

TUBERCULOZA ARTICULAȚIEI TIBIO-TARSIENE CU EVOLUȚIE CONCOMITENTĂ CU TUBERCULOZA MILIARĂ

*Tibio-tarsal articulation tuberculosis with simultaneous evolution
with miliar tuberculosis*

**Dr. Pobirci Oana¹, Dr. Pobirci Dumitru², Prof. Dr. Bogdan Florin³,
Prof. Dr. Elena Roșca², Dr. Petcu Adina⁴**

¹Spitalul Clinic Pelican, Universitatea din Oradea

²Spitalul Clinic Județean Oradea, Universitatea din Oradea

³Centrul de Studii de Morfologie și Imunologie Craiova, UMF Craiova

⁴Clinica Medicală Hipocrat 2000, București

REZUMAT

Artrita tuberculoasă este mai frecventă la copii în legătură cu o infecție pulmonară, fiind de obicei monoarticulară.

Evoluția clinică silențioasă tergiversează diagnosticul și ridică probleme în stabilirea etiologiei artritei.

Prezentăm cazul unui pacient tânăr de 30 de ani, cu acuze de tip algic, tumefiere și impotență funcțională secundară la nivelul articulației tibio-tarsiene drepte – artrită care are ca și cauză diseminarea hematogenă postprimară a tuberculozei miliare.

Evoluția concomitentă a bolii articulare și pulmonare, cu adresabilitatea pacientului la medic cu cauze osteo-articulare, pe fondul unei stări subfebrile prelungite a determinat complexitatea cazului.

Cuvinte cheie: artrită, tuberculoză miliară, diseminare

ABSTRACT

Tuberculosis arthritis is more frequent in children related to a lung infection, usually monarticular.

Silent clinical evolution slows down the diagnosis and rises problems in the establishment of arthritis' ethiology.

We present the case of a 30-year-old young man, accusing pain, tumefaction and secondary functional impotence at right tibio-tarsal joint – arthritis caused by postprimary hematogen dissemination of miliar tuberculosis.

Simultaneous evolution of both articular and lung disease, with patient's addressability to the doctor from osteo-articular causes, based on a prolonged subfebrile state determined the complexity of the case.

Key words: arthritis, miliar tuberculosis, dissemination

Infecțiile musculo-scheletate cauzate de mycobacterii sunt adesea o provocare în diagnostic. Aceste entități patologice se manifestă prin durere cronică localizată, ce poate interesa coloana vertebrală, articulațiile periferice sau țesuturile moi și produc adesea dureri nespecifice cu tumefieri minime.

Diagnosticul poate fi întârziat mai multe luni (sau ani), în parte din cauza minimelor simptome

timpurii și, de asemenea, atribuirii problemei unei alte specialități decât cea recomandată, până când boala progresează și simptomatologia necesită investigații mult mai amănunțite.

Tuberculoza osoasă apare ca urmare a diseminării hematogene din perioada postprimară a tuberculozei, mai rar în cursul unei tuberculoze secundare se poate produce infecție dintr-un focar pulmonar.

Adresa de corespondență:

Dr. Pobirci Oana, Universitatea din Oradea, Str. Universității, Nr. 1, Oradea

Este mai frecventă la copii. A devenit mult mai rară în urma descoperirii tratamentului eficient al acesteia. Interesează, cu predilecție, oasele lungi și coloana vertebrală (morbil lui Pott), mai rar calota craniană, scheletul mâinii sau al labei piciorului și coaste.

Infecția începe la nivelul măduvei osoase și se extinde lent în porțiunea compactă a oaselor, producând necroză cazeoasă până la periost, urmată de formarea de fistule cutanate prin care se elimină puroi provenind din necroza țesutului osos și sechestră.

Valoarea examenului lichidului sinovial al articulației afectate nu este întotdeauna concludent pentru diagnosticul de tuberculoză osteoarticulară. Modificările radiografice pot fi întârziate sau absente la debutul bolii. O nouă achiziție în domeniul examinărilor paraclinice este testul Quantiferon-TBGold care permite diagnosticul tuberculozei indiferent de localizare sau stadiu evolutiv. Din păcate, din cauza costului ridicat, nu se poate apela la el de rutină.

Testul la tuberculină poate da informații utile asupra etiologiei artritei, dar rezultatele nu sunt întotdeauna pozitive.

Diagnosticul corect este dependent, în cele mai multe cazuri, și de demonstrarea agentului infecțios, prin examinare microscopică.

Această lucrare se concentrează pe manifestările scheletale ale tuberculozei și pe principiile de diagnostic și tratament specific al acesteia.

PREZENTAREA CAZULUI CLINIC

Pacientul S.S. în vârstă de 30 de ani, provenind din mediul rural, se internează în serviciul nostru pentru dureri intermitente la nivelul articulației tibio-tarsiene drepte, dureri apărute de aproximativ 6 săptămâni, urmate la 3 săptămâni de prezența tumefierii la nivelul regiunii dorsale a piciorului drept. Alături de aceste cauze subiective, pacientul relatează scăderea ponderală (2 kg în ultima lună), astenie fizică și episoade de subfebrilitate.

Nu deținem date suplimentare din istoric, pacientul nu are documente, iar anamneza este dificilă.

La examenul obiectiv am constatat o stare generală alterată, subfebrilitate ($37,2^{\circ}\text{C}$), facies palid, hiperemie faringiană, tumefiere la nivelul articulației tibio-tarsiene drepte cu impotență funcțională secundară, fără adenopatii.

Investigațiile paraclinice au arătat hemoleucogramă modificată cu ușoară leucocitoză ($L = 11 \times$

$10^3/\mu\text{L}$), anemie cronică simplă ($\text{HB} = 11 \text{ g/dl}$), sindrom biologic inflamator cu $\text{VSH} = 48 \text{ mm/h}$ și proteină C-reactivă = $6,5 \text{ mg/dl}$ (valori normale sub 6 mg/dl), iar exudatul faringian a decelat prezența stafilococului auriu.

Restul analizelor sanguine sunt în limite normale, examenul de spută relevă absența florei bacteriene și a bacililor acido-rezistenți, iar urocultura este negativă.

Se recomandă consult ortopedic, boli infecțioase, homeoculturi, radiografie pulmonară și ecografie abdominală.

În urma consultului ortopedic se prelevează un fragment de sinovială ce se trimite la laboratorul de anatomie patologică, unde se descrie „multă hemoragie, câteva lamele osoase și multă inflamație. Se găsesc celule gigante multinucleate așezate într-o masă de celule epitelioide în jurul unor zone de necroză. (Diagnostic: artrită cronică specifică tuberculoasă)” (fig. 1, fig. 2, fig. 3).

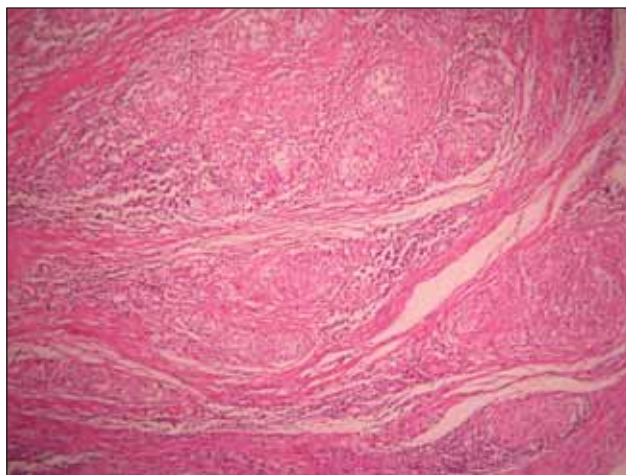


FIGURA 1. Tuberculoză osteoarticulară. Colorație hematoxilină-eozină. Obiectiv 10x

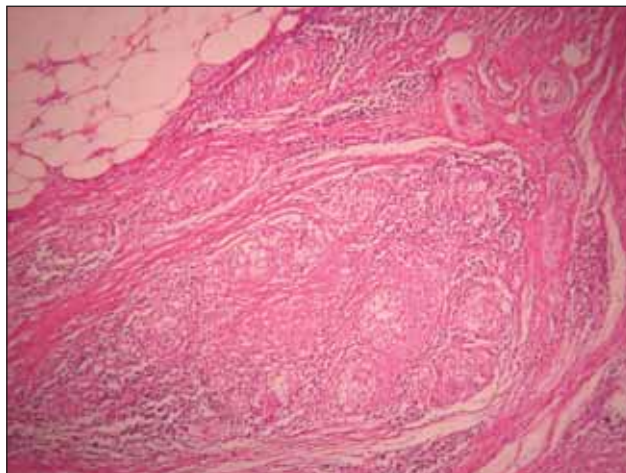


FIGURA 2. Tuberculoză osteoarticulară. Colorație hematoxilină-eozină. Obiectiv 20x

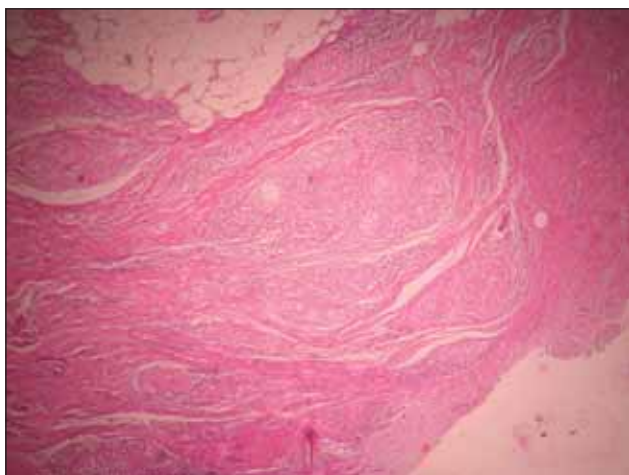


FIGURA 3. Tuberculoză osteoarticulară. Colorație hematoxilină-eozină. Obiectiv 10x

Radiografia pulmonară descrie „opacități micronodulare de intensitate subcostală, contur relativ net, pe alocuri confluențe în special medio-pulmonar drept, prezente și apical bilateral. Fără colecții pleurale. Cord. aortă radiologic normale“.

Radiografia articulației tibio-tarsiene drepte arată doar o ușoară îngustare a spațiilor articulare.

Hemoculturile efectuate (în număr de 3) au ieșit negative.

În lumina noilor informații, s-a cerut consult pneumoftiziologic, unde s-a efectuat IDR la 2u. PPD cu rezultat negativ.

Pe baza datelor clinice și paraclinice se stabilește diagnosticul: „osteoartrită tibio-tarsiană dreaptă tuberculoasă; tuberculoză pulmonară miliară“.

DISCUȚII

Având în vedere afectarea doar a articulației tibio-tarsiene drepte – practic primul simptom apărut și cel care a determinat prezentarea la medic – cât și prezența subfebrilităților, s-a pus problema de diagnostic diferențial cu celelalte artrite infecțioase (gonococică, non-gonococică) și cu artritele fungice sau virale.

Artritele virale asociază febră și leziuni cutanate, artritele non-gonococice, tot monoarticulare, prezintă semne de inflamație locală cu semne celsiene, iar în artrita gonococică, suferința articulară este migratorie și cu leziuni tegumentare patognomice. (1)

Prezența tumefierii articulației afectate cu absența oricărei leziuni tegumentare sau a căldurii locale, determină trimiterea la consult ortopedic în vederea prelevării de biopsie sinovială.

Diagnosticul de artrită tuberculoasă este susținut de examenul histopatologic al sinovialei recoltate,

care evidențiază în colorație hematoxilină-eozină, foliculi tuberculoși cu necroză de cazeificare. (2)

Tuberculoza extrapulmonară este în prezent disproportționat reprezentată (acum 16-18% față de 7,8% în 1964) (3). Aproximativ 1-3% dintre aceste cazuri au afectare osteoarticulară.

Artrita tuberculoasă determină în 50% dintre cazuri afectarea rahisului, mai ales porțiunea toracolumbară, în 30% dintre cazuri afectarea articulațiilor periferice, iar în 20% dintre cazuri osteomielită. (3)

Afectarea periferică este, de obicei, monoarticulară. Suferința durează luni de zile înainte de a apărea primele semne radiografice.

Simptomologia constituțională este tipic subtilă sau chiar absentă, iar indicatorii biologici de inflamație sunt adesea la valori normale. (4)

Complexitatea acestui caz constă în faptul că, în același timp cu leziunea articulară tuberculoasă, pacientul prezintă o tuberculoză miliară, ce poate explica starea clinică influențată a pacientului, cu scădere ponderală și subfebrilități.

Examinarea histopatologică singură poate crea confuzii de diagnostic atunci când de la nivelul granuloamelor inflamatoare lipsesc necroza de cazeitate întrucât sinoviala granulomatoasă poate apărea și în infecții atipice cu mycobacterii (*Mycobacterium avium*, *Micobacterium kansasii* sau *Mycobacterium marinum*), în sarcoidoză, eritem nodos, bruceloză sau boală Crohn. (3, 4)

Tratamentul artritei este cel al bolii de bază, supravegheat de spitalul de Pneumoftiziologie, fiind de lungă durată, iar răspunsul terapeutic fiind condiționat de complianța pacientului.

CONCLUZII

- Artrita tuberculoasă este o artrită cu evoluție silențioasă, monoarticulară, ce afectează cel mai frecvent oasele lungi și coloana vertebrală, mai rar calota craniană, scheletul mâinii, al piciorului sau coastele. Evoluiează în contextul unei tuberculoze primare progresive, ca manifestare extrapulmonară.
- Cazul prezentat a avut evoluție clinică cu o simptomologie dominată de starea generală alterată, subfebrilitate și impotență funcțională secundară artritei tibio-tarsiene drepte, care a ridicat suspiciuni referitoare la diagnosticul diferențial cu artrite fungice, virale sau cu alte artrite infecțioase (mai ales la un pacient tânăr).

- Ecografia abdominală și efectuarea hemo-culturilor contribuie la excluderea altor boli de sistem.
- Diagnosticul de tuberculoză osteo-articulară s-a bazat atât pe radiografia pulmonară, cât și pe rezultatul anatomo-patologic al sinovialei afectate care a pus în evidență o inflamație cronică granuloasă cu elemente de specificitate.
- Particularitatea cazului constă în evoluția clinică concomitentă a tuberculozei primare progresive sub formă de tuberculoză miliară și tuberculoză extrapulmonară cu localizare osteo-articulare, explicabil în contextul septicemiei bacilare în cadrul bolii de bază.

BIBLIOGRAFIE

1. **Ionescu R** – Esențialul în reumatologie, Editura Medicală Amaltea, 2007, pag. 487-490
2. **Roșca E** – Morfologie clinică generală, Editura Univ. din Oradea, 2005, pag. 85-92
3. **Sternig, West G** – Rheumatology Secrets – 2nd edition, Medical Publishers, 2002, pag. 297
4. **Kelly's** – Textbook of Rheumatology 6th edition, vol. II, Sanders Company, 2001, pag. 393
5. **Garrido G, Gomez-Reino JJ, Fernandez Dapica P, Palenque E, Prieto S** – A review of peripheral tuberculous arthritis. Seminars in Arthritis and Rheumatism, 1988, pag. 142
6. **Păun R** – Tratat de medicină internă – Reumatologie, vol. I, 1999, pag. 681.