

# TUBERCULOSE DU COUDE (A PROPOS D'UN CAS)

C.Jellal 1 , N. Reguig 1 ,N.Mourdi 1 , H.Souhi 2 , H.El ouazzani 2, A.Abid 2 and , I.A.Rhorfi 2

- 1. Service de Pneumologie de l’hôpital Moulay Youssef, Chu Ibn Sina, Rabat Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Med V, Rabat
- 2. Service de Pneumologie, Hôpital Militaire Mohamed V, Rabat, Maroc

LES JOURNÉES D'IMAGERIE THORACIQUE  
APPLIQUÉE À LA PRATIQUE PNEUMOLOGIQUE

12-13 Janvier 2024, Hôtel Farah Rabat



## INTRODUCTION

Les manifestations ostéoarticulaires de la tuberculose sont rares, ils représentent 5 % de l’ensemble des tuberculoses et 15 % des tuberculoses extra pulmonaires (1), L'atteinte du coude demeure peu fréquente, bien que celle-ci soit la localisation la plus courante dans la région du membre supérieur. Sa prévalence est estimée à environ 6%. Son diagnostic est complexe en raison de la non-spécificité des signes cliniques et radiographiques. Il doit être envisagé en présence d'une atteinte monoarticulaire à évolution insidieuse.

Nous présentons un cas de tuberculose ostéo-articulaire du coude afin de mettre en lumière les défis diagnostiques associés à cette pathologie.

## OBSERVATION MÉDICALE

Il s’agit d’un patient âgé de 26 ans, jamais traité pour la tuberculose, sans notion de contage tuberculeux récent, sans antécédents pathologiques particuliers, tabagisme occasionnel, qui a consulté pour la survenue d’une douleur au niveau du coude droit suite à un traumatisme directe,

le patient a été mis sous traitement symptomatique sans amélioration clinique, l’évolution a été marquée par l’apparition d’une tuméfaction au niveau du coude droit avec amaigrissement non chiffré et anorexie .

L’examen clinique a objectivé une tuméfaction douloureuse du coude droit avec une diminution de la mobilité de l'articulation, contrariant les mouvements avec signes inflammatoires en regard.

Le bilan biologique a montré un syndrome inflammatoire avec une vitesse de sédimentation à 35 mm/1ère heure et une CRP à 46 mg/l.

La radiographie standard du coude droit a objectivé des érosions sous-chondrales (fig. 1).



fig. 1 : érosions sous-chondrales

L'IRM du coude droit a objectivé une ostéo-arthrite septique avec abcès para-condylien postéro- externe (fig. 2).

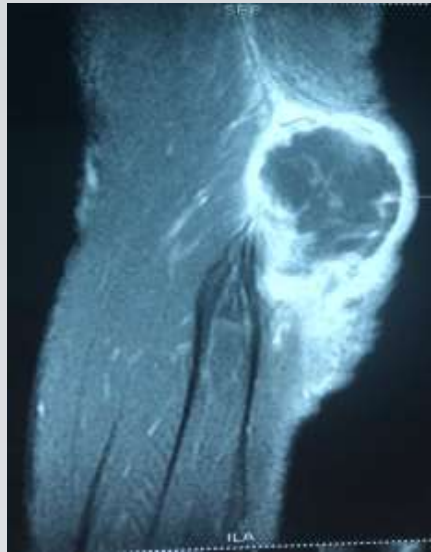


fig. 2 : ostéo-arthrite septique avec abcès para-condylien postéro- externe

Une ponction de l’abcès para-condylien postéro-externe a été réalisée objectivant un liquide purulent avec une hyperleucocytose à prédominance lymphocytaire , l’étude bactériologique a mis en évidence du bacille de koch au niveau de la culture .

La biopsie osseuse a montré un granulome tuberculoïde avec nécrose caséeuse.

La radiographie pulmonaire était normale, **le Quantiféron était positif** .

Le patient a été mise sous traitement anti bacillaire selon le régime associant : l’isoniazide 5mg/kg/jr, la Rifampicine 10mg /kg/jr, la Pyrazinamide 25mg/kg/jr, l’Etambutol (15mg/kg/jr) pendant 9 mois.

L’évolution était favorable avec régression de la douleur, du syndrome inflammatoire et assèchement de la suppuration .

## DISCUSSION

La tuberculose ostéo-articulaire représente 5 % des atteintes tuberculeuses et 15 % des tuberculoses extra pulmonaires (1).

Le lien entre un traumatisme et le déclenchement d'une tuberculose ostéo-articulaire a fréquemment été évoqué (comme dans notre observation). Le traumatisme pourrait entraîner la réactivation de la bacille de Koch (BK) dormant, mais il pourrait également simplement constituer le motif de consultation, permettant ainsi la découverte d'une tuberculose ostéo-articulaire à évolution lente (2).

L'atteinte du coude est rare, sa fréquence pouvant être estimée à environ 6% (3). Son diagnostic initial est compliqué en raison de la discrétion des signes cliniques et radiographiques. Il est crucial, lorsqu'un coude douloureux et enraidit est présent, de rechercher une synovite de part et d'autre du tendon tricipital et de l'olécrâne. À un stade avancé, le tableau clinique peut se manifester par une fistule dans 30% des cas ou un abcès dans 23% des cas (4), comme illustré dans notre observation.

Les premiers signes radiologiques se manifestent comme ceux d'une arthrite non spécifique. Les lésions tardives présentent des caractéristiques telles que des géodes dans l'olécrâne et la métaphyse cubitale, ce qui est assez évocateur (5).

Le diagnostic de certitude repose sur l'identification du germe qui est exceptionnelle.

La biopsie demeure le seul moyen diagnostique à la fois simple et fiable. Qu'elle soit réalisée chirurgicalement ou par voie percutanée, elle permet d'établir le diagnostic dans 9 cas sur 10 (6).

Le traitement de la tuberculose ostéo-articulaire est médical selon le dernier consensus de l’OMS,

**il repose sur l’association de plusieurs antituberculeux : rifampicine (R), isoniazide (H),pyrazinamide (Z), éthambutol (E).**

Au Maroc le traitement repose une association de médicaments antituberculeux en conformité avec les directives du PNLAT, pendant 9 mois (2RHZE/7RH) chez l’adulte et pendant 12 mois chez l’enfant l’adolescent (2RHZE/10 RH). Parfois, le recours à un traitement chirurgical précoce ou tardif peut s’avérer nécessaire.

L'évolution sous un traitement médical exclusif tend vers la guérison, cependant, le pronostic fonctionnel du coude demeure malheureusement médiocre en raison du retard diagnostique.

Les examens d'imagerie, en particulier l'IRM, peuvent suggérer une origine tuberculeuse en mettant en évidence l'importance de l'atteinte synoviale et son signal distinctif. La confirmation du diagnostic nécessite une étude bactériologique et histologique du produit de la ponction – biopsie.

## CONCLUSIONS

La tuberculose du coude est une occurrence rare, caractérisée par un diagnostic particulièrement difficile. La confrontation clinique, radiologique, bactériologique et histologique est indispensable pour le diagnostic permettant une prise en charge adéquate et précoce.

## REFERENCES

1. Pertuiset E. Tuberculose ostéoarticulaire extravertébrale. Revue du Rhumatisme. 2006;73(4):387–393.
2. DAVID CHAUSSE J. La tuberculose ostéo-articulaire des membres. EMC 1976;14.
3. Carrido B, Gomez-Reino J, Dapica F. A review of peripheral tuberculous arthritis. Sem Arthritis Rheum 1998 ; 18 : 142-9
4. Martini M, Gottesman H. Traitement conservateur des tuberculoses ostéoarticulaires du coude. Rev Chir Orthop 1977; 63 : 539-44.
5. Boucker C. Tuberculose du membre supérieur, épaule et coude. Rev Med 1972 ; 13 : 509-12
6. Moulay I. La tuberculose ostéo-articulaire des membres. A propos de 73 cas. Rev Int des services de santé des forces armées