



## Lyse osseuse multifocale : Ne pas oublier la tuberculose !

I Chabchoub, R Ben Salah, W Feki, Z Mnif , Z Bahloul

Service de Médecine interne, Hopital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

QR CODE

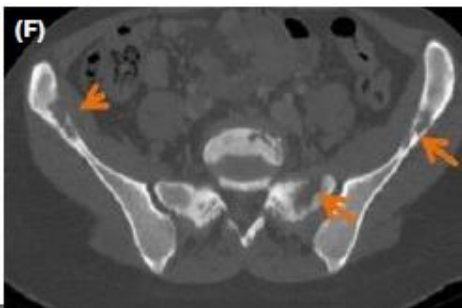
### Introduction:

La tuberculose demeure un problème de santé publique à l'échelle planétaire et en Tunisie. La tuberculose extra-pulmonaire (TEP) présente un grand polymorphisme clinique, ce qui rend leur diagnostic difficile vu l'absence de signes pathognomoniques. La localisation osseuse est de 6 à 10 % des cas. La confirmation est obtenue par étude histologique et/ou bactériologique.

Nous rapportons un nouveau cas de tuberculose osseuse multifocale chez une femme immunocompétente.

### Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 20 ans, célibataire, originaire du sud tunisien sans antécédents pathologiques qu'a été hospitalisée pour une altération de l'état général évoluant dans un contexte fébrile depuis 6 mois. A l'interrogatoire, elle rapportait la notion d'asthénie, anorexie, amaigrissement de 8 kg en 1 mois, une douleur de l'épaule gauche et d'apparition d'une tuméfaction sternale douloureuse. Son statut vaccinal était à jour. L'examen clinique objectivait une fièvre à 39,6°, une tuméfaction sternale de 8\*5 cm ferme douloureuse au dépend de l'os sans signes inflammatoires en regard et une limitation de la mobilité de l'épaule gauche. Il n'y avait pas de syndrome tumoral clinique. A la biologie, on retrouvait un syndrome inflammatoire biologique avec une VS à 110 à la 1ère heure et une CRP à 110mg/l. Les sérologies Wright, Vidal, les Hémocultures, la recherche de BK dans les crachats revenaient négatives. L'IDR révélait une induration de 10mm. Les radios standards montraient un aspect hétérogène du sternum et des vertèbres, la TDM thoraco-abdomino-pelvienne des lésions ostéolytiques et ostéocondensantes du sternum et des vertèbres dorsales, lombaires, des os iliaques et du sacrum (**Fig1**). Les diagnostics de néoplasie solide ou d'hémopathie maligne avec localisations osseuses étaient les plus évoqués. La biopsie sternale ne montrait pas de cellules malignes, plutôt un tissu fibro-adipeux strié avec lésions inflammatoires incluant des granulomes tuberculoïdes sans nécrose caséuse. La biopsie ostéo-médullaire montrait un fragment osseux fait d'ostéocondensation. Une 3ème lecture anatomopathologique sur pièce d'exérèse de crête iliaque concluait à une Inflammation granulomateuse avec nécrose caséuse du tissu osseux compatible avec une tuberculose. Le diagnostic de tuberculose osseuse dans sa forme lytique et disséminée était retenu. La patiente était mise sous quadrithérapie anti-tuberculeuse (Rifadine, Isoniazide, Ethambutol, Pyrazinamide) avec une amélioration clinico-biologique et radiologique.



**Figure 1:** Lésions ostéolytiques du Rachis lombaire et des os iliaques

### Conclusion:

La tuberculose osseuse dans sa forme lytique pure est exceptionnelle. Il s'agit d'un tableau déroutant dont la présentation peut simuler une métastase d'une néoplasie solide ou une hémopathie. La mise en évidence de BK ou d'un granulome avec nécrose caséuse permet de retenir le diagnostic avec certitude.