



Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
www.em-consulte.com



## CAS CLINIQUE

# Ostéoarthropathie hypertrophique pneumique associée à la tuberculose pulmonaire

Hypertrophic osteoarthropathy associated with pulmonary tuberculosis

I. Aissa<sup>a,\*</sup>, A. Messadi<sup>a</sup>, S. Boudaya<sup>b</sup>, F. El Mezni<sup>c</sup>,  
T. Kilani<sup>b</sup>, H. Ghédira<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service de pneumologie I, hôpital Abderrahman Mami, Ariana 2080, Tunisie

<sup>b</sup> Service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire, hôpital Abderrahman Mami, Ariana 2080, Tunisie

<sup>c</sup> Service d'anatomie pathologique, hôpital Abderrahman Mami, Ariana 2080, Tunisie

Disponible sur Internet le 12 février 2010

### MOTS CLÉS

Tuberculose pulmonaire ;  
Ostéoarthropathie hypertrophique

### KEYWORDS

Pulmonary tuberculosis;  
Hypertrophic osteoarthropathy

**Résumé** L'ostéoarthropathie hypertrophique pneumique (OHP) est un syndrome couramment décrit au cours des pathologies intrathoraciques, surtout tumorales ; son association à la tuberculose pulmonaire a été rarement rapportée. Nous décrivons le cas d'un patient âgé de 35 ans, tabagique, hospitalisé pour OHP et opacité pulmonaire excavée. Le bilan étiologique était négatif, le patient a été opéré et l'examen anatomopathologique a conclu à une tuberculose pulmonaire ancienne. Cette observation vise à alerter les cliniciens sur la possibilité de survenue de l'OHP au cours de maladies autres que néoplasiques, en l'occurrence la tuberculose pulmonaire qui sévit encore dans notre pays à l'état endémique.

© 2009 Publié par Elsevier Masson SAS.

**Summary** Hypertrophic osteoarthropathy is a syndrome frequently described in intrathoracic diseases, especially malignant ones. The association with lung tuberculosis is rarely reported.

The authors describe the case of a 35-year-old patient, a smoker, hospitalised for lung cavitation associated with hypertrophic osteoarthropathy. The assessment of the aetiology was negative and the patient underwent lung surgery. The histopathological examination concluded as to chronic pulmonary tuberculosis. This report aims at alerting physicians about the possibility of hypertrophic osteoarthropathy in non malignant diseases, especially pulmonary tuberculosis which is still endemic in our country.

© 2009 Published by Elsevier Masson SAS.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : imen.aissa@rns.tn (I. Aissa).

## Introduction

L'ostéarthropathie hypertrophique pneumique (OHP), appelée également syndrome de Pierre-Marie-Bamberger, constitue un désordre systémique des os, articulations et tissus mous qui s'associe essentiellement aux pathologies intrathoraciques, notamment tumorales [1].

L'étiologie tuberculeuse de l'OHP a été décrite de manière sporadique chez quelques patients durant les trois dernières décennies. Nous rapportons le cas d'un patient présentant une OHP associée à une tuberculose pulmonaire chronique.

## Observation

Un patient de 35 ans, tabagique à dix paquets-années, sans antécédents particuliers, était hospitalisé pour toux parfois striée de sang, fièvre, une sudation vespérale, une altération de l'état général faite d'asthénie et amaigrissement chiffré à 10 kg et des arthralgies des grosses articulations (poignets, chevilles, genoux), le tout évoluant depuis deux mois. L'examen physique notait une fièvre à 38,7°C, un PS à 0, un hippocratisme digital important, bilatéral et symétrique des mains et des pieds, ainsi que des arthrites inflammatoires des poignets, genoux et chevilles. La biologie montrait un syndrome inflammatoire avec une VS = 120 (H1), CRP = 78 ; les hémocultures étaient négatives ainsi que les recherches de bacille de Koch à l'examen direct et à la culture. L'intradermo-réaction à la Tuberculine était positive avec une induration de 12 mm, le patient étant vacciné au BCG.

La radiographie du thorax montrait une opacité excavée du tiers supérieur du poumon droit avec niveau hydroaérique, entourée de quelques nodules (Fig. 1). Les radiographies des mains objectivaient une hypertrophie de la houpe phalangienne de la main gauche et celles des avants-bras, une apposition périostée de type compacte, régulière, sans rupture de la corticale, des tiers inférieurs des os radiaux et cubitiaux (Fig. 2).

L'endoscopie bronchique était normale et ne montrait pas de stigmates de saignement ; les recherches bactériologiques et de BAAR dans le liquide bronchique étaient négatives. Le bilan immunologique de type AAN et ANCA, Latex et Waaler Rose était négatif, ainsi que les sérologies hydatiques et aspergillaires. Le patient était mis sous antibiothérapie probabiliste à base de Céfotaxime : 3 g/j, pour une durée de dix jours sans amélioration clinique ni radiologique. Le scanner thoracique avait conclu à l'existence d'une lésion cavitaire à paroi épaisse et irrégulière du segment dorsal du lobe supérieur droit, communiquant avec une bronche sous-segmentaire dorsale, entourée de micronodules et de nodules excavées, associée à des bronchectasies bilatérales de la lingula et du lobe inférieur droit (Fig. 3).

Devant la persistance des anomalies cliniques et radiologiques et devant la crainte d'un cancer bronchique chez un tabagique, le patient était opéré par une segmentectomie apicodorsale réglée avec suites opératoires simples et mise en culture de la pièce opératoire ; l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire concluait en l'existence de fibrose avec des infiltrats inflammatoires lymphoplasmocytaires parfois organisé en follicules lymphoïdes, de lésions



**Figure 1.** Radiographie du thorax montrant une opacité excavée du tiers supérieur du poumon droit avec niveau hydroaérique.

à centre nécrotique caséux parfois calcifié, cernés par une coque fibreuse, en rapport avec une tuberculose pulmonaire ancienne.

Devant l'existence de nodules pulmonaires associés, non réséqués, le patient était mis en postopératoire sous traitement antituberculeux quadruple (isoniazide, rifampicine, pyrazinamide et éthambutol) pendant deux mois suivi par une bithérapie (isoniazide, rifampicine) pendant quatre



**Figure 2.** Radiographies de l'avant-bras montrant une apposition périostée de type compacte, régulière, sans rupture de la corticale, des tiers inférieurs des os radiales et cubitiaux.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3419759>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3419759>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)