Radiologiquement, l'ostéite tuberculeuse est caractérisée au début, par un dédoublement et un épaississement de la corticale qui forme une sorte de fuseau (11). L'os apparaît soufflé avec une nécrose et une résorption osseuse centrale. La corticale est épaissie et plus ou moins feuilletée (12).

L'ostéite tuberculeuse atteint essentiellement la diaphyse des os courts de la main et du pied (2), alors que l'atteinte des métaphyses se fait surtout par contiguïté à partir d'une arthrite tuberculeuse (9). La radiographie pulmonaire doit être systématique, car 50% des tuberculoses ostéo-articulaires sont associées à une localisation pulmonaire (9). Chez notre patiente le cliché pulmonaire était normale, mais ceci n'exclue pas l'existence d'adénopathies médiastinales (8).

L'intradermoréaction est considérée positive, à partir de 10 mm chez les enfants non vaccinés, ou si l'induration reste supérieure à 10 mm au delà du 3ème jour chez les enfants vaccinés (13). Chez notre patiente elle a été à 12 mm et a donc constituée un élément de forte suspicion.

Actuellement, la sérologie de la tuberculose par la méthode Elisa à l'antigène 60 représente une technique rapide, permettant le diagnostic de la tuberculose (7). La réaction de polymérisation en chaîne (PCR) est une technique encore plus fiable, mais elle est très coûteuse et de réalisation difficile (5, 6). Nous n'avons pas pratiqué ces deux examens chez notre patiente. Notre diagnostic a été confirmé par l'étude histologique qui reste le moyen le plus sûr du diagnostic positif, de même que la mise en évidence du bacille de Koch à l'examen bactériologique. Le traitement médical est basé sur l'association d'antibactériens majeurs (Isoniazide, Rifampicine, Pyrazinamide).

Contrairement à l'atteinte pulmonaire isolée, qui peut bénéficier d'un traitement de 6 mois, la localisation osseuse de la tuberculose doit être traitée pendant 12 mois (1), même si les régimes courts permettent une meilleure adhésion au traitement (10). Chez notre patiente, nous avons poursuivi le traitement pendant 12 mois même si les lésions osseuses avaient régressé en grande partie après le 4ème mois du traitement. Notre patiente a bénéficié également d'une immobilisation par attelle postérieure.

CONCLUSION

L'ostéite tuberculeuse est exceptionnelle. Elle ne devrait pas être méconnue devant une atteinte des petits os des extrémités chez le nourrisson et l'enfant. L'atteinte est souvent multiple et symétrique. Le traitement antibactérien doit être prolongé, 12 mois en général.

BIBLIOGRAPHIE

1- **Américain Thoracic Society** : treatment of tuberculosis and tuberculosis infection in adults and children. AMJ Respir Crit care med 1994, Vol 149, p 1359 – 1374.

2- **D. Anthoine, J. Derelle** : La chimioprophylaxie de la tuberculose. Rev. Prat. (paris). 1990, n°40, p8.

3- **F. V. Aylet, P. Allard, F. Natali, C. Marotel, P. L'her** : Epidémiologie actuelle de la tuberculose. Rev. Pneumol., 1994, n°50, p106-115.

4- **A. Bourillon** : traitement de la primo-infection tuberculeuse de l'enfant. Pédiatrie, 1993, n°48, p888-893.

5- **P. Catherine, O. Catherine, D. Lecossier; Y. Boussougant; P. Yeni, and A.J. Hance** : diagnosis of primary tuberculosis in children by Amplification and detection of mucobacterial DNA.

6- **C. Delacourt, J. De Blic, P. Scheinmann** : tuberculose de l'enfant pour une vigilance accrue; Arch. Pediatr. (1994) Vol 1, n°9, p779-781.

7- **C. Delacourt, J. Gobin, J.L. Gaillard, J. De Blic; M. Veron ; Scheinmann** : value of Elisa Using antigen 60 for the diagnosis of tuberculosis in children.

8- **C. Delacourt, T. Mamon Mani, V. Bonnerot, J. De Blic, N. Sayeg, D. Lallemand, P. Scheinmann** : computed tomography with normal chest radiography in tuberculosis infection. Archives of disease in childhood 1993; n°69, p430-432.

9- **J. Edeuden, P. Hodes** : tuberculosis of bone in : Roentgen diagnosis of disease of bone. Ed. Williams & Wilkins, volume one 2° édition, 1973, p599-610.

10- **S. Esther** : When tuberculose treatment fails. Am. Rev. Respir. Dis. Vol 147, p1311-1320.

11- **P. Maroteaux** : la tuberculose osseuse, in les maladies osseuses de l'enfant; Flammarion; Paris 1974, p353-354.

12- **S. Stanistas, A. Ryckewaert** : ostéites tuberculeuses ; maladies des os et des articulations. Flammarion 1954, p 61-69.

13- **G. Tournier** : réactions cutanées à la tuberculine et BCG. Rev. Prat (paris), 1990, n°40, p 725-729.

14- **L.P. Ormerod** : drug resistant tuberculosis, Problems on the horizon; Thorax 1993, n°48, p957-958.