

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

4

5 **Résumé**

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

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

16 **Introduction**

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

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

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

27

28

29

30

31 **Observation**

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

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

37 Le bilan biologique montrait :

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

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

42

## 43 **Apport de l'IRM**

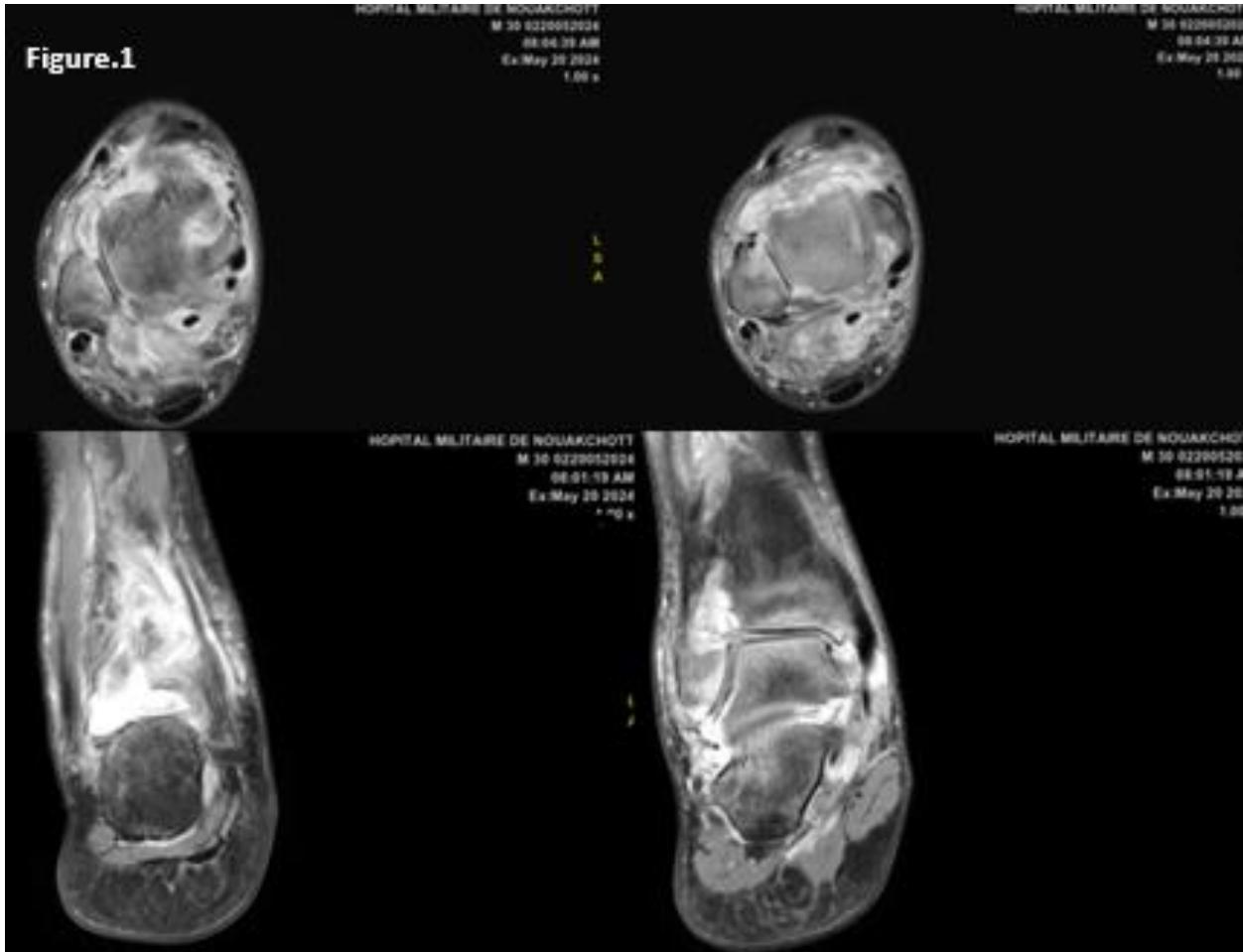
### 44 **IRM initiale**

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

- 46     • uneostéomyélite du talus et de l'extrémité distale du tibia, se traduisant par un  
47       hyposignal T1 et un hypersignal T2/STIR médullaire,  
48     • unearthrite tibiotalienne chronique avec épaisissement synovial diffus,  
49     • desérosions et destructions sous-chondrales, témoignant d'une atteinte progressive,  
50     • uneinfiltration des parties molles péri-articulaires,  
51     • la présence de collections liquidiennes à paroi fine, sans réaction inflammatoire  
52       péphérique marquée, correspondant à des abcès froids tuberculeux,  
53     • une ténosynovite associée des gaines péri-malléolaires.

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

**Figure.1**





57

58

59 **IRM de contrôle**

60 Une **IRM de contrôle** (Figure 3) réalisée après 9 mois de traitement antituberculeux a montré  
61 :

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

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



70

71

## 72 Discussion

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

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

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

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

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

90

## 91 Conclusion

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

98

## 99 Références

- 100 1. Tuli SM. *Tuberculosis of the Skeletal System*. Jaypee Brothers.
- 101 2. Watts HG, Lifeso RM. Tuberculosis of bones and joints. *J Bone Joint Surg Am*.
- 102 3. Martini M, Adjrad A, Boudjemaa A. Tuberculosis of the ankle and foot. *Int Orthop*.
- 103 4. Moon MS. Tuberculosis of the ankle and foot. *Clin OrthopRelatRes*.
- 104 5. Griffith JF et al. Imaging of musculoskeletal tuberculosis. *Clin Radiol*.
- 105 6. Ledermann HP et al. MR imagingfindings in peripheralskeletal tuberculosis.  
*Radiographics*.
- 106 7. De Vuyst D et al. Imaging features of musculoskeletal tuberculosis. *EurRadiol*.
- 107 8. Hong SH et al. Tubulousarthritis: MR imagingfeatures. *AJR*.
- 108 9. Teo HE, Peh WC. Skeletaltuberculosis of the foot and ankle. *AJR*.
- 109 10. Sharma SK, Mohan A. Extrapulmonarytuberculosis. *Indian J Med Res*.
- 110 11. Garrido G, Gómez-Reino JJ. Tuberculosismimickinginflammatoryarthritis.  
*Rheumatology*.
- 111 12. Rasool MN. Osseous manifestations of tuberculosis. *J PediatrOrthop*.
- 112 13. Peto HM et al. Epidemiology of extrapulmonarytuberculosis. *Clin Infect Dis*.
- 113 14. WHO. *Global Tuberculosis Report*.

116