

**La Coxalgie : Un Diagnostic
Toujours Difficile A Propos
D'un Cas Et Revue De La
Littérature**

**The Coxalgia: a diagnosis
always difficult About a case
and literature review**

D.Jeddi , O Krimach, M Boufetal, R Bassir ,M Kharmaz ,M O Lamrani, M Ouadghiri ,M Mahfoud, A EL Bardouni , M.S Berrada

RESUME

La tuberculose ostéoarticulaire peut toucher toutes les structures osseuses et articulaires de l'organisme, elle représente 2 à 5 % de l'ensemble des tuberculoses et 11 à 15 % des tuberculoses extrapulmonaires. Nous en présentons ici un cas clinique d'une coxalgie survenu chez un patient âgé de 24 ans. Le diagnostic de certitude a été basé sur la bactériologie et l'histologie : la première est négative du fait du caractère pauci bacillaire de la coxalgie, par contre L'analyse histologique de la biopsie chirurgicale permet de mettre en évidence des lésions spécifiques de la tuberculose. Le traitement médical par les anti tuberculeux a été envisagé selon le protocole 2RHZ/7RH avec une bonne évolution clinique.

Conflit d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec la rédaction de cet article

Service de traumatologie et orthopédie, CHU Ibn Sina
Rabat Maroc

Mot clé : Tuberculose ostéoarticulaire ;
bacille de koch ; anitibacillaire

ABSTRACT

Tuberculosis osteoarticulaire can affect any bone structures and joints of the body; it represents 2-5% of all cases of tuberculosis and 11 to 15% of extrapulmonary tuberculosis. our case concerns a 24 year old male presenting with coxalgia. The diagnosis was based on histology and bacteriology: the first often negative due to the nature of the pauci bacillary coxalgia. On the other hand, histological analysis of surgical biopsie can show specific lesions of the tuberculosis. Medical treatment with antituberculous has been considered in the patients by the protocol 2RHZ/7RH. with a good clinical evolution.

Keywords: Tuberculosis osteoarticulaire;
Koch's bacillus; antituberculous.

INTRODUCTION

La tuberculose constitue un problème de santé publique au Maroc. La localisation au niveau de la hanche ou coxalgie représente 10 à 15% des formes osseuses [6], occupant la deuxième place après les formes vertébrales [5]. Le diagnostic reste difficile dans ses stades précoces où elle peut simuler de multiples pathologies ostéo-articulaires. Le traitement anti-bacillaire doit être instauré le plus tôt possibles avant d'arriver au stade de destruction articulaire où seule la chirurgie permettrait d'espérer une récupération fonctionnelle satisfaisante.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'un patient âgé de 24 ans, sans antécédents pathologiques notables, présentant depuis environ un an des douleurs vagues de la hanche gauche

d'horaire mixte, avec une légère boiterie, sans notion de fièvre ou d'amaigrissement. Le tout évoluant dans un contexte de conservation de l'état général.

RESULTATS

A l'examen clinique les amplitudes articulaires étaient subnormales. Le bilan inflammatoire montre une vitesse de sédimentation à 32 mm à la première heure, et une protéine C réactive 20mg/l. Les radiographies standard ont objectivé des images lytiques intéressant la tête fémorale et le cotyle (Fig.1).



Fig.1 : Images lytiques de la tête fémorale et du cotyle

Plusieurs diagnostics ont été évoqués, notamment une ostéonécrose aseptique de la tête fémorale, une synovite villonodulaire, ou une polyarthrite rhumatoïde. Le scanner de la hanche a montré des lésions hypodenses de la tête fémorale et du cotyle associées à un épanchement articulaire (Fig.2).

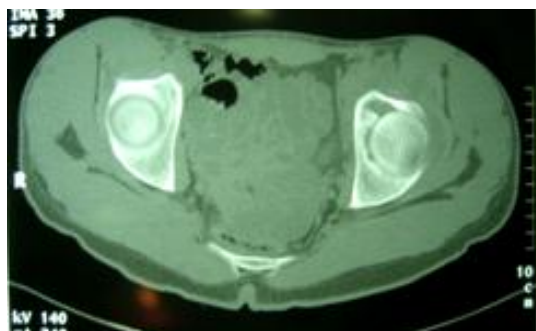


Fig.2 : lésions hypodenses de la tête fémorale et du cotyle avec un épanchement articulaire

Une ponction-biopsie scanno-guidée a été faite mais elle est revenue non concluante, d'où le recours à la biopsie chirurgicale qui a permis de poser le diagnostic de coxalgie avec une double atteinte synoviale et osseuse (Fig.3).

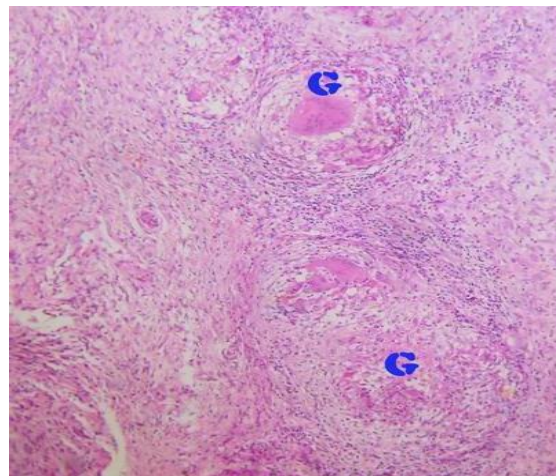


Fig.3 - granulomes épithélio-giganto cellulaires

Le traitement anti-bacillaire a été instauré immédiatement selon le protocole 2RHZ/7RH, avec une bonne évolution clinique.

DISCUSSION

La coxalgie désigne l'atteinte tuberculeuse de la hanche. le tableau clinique est celui d'une boiterie douloureuse, associée parfois à des douleurs nocturnes. L'examen clinique est pauvre. la présence d'une fièvre, d'un amaigrissement, ou bien d'un abcès froid, suggère fortement la tuberculose [4].

Les paramètres inflammatoires biologiques ne reflètent que la sévérité locale et générale de l'arthrite sans présager de son étiologie.

La vitesse de sédimentation est inconstamment et modérément augmentée.

L'hémogramme peut retrouver une anémie de nature inflammatoire et une lymphocytose. L'intradermoréaction à la tuberculine (IDR) peut susciter quelques présomptions en cas de virage récent [2].

sur le plan radiologique, il n'existe pas de signes pathognomoniques de la coxalgie [4,8]. au stade initial, il s'agit radiologiquement d'une coxite non spécifique associant déminéralisation osseuse et pincement de l'interligne. plus tardivement, apparaissent géodes et caries de la tête et du col fémoral, ce dernier pouvant être le siège d'une réaction périostée coulant vers la corticale diaphysaire.

Cette présentation aspécifique doit conduire à la ponction articulaire scannoguidée. En cas de ponction blanche ou non concluante, il faut effectuer une biopsie synoviale chirurgicale ou arthroscopique ; ce qui a été fait chez notre patient. Cette démarche diagnostique devrait éviter le passage au stade de coxalgie évoluée avec de lourdes séquelles fonctionnelles.

le traitement est avant tout médical basé sur l'association d'antibacillaires selon deux protocoles soit 2RHZ/7RH ou 2RHZ/4RH(7). La chirurgie est réservée aux formes réfractaires ou évoluées. Elle peut se limiter à une synovectomie, ou une arthrodèse, ou bien déboucher sur une prothèse totale de hanche.

CONCLUSION

Devant la présentation non spécifique de la coxalgie, et vu notre contexte endémique, la coxalgie doit être évoquée devant toute atteinte non traumatique de la hanche, afin de lancer les investigations nécessaires permettant de poser le diagnostic et d'instaurer le traitement le plus tôt possible.

REFERENCES

- 1- Babhulkar, Sushrut MS. Tuberculosis of the Hip. clinical orthopaedics and related research. Volume (398), May 2002, pp 93-99
- 2- Eschard JP. Tuberculose osseuse et articulaire des membres .EMC , Traité d'Appareil locomoteur : 14-185-A-10 (1993)
- 3- Martini M, Ouahes M. Bone and joint tuberculosis : a review of 652 cases. *Orthopedics* 1988 ; 11 : 861-866
- 4- Silber et al. Insidious Destruction of the Hip by *Mycobacterium tuberculosis* and Why Early Diagnosis Is Critical. *The Journal of Arthroplasty* Vol. 15 No. 3 2000
- 5- Reider HL, Cauthen GM, Comstock GW, et al: Epidemiology of tuberculosis in the United States. *Epidemiol Rev* 11:79, 1989
- 6- Monach Pa, Daily Jp. , Rodriguez-Herrera G., Solomon Dh. Tuberculous osteomyelitis presenting as shoulder pain. *J. Rheumatol* 2003;30:851-6.
- 7- SHEMAKAR A., BABHULKAR S. Chemotherapy for osteoarticular tuberculosis. *Clin Orthop* 2002;398:20-6.
- 8- Vuyst De D, Vanhoenacker F., Gielen J., Bernaerts A., Schepper De Am. Imaging features of musculoskeletal tuberculosis. *Eur Radiol* 2003;13:1809-19.

