



Cas Clinique

Tumeur Blanche du Carpe d'Origine Primitive : à Propos d'un Cas

Carpal tuberculous tenosynovitis: a case report

Beme Appolinaire SP, Arabo SM, Tambekou tchatchoung U, Dellanh Y, Tekouake BD

Affiliations

- Beme A.S.P : Chirurgien orthopédiste, Assistant à la Faculté de Médecine et de Sciences Biomédicales de Garoua, Université de Garoua, Hôpital Régional de Maroua Cameroun. Email : saouwadapaul@yahoo.fr
- Arabo S.M : Chirurgien orthopédiste, Assistant à la Faculté de Médecine et de Sciences Biomédicales de Garoua, Université de Garoua Cameroun. Email : arabo.saidou@yahoo.com
- Tambekou T.U : Chirurgien orthopédiste, Centre des Urgences de Yaoundé ; Email : utambekou@yahoo.fr
- Dellanh Y Y : Chirurgien orthopédiste, Maître assistant à la faculté des sciences de la santé, Université de Lomé, CHR de Sokodé, Togo, Email : yandellanh@gmail.com
- Tekouake B.D : Médecin généraliste, Hôpital Régional de Maroua ; Email : dbourdanne.db@gmail.com

Correspondance : Dr Beme ASP. Email : saouwadapaul@yahoo.fr

Mots clés : tuberculose carpaie, Cameroun

Keywords: Carpal tuberculous tenosynovitis, Cameroon

Article history

Submitted: 16 February 2023

Revision requested: 6 March 2023

Accepted: 12 February 2023

Published: 28 February 2023

RÉSUMÉ

Les présentations osseuses inhabituelles de la tuberculose, telle que la localisation carpienne, restent méconnues et s'associent à un retard diagnostique et thérapeutique parce que les praticiens n'y pensent pas et la preuve histologique formelle peut parfois manquer. Nous en rapportons une observation médicale d'une localisation carpienne dont le diagnostic a été tardif et ayant impacté sur la prise en charge. Il s'agit d'un patient de 39 ans, qui a consulté pour douleurs de la main droite et plaies suppurantes. Un débridement avec résection de la deuxième rangée du carpe et de la base des métacarpiens nécrosés a été effectué. L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire était en faveur d'une tuberculose. Un traitement spécifique a été instauré et l'évolution à 2 mois a été favorable.

ABSTRACT

Unusual presentation of bone tuberculosis, such as carpal tuberculosis, are often overlooked and associated to important delay in diagnosis and treatment, because physicians don't evoke this possibility and it may be difficult to have definite pathological proof. In this paper, we report the case carpal tuberculosis whose diagnosis was delayed with significant impact on the management. This was a 39 years old male who was brought for painful swelling of the wrist and infected wound. Surgical treatment associated resection of carpal bones and proximal extremities of metacarpals. The histological analysis of the specimen was in favor of bone tuberculosis. The patient received antituberculous therapy and the outcome was favorable two months later.

INTRODUCTION

La tuberculose est une des maladies les plus redoutées dans les pays sous-développés et en voie de développement où elle constitue un véritable problème de santé publique. Ses présentations osseuses inhabituelles, telle que la localisation carpienne reste méconnue et s'associent à un retard diagnostique et thérapeutique d'autant plus que les praticiens n'y pensent pas et la preuve histologique formelle peut parfois manquer. Nous en rapportons une observation médicale d'une localisation carpienne dont le diagnostic a été tardif et ayant impacté sur la prise en charge.

OBSERVATION

Nous rapportons le cas de Monsieur NP âgé de 39 ans, qui a consulté pour douleurs de la main droite et plaies suppurantes.

Le début de la maladie remonterait à environ 10 mois avant la consultation, Monsieur NP dit avoir ressenti une douleur sans notion de traumatisme au niveau du dos de la main droite suivit d'une tuméfaction progressive. S'en est suivi une fistulisation avec un écoulement purulent motivant plusieurs consultations avec incision de drainage et antibiothérapie dans des centres de santé (non documenté). L'évolution a été marquée par la persistance de la suppuration et le malade a par ailleurs consulté un tradi-thérapeute où il a passé plusieurs mois avec des

injections de décoctions dans la main. L'absence d'une évolution favorable amène le malade à nous consulter. Pas de notion de fièvre ni d'altération de l'état général. L'examen a permis d'objectiver : Une tuméfaction douloureuse de la main droite deux plaies suppurantes de la face dorsale de la main en regard de M1 et M5, une raideur de la main en extension avec une hypoesthésie, l'examen pleuropulmonaire était sans particularité de même que les autres appareils.

La radiographie de la main droite notait une déminéralisation diffuse des os du carpe et de la base des métacarpiens (figure 1), radiographie du thorax normale, une VS à 30, une numération formule sanguine normale.



Figure 1 : du poignet droit montrant une déminéralisation diffuse des os du carpe et la base des métacarpiens.

Le diagnostic d'une ostéoarthrite bactérienne du carpe a été posé et nous avons indiqué un traitement chirurgical et prélèvement pour examen anatomo-pathologique en plus de l'examen cyto-bactériologique.

Un débridement avec résection de la 2^e rangée du carpe nécrosés et la base des métacarpiens (figure 2 et 3), comblement de l'espace carpien par du ciment Genta (figure 4) et immobilisation par une attelle plâtrée en machette a été faite.



Figure 2 : Plaie chirurgicale montrant la zone de résection du carpe et les bases des métacarpiens



Figure 3 : pièce de résection

Le résultat de l'examen cyto-bactériologique était sans particularité, le patient était sous céfuroxim. L'évolution à 3 semaines était marqué par la cicatrisation de la plaie opératoire mais une persistance d'une fistule. L'examen anatomo-pathologique parvenu 30 jours plus tard était en faveur d'une tuberculose. Nous avons conclu donc à une tuberculose carpienne, le patient a été mis sous protocole national anti tuberculeux.



Figure 4 : comblement de la zone résequé avec du ciment biologique

L'évolution à 2 mois a été favorable avec cicatrisation complète et disparition des signes inflammatoires.

DISCUSSION

La tuberculose extra pulmonaire est une pathologie pas très fréquente, elle représente moins de 5%. La localisation carpienne représente entre 1et 2% des localisations ostéoarticulaire de la tuberculose (1,2,3). L'évolution de cette pathologie est particulière et trompeuse d'où le retard diagnostique. Chez notre patient elle a été insidieuse. La tuméfaction, la limitation des mouvements du poignet puis la fistulisation s'est faite en

dix mois, Kaouther Ben Abdelghani et all ont décrit aussi cette évolution similaire dans leur case report. L'inoculation peut être directe ou par dissémination hématogène à partir d'un foyer à distance. Il faut systématiquement rechercher d'autres foyers tuberculeux, essentiellement pleuropulmonaire mais aussi osseux, ganglionnaires, rénaux. Notre patient ne présentait pas de signe d'imprégnation tuberculeux, et aucune infection contiguë ni à distance n'a été identifié, ce qui nous permet de dire que l'infection été primitive. (1, 4). Des facteurs favorisants telle que le traumatisme dans 30 % des cas [4], un travail forcé, une infiltration de corticoïdes, une immunodépression (infection par le VIH et corticothérapie au long cours), l'alcoolisme ou un âge >60 ans [5,6] ont été décrits, mais notre patient ne présentait aucun de ces facteurs.

Biologiquement, il existe souvent un syndrome inflammatoire, la vitesse de sédimentation (VS) est un élément très évocateur mais non spécifique, elle est en règle supérieure à 60 mm, ce qui était le cas chez notre patient. L'examen cyto bactériologique chez notre patient était sans particularité, La littérature rapporte que la preuve bactériologique n'est présente lors de l'examen direct que dans 20 % des cas et les cultures sont négatives dans 35 à 45 % des cas [7] Les méthodes d'amplification génique à partir du liquide synovial sont plus sensibles et permettent une détection rapide et spécifique du BK [5]. Concernant l'étude histologique, Kanavel et al [8] avait décrit trois stades évolutifs : le 1er stade correspondant à un exsudat séreux, le second à un tissu de granulation avec ou sans l'aspect en « grain de riz » (Le cas de notre patiente) et le 3ème stade, qui est plus tardif, correspond à des fongosités associées à une nécrose extensive, caséuse. Chez notre patient l'étude histologique a mis en évidence la nécrose caséuse, ce qui dénote de l'aspect tardif du diagnostic, due au retard de la consultation.

Le retard consultatif et les plateaux techniques diagnostic (anatomopathologie) pas assez relevé dans notre région justifient aussi le retard thérapeutique. Dans notre cas la chirurgie a été indiquée en raison du stade avancé des lésions. Une fois la preuve histologique établie, nous avons associé le traitement antituberculeux selon le protocole national. L'évolution à 2 mois a été favorable

avec cicatrisation complète et disparition des signes inflammatoires.

CONCLUSION

La tumeur blanche du carpe est très rare mais encore présente dans notre pratique courante. Il doit toutefois être systématiquement évoqué devant une arthrite ou ténosynovite chronique en présence de facteurs de risque ou a fortiori d'antécédents de tuberculose et des prélèvements pour une étude histologique doivent être faits. La chimiothérapie antituberculeuse donne des bons résultats et doit donc être débuté une fois la preuve histologique établie. La chirurgie est malheureusement indiquée surtout à un stade avancé.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

Tous les auteurs ont contribué à la réalisation de ce travail de recherche. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit

RÉFÉRENCES

- 1- Kaouther BA et all. Localisation rare de la tuberculose : la ténosynovite des doigts. Pan African Medical Journal. 2014 ; 17 :270
- 2- Monchal T et all. Tumeur blanche du poignet : une atteinte tuberculeuse rare. Med Trop 2007 ; 67 : 134
- 3- Fdgd
- 4- Ortiz E, Moro MJ, Diaz-Curiel M. Chronic otitis and tenosynovitis in an elderly diabetic woman. Postgrad Med. 1999; 75:121-3. PubMed | Google Scholar
- 5- Walker UA, Gutfleisch J, Peter HH. Case Number 23: Tuberculous tenosynovitis. Ann Rheum Dis. 2002 May;61(5):384. PubMed | Google Scholar
- 6- Lall H, Nag SK, Jain VK, Khare R, Mittal D. Tuberculous extensor tenosynovitis of the wrist with extensor pollicis longus rupture: a case report. J Med Case Reports. 2009; 3: 142.
- 7- Lazuech C. 92 observations de tuberculose osseuse et/ou articulaire à foyers multiples. Thèse Méd, Paris: Lariboisière.1976. 33.
- 8- Kanavel AB. Tuberculous tenosynovitis of the hand. Surg Gynec Obstet. 1923; 37:635.