

Tuberculose ostéo-articulaire de la cheville simulant un rhumatisme inflammatoire chez un adulte jeune : apport décisif de l'IRM

Résumé

La tuberculose ostéo-articulaire représente une forme rare de tuberculose extrapulmonaire, évoluant de manière insidieuse et responsable de retards diagnostiques fréquents. L'atteinte de la cheville est exceptionnelle et peut simuler un rhumatisme inflammatoire chronique, notamment chez l'adulte jeune.

Nous rapportons le cas d'un homme de 30 ans admis pour une mono-arthrite chronique de la cheville initialement suspectée de nature rhumatismale inflammatoire. Le bilan biologique était non contributif. L'IRM initiale a mis en évidence des anomalies hautement évocatrices de tuberculose ostéo-articulaire, orientant le diagnostic. Une IRM de contrôle réalisée après 9 mois de traitement antituberculeux a confirmé la bonne réponse thérapeutique, avec disparition des lésions actives et persistance de remaniements séquellaires.

Introduction

La tuberculose demeure un problème majeur de santé publique, particulièrement dans les pays à forte endémie. Les formes ostéo-articulaires représentent environ 1 à 3 % de l'ensemble des localisations tuberculeuses, avec une prédominance rachidienne et une atteinte plus rare des articulations périphériques [1,2].

La cheville constitue une localisation exceptionnelle, souvent méconnue, dont la présentation clinique peu spécifique entraîne une confusion diagnostique avec les rhumatismes inflammatoires chroniques ou les arthropathies dégénératives [3,4].

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) s'impose aujourd'hui comme l'examen de référence pour le diagnostic précoce, l'évaluation de l'extension loco-régionale et le suivi thérapeutique des tuberculoses ostéo-articulaires [5–7].

Observation

Un homme de 30 ans, sans antécédents pathologiques notables, consultait pour des douleurs chroniques de la cheville évoluant depuis plusieurs mois, associées à une tuméfaction progressive et une limitation fonctionnelle.

L'examen clinique évoquait une mono-arthrite chronique, orientant initialement vers un rhumatisme inflammatoire.

Le bilan biologique montrait :

- l'absence de syndrome inflammatoire biologique significatif,
- des marqueurs immunologiques négatifs (facteur rhumatoïde, anticorps anti-CCP),
- aucun argument biologique en faveur d'un rhumatisme inflammatoire systémique.

Dans ce contexte de discordance clinico-biologique, une IRM de la cheville a été demandée.

Apport de l'IRM

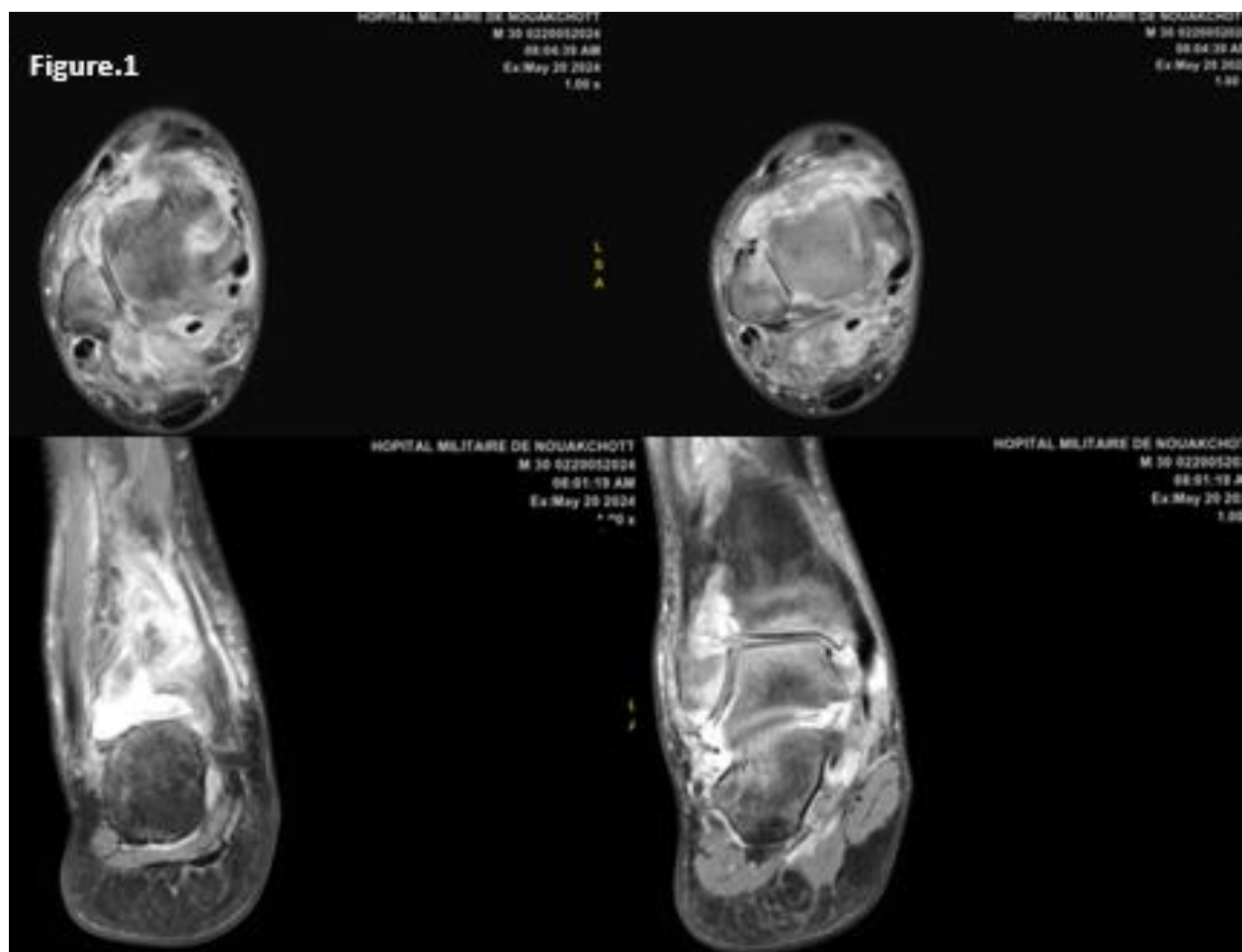
IRM initiale

L'IRM initiale de la cheville (Figure 1 et 2) a mis en évidence :

- **uneostéomyélite du talus et de l'extrémité distale du tibia**, se traduisant par un hyposignal T1 et un hypersignal T2/STIR médullaire,
- **unearthrite tibiotallienne chronique** avec épaississement synovial diffus,
- **desérosions et destructions sous-chondrales**, témoignant d'une atteinte progressive,
- **uneinfiltration des parties molles péri-articulaires**,
- la présence de **collections liquidiennes à paroi fine**, sans réaction inflammatoire périphérique marquée, correspondant à des **abcès froids tuberculeux**,
- une ténosynovite associée des gaines péri-malléolaires.

L'association de ces signes IRM est considérée comme hautement évocatrice d'une tuberculose ostéo-articulaire, notamment en l'absence de signes biologiques inflammatoires marqués [5,8,9].

Figure.1



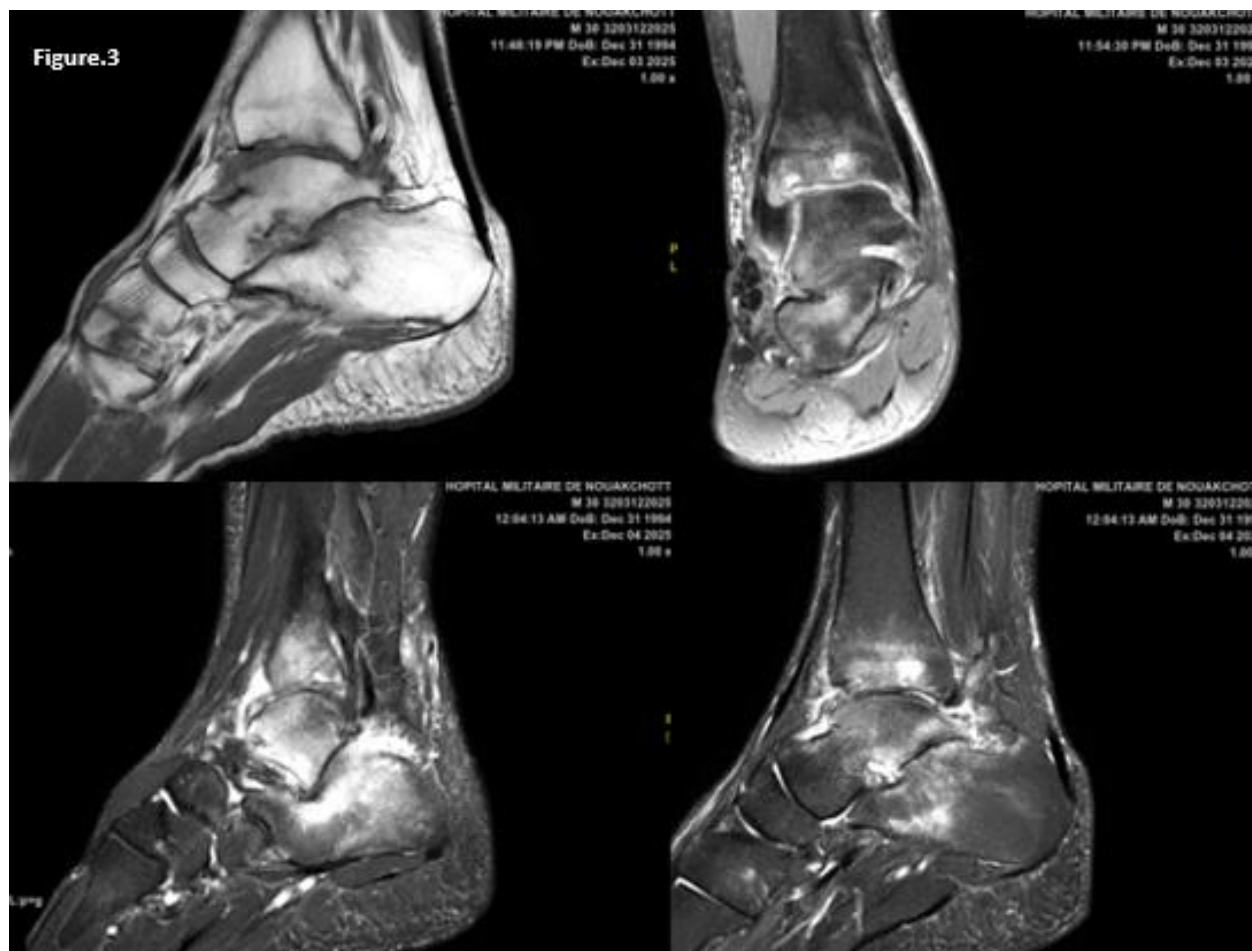


IRM de contrôle

Une **IRM de contrôle** (Figure 3) réalisée après **9 mois de traitement antituberculeux** a montré :

- une **régression nette de l'œdème osseux**,
- la **disparition complète des abcès froids** précédemment identifiés,
- l'absence de synovite active,
- la persistance de **remaniements ostéo-articulaires séquellaires**, à type d'irrégularités sous-chondrales et de pincement articulaire, compatibles avec une arthrose post-tuberculeuse.

Ces éléments traduisaient une **bonne réponse morphologique au traitement**, sans signe d'activité infectieuse résiduelle.



Discussion

La tuberculose ostéo-articulaire de la cheville est une entité rare, représentant une cause peu fréquente de mono-arthrite chronique [3,4]. Son évolution lente et paucisymptomatique explique les retards diagnostiques, responsables de destructions articulaires et de séquelles fonctionnelles importantes [1,2].

Chez l'adulte jeune, la présentation clinique peut mimer un rhumatisme inflammatoire, d'autant plus que la biologie est parfois peu contributive, comme dans notre observation. Cette discordance entre clinique et biologie doit inciter à rechercher une étiologie infectieuse chronique [10,11].

L'IRM joue un rôle central dans ce contexte. Elle permet une analyse fine de la moelle osseuse, du cartilage, de la synoviale et des parties molles. La coexistence d'une ostéomyélite, d'une synovite chronique et d'abcès froids constitue un faisceau d'arguments très suggestif de tuberculose [5–7,9]. Contrairement aux arthrites inflammatoires, les abcès froids se caractérisent

par des collections bien limitées, à paroi fine, avec une faible réaction inflammatoire périphérique [8,12].

L'IRM de contrôle est essentielle pour le suivi thérapeutique. La disparition des abcès froids et la régression de l'œdème osseux sont des critères fiables de guérison morphologique, tandis que la persistance de remaniements dégénératifs traduit l'évolution cicatricielle de la maladie [6,13,14].

Conclusion

La tuberculose ostéo-articulaire de la cheville doit être évoquée devant toute mono-arthrite chronique atypique chez l'adulte jeune, particulièrement en zone d'endémie tuberculeuse. L'IRM constitue l'examen clé du diagnostic, permettant d'identifier précocement les lésions caractéristiques, d'évaluer l'extension loco-régionale et d'assurer le suivi sous traitement. L'IRM de contrôle confirme la réponse thérapeutique et permet de distinguer lésions actives et séquelles, conditionnant ainsi le pronostic fonctionnel à long terme.

Références

1. Tuli SM. *Tuberculosis of the Skeletal System*. Jaypee Brothers.
2. Watts HG, Lifeso RM. Tuberculosis of bones and joints. *J Bone Joint Surg Am*.
3. Martini M, Adjrad A, Boudjemaa A. Tuberculosis of the ankle and foot. *Int Orthop*.
4. Moon MS. Tuberculosis of the ankle and foot. *Clin OrthopRelatRes*.
5. Griffith JF et al. Imaging of musculoskeletal tuberculosis. *Clin Radiol*.
6. Ledermann HP et al. MR imaging findings in peripheral skeletal tuberculosis. *Radiographics*.
7. De Vuyst D et al. Imaging features of musculoskeletal tuberculosis. *Eur Radiol*.
8. Hong SH et al. Tuberculous arthritis: MR imaging features. *AJR*.
9. Teo HE, Peh WC. Skeletal tuberculosis of the foot and ankle. *AJR*.
10. Sharma SK, Mohan A. Extrapulmonary tuberculosis. *Indian J Med Res*.
11. Garrido G, Gómez-Reino JJ. Tuberculosis mimicking inflammatory arthritis. *Rheumatology*.
12. Rasool MN. Osseous manifestations of tuberculosis. *J Pediatr Orthop*.
13. Peto HM et al. Epidemiology of extrapulmonary tuberculosis. *Clin Infect Dis*.
14. WHO. *Global Tuberculosis Report*.