



Image



TUMEUR BLANCHE DU POIGNET : UNE ATTEINTE TUBERCULEUSE RARE

T. MONCHAL, M. LEVADOUX, N. PELLET, M.K. NGUYEN, S. OTTOMANI, C. GAILLARD, E. HORNEZ, C. MICHAUT

- Travail du Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (T.M., M.L., M-K.N., S.O., C.M., C.G., E.H., Docteurs en médecine) HIA Sainte Anne, Toulon Naval, France et du Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (N.P., Docteur en médecine) HIA Robert Picqué, Bordeaux Armées.
- Correspondance : T. MONCHAL, HIA Sainte Anne, Boulevard Sainte Anne, 83800 Toulon Naval • Fax : 04 94 09 93 55.
- Courriel : tristan.monchal@free.fr

Med Trop 2007 ; 67 : 134

Un patient âgé de 45 ans, agriculteur ivoirien, sans antécédent connu, se présente à la consultation d'aide médicale aux populations mise en place à proximité de Yamoussoukro, dans le cadre de la mission Licorne, pour des douleurs de la main gauche d'évolution chronique depuis 6 mois avec acroparesthésies dans le territoire du nerf médian.

L'examen retrouve une tuméfaction de la face palmaire du poignet gauche, non inflammatoire. Une cicatrice d'orifice cutané fistuleux est visible au bord radial du poignet (Fig. 1). On note une diminution des amplitudes articulaires avec flexion palmaire et dorsale à 45° et une inclinaison radiocubitale à 15°. Il n'y a pas de signe de Tinel, mais les manœuvres de Phalen et reverse-Phalen déclenchent des douleurs. Il n'y a pas de déficit neurologique.

Une radiographie du poignet gauche, seul examen morphologique disponible dans ce contexte, est réalisée et montre un remaniement ostéolytique majeur de l'articulation radiocarpienne et de la 1^{re} rangée de la carpe (Fig. 2). Une intervention chirurgicale est conduite sous anesthésie locorégionale. L'exploration après ouverture du rétinaculum des fléchisseurs trouve une tumeur synoviale en sablier, extra-articulaire, remplie de grains riziformes translucides (Fig. 3). Une résection complète de la lésion est effectuée (Fig. 4). L'examen direct est négatif et la coloration de Ziehl-Neelsen n'a pas pu mettre en évidence de bacille acido-alcoolorésistant. Par contre, l'étude anatomopathologique (réalisée en France) montre une inflammation granulomateuse à cellules géantes avec nécrose caséuse. Dans ce contexte, le diagnostic d'atteinte téno-synoviale et articulaire tuberculeuse du poignet, ou « tumeur blanche », est évoqué. Le patient est alors ensuite orienté vers un centre de consultation médicale pour investigations complémentaires et prise en charge spécifique de sa maladie.

La tuberculose ostéoarticulaire représente 2 à 5 % de l'ensemble des atteintes de la maladie. Le poignet est touché dans 5 % des cas. Les symptômes et signes cliniques en sont aspécifiques : douleur, raideur, œdème, chaleur locale, syndrome du canal carpien, voire abcès avec fistulisation cutanée possible. L'évolution insidieuse entraîne un délai de consultation souvent élevé et une prise en charge retardée. Des antécédents personnels, un contact ou des signes généraux d'imprégnation tuberculeuse doivent être recherchés mais ne sont pas toujours présents. Le syndrome inflammatoire biologique est en règle modéré. Les radiographies du poignet peuvent montrer selon les stades un épaississement des parties molles, une ostéoporose, un pincement articulaire, une lyse sous-chondrale, une destruction de l'interligne jusqu'au bouleversement de l'architecture articulaire avec ostéolyse variable. Lorsqu'on en dispose, la scintigraphie osseuse et surtout l'IRM peuvent s'avérer précieuses pour préciser l'étendue des lésions, en particulier des parties molles. Le diagnostic positif est évoqué par la mise en évidence sur une biopsie de granulome épithélioïde et géantocellulaire avec nécrose caséuse. La présence de grains riziformes comme dans notre observation est classique mais non spécifique, similaire à ceux retrouvés dans la polyarthrite rhumatoïde, les arthropathies inflammatoires séronégatives ou d'autres synovites chroniques. Leur mécanisme de formation reste encore inconnu. La confirmation bactériologique, apportée par la positivité des cultures pour *Mycobacterium tuberculosis*, n'est obtenue que dans 40% des cas, du fait du caractère paucibacillaire de ces lésions. Le traitement médical repose sur une poly-antibiothérapie antituberculeuse pour une durée recommandée de 12 mois. La chirurgie trouve sa place dans les formes évoluées avec les gestes de drainage d'abcès, de téno-synovectomie ou de débridement ostéoarticulaire, permettant parfois l'accès au diagnostic d'une maladie tuberculeuse non connue. La relative rareté de l'atteinte au poignet de la tuberculose et sa présentation clinique insidieuse et non spécifique expliquent que le diagnostic en soit souvent délicat et différé. Il doit toutefois être systématiquement évoqué devant une arthrite ou téno-synovite chronique en présence de facteurs de risque ou a fortiori d'antécédents de tuberculose ■



Figure 1 - Tuméfaction palmaire avec fistule cutanée (flèche).



Figure 2 - Remaniement radiocarpien très important.



Figure 3 - Vue opératoire: tumeur remplie de « grains de riz ».

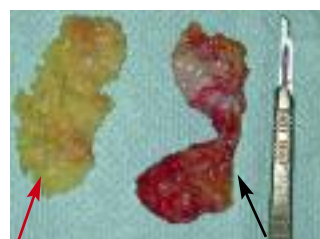


Figure 4 - Tumeur synoviale réséquée (flèche noire) et son contenu à grains riziformes (flèche rouge).

POUR EN SAVOIR PLUS

- PERTUISSET E - Tuberculose osseuse et articulaire des membres. Encyclopédie Médico Chirurgicale. Traité d'Appareil Locomoteur. Elsevier 14-185-A-10 (2004)
- BENCHAKROUN M, EL BARDOUNI A, ZADDOUG O *et Coll* - Tuberculose du poignet : symptômes et évolution de 11 cas. *Rev Chir Orthop Réparatrice Appar Mot* 2004 ; 90 : 337-45.
- WARDLE N, ASHWOOD N, PEARSE M - Orthopaedic manifestations of tuberculosis. *Hosp Med* 2004 ; 65 : 228-33.
- CHAU CL, GRIFFITH JF, CHAN PT *et Coll* - Rice-body formation in atypical mycobacterial tenosynovitis and bursitis. *Am J Roentgenol* 2003 ; 180 : 1455-9