



Arthrite tuberculeuse de l'articulation temporo-mandibulaire chez une patiente immunodéprimée transplantée rénale. A propos d'un cas :

A. Bakhil, S. El Khayati, N. El Hafidi, K. S. M'fa, H. Buckat, A. Benbachir, Y. Ribag, H. Sabani, L. Khalfi, J. Hamama, K. El Khatib

*Service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie de HMIMV RABAT.
Faculté de médecine et de pharmacie de RABAT, université Mohammed V RABAT.*

Submitted: 17-01-2023

Accepted: 30-01-2023

RESUME : La tuberculose articulaire constitue 10 à 20% des localisations extra-pulmonaires, avec une prédominance de l'atteinte vertébrale. L'articulation temporo-mandibulaire (ATM) est rarement touchée, quelques cas isolés ont été décrits dans la littérature. A travers un cas et une revue de littérature nous allons démontrer les difficultés diagnostic ainsi que les modalités de prise en charge chez une patiente de 48 ans, transplantée rénale sous immunosuppresseurs, et suivie pour une tuberculose pulmonaire, et qui présente les signes cliniques et radiologiques d'une atteinte tuberculeuse de l'ATM.
MOTS CLES : arthrite – tuberculose articulation temporo-mandibulaire.

I. INTRODUCTION

L'articulation temporo-mandibulaire (ATM) est une diarthrose reliant la fosse mandibulaire de l'os temporal au condyle mandibulaire par l'intermédiaire d'un disque articulaire fibrocartilagineux, biconcave le tout fermé par une capsule articulaire.

Sans l'existence de ce disque, cette articulation serait fonctionnellement instable. L'ATM est une articulation en suspension et, par définition, non soumise à des appuis par la force gravitationnelle [1]

La tuberculose est une infection bactérienne chronique provoquée par une bactérie appartenant au complexe *Mycobacterium tuberculosis*. La maladie affecte le plus souvent les poumons, mais d'autres organes peuvent être concernés dans près d'un tiers des cas. C'est une affection opportuniste fréquente parmi les personnes immunodéprimées, avec une réponse immunitaire cellulaire plus modérée, et plus fréquemment une atteinte extra pulmonaire isolée ou associée à une atteinte pulmonaire, elle-même le plus souvent atypique. Le diagnostic, essentiellement bactériologique, peut être retenu devant des signes

radiologiques et un contexte épidémiologique en faveur.

Au Maroc, la tuberculose reste un problème de santé publique, malgré la mise en place d'un programme national de lutte contre la tuberculose, l'incidence de cette infection demeure élevée avec 30.000 nouveaux cas chaque année.

L'arthrite tuberculeuse de l'ATM est une entité rare, sa prise en charge est difficile avec souvent des séquelles fonctionnelles entraînant un syndrome de dysfonction de l'appareil manducateur qui nécessite une prise en charge complexe et longue.

Nous rapportons dans cet article, le cas d'une arthrite tuberculeuse chez une patiente immunodéprimée, compliquée d'une dysfonction de l'ATM.

II. CAS CLINIQUE

Une patiente de 48 ans, suivie pour une insuffisance rénale chronique terminale, transplantée rénale il y a deux ans et mise sous traitement immunosuppresseur à vie : CORTANCYL® 5mg/jour. La patiente a été diagnostiquée, depuis six mois, porteuse d'une tuberculose pulmonaire mise sous traitement antibacillaire.

L'histoire de la maladie remonte à 4 mois par l'apparition de douleurs en regard de l'articulation temporo-mandibulaire droite, de type inflammatoire, irradiant vers la tubérosité maxillaire. La patiente a été vue au début par un médecin ORL qui a éliminé une affection otologique puis elle a été dirigée vers notre service pour avis et prise en charge.

L'examen clinique général trouve une patiente consciente et stable sur les plans hémodynamique et respiratoire, en mauvais état général.

L'examen du massif facial trouve un aspect normal de la peau en regard de l'ATM droite avec une douleur à la palpation et des craquements à la



mastication, une limitation de l'ouverture buccale et un mauvais état bucco-dentaire.

Au niveau de la région cervicale, on ne trouve pas d'adénopathies palpables.

Devant ce tableau clinique, un orthopantomogramme a été demandé comme bilan

initial révélant une perte de l'interligne articulaire de l'ATM droite et de la sphéricité du condyle. On note également la présence de géodes ostéolytiques, l'ATM gauche est normale et le reste de l'examen est sans particularité. (Figure 1).



Figure 1: orthopantomogramme

Les signes décrits ci-dessus et le caractère unilatéral sont en faveur d'une arthrite septique. Un bilan biologique inflammatoire fait de CRP et d'une numération formule sanguine (NFS) trouve une CRP légèrement augmentée à 22 mg/l et une NFS sans particularité.

Un complément scannographique a été demandé revenant en faveur d'une arthrite septique avec un épanchement minime (figure 2-3).

Devant les risques de dissémination bactérienne, de fistulisation iatrogène d'aggravation du retentissement fonctionnel et du caractère minime de l'épanchement, la ponction articulaire de l'ATM pour confirmation bactériologique de l'infection n'a pas été réalisée.

Un avis phtysiologique a souligné le caractère chronique de l'infection évoluant depuis 4 mois, l'absence de signes locaux d'une arthrite septique à pyogène, l'unilatéralité de l'affection, la prise d'un traitement immunosuppresseurs, la présence d'une tuberculose pulmonaire et les signes radiologiques et a recommandé de prendre en charge cette arthrite comme une arthrite tuberculeuse avec prolongation du traitement antibacillaire durant 9 mois.

La patiente a bénéficié également d'une prise en charge de son dysfonctionnement de l'appareil manducateur, avec une bonne évolution sous rééducation fonctionnelle seule et une disparition progressive de la douleur en regard de

l'ATM.

III. DISCUSSION:

La tuberculose représente un réel problème de santé publique dans les pays en voie de développement, l'immunodépression acquise ou congénitale avec l'apparition de résistances aux anti-bacillaires contribuent à l'émergence des cas même dans les pays développés[1]. C'est une infection à tropisme pulmonaire et la localisation au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire reste rare même dans les pays endémiques, et seuls des cas isolés ont été décrits dans la littérature[2].

Sur le plan épidémiologique, une prédominance féminine a été notée sans avoir une explication scientifique. La symptomatologie atypique contribue au retard diagnostique avec un délai entre le début des symptômes et la confirmation de diagnostic qui peut être de plusieurs mois [2][3]. La symptomatologie la plus fréquente est l'œdème prétragien, la douleur unilatérale spontanée ou à la palpation de caractère inflammatoire, et la limitation de l'ouverture buccale qui peut aller jusqu'à un trismus ou une constriction permanente des mâchoires par destruction de l'articulation associés à des signes généraux : altération de l'état général, amaigrissement et fébricule[4].

La tuberculose ostéoarticulaire a toujours été considérée comme une localisation secondaire



d'une primo-infection pulmonaire ou ganglionnaire, la dissémination peut se faire par trois voies : la voie sanguine suite à une bactériémie, la voie lymphatique ou de proche en proche par contiguïté[5].

Les signes radiologiques ressemblent aux signes retrouvés dans le cas d'une arthrite septique chronique les érosions du condyle voire une destruction totale peuvent être révélés par la radiologie standard en incidence OPG, ou à la TDM qui peut montrer en plus des érosions condyliennes, la présence d'un épanchement, et des séquestres osseux. L'IRM peut montrer la présence d'une synovite et une extension vers les parties molles par des trajets fistuleux[4].

Le diagnostic est suspecté devant les symptômes, le contexte épidémiologique, l'origine géographique, les tares associées, la présence d'une immunodépression, le caractère chronique et l'absence d'amélioration sous antibiothérapie. La confirmation histologique et bactériologique peuvent être obtenues grâce à une biopsie, une pièce

d'exérèse ou une ponction de l'articulation temporo-mandibulaire[2].

Pour notre patiente, vu le contexte de l'immunodépression, la présence d'une primo-infection pulmonaire sous traitement anti-bactérien et l'amélioration des symptômes, la décision était de ne pas réaliser de prélèvements condyliens qui pouvaient aggraver le retentissement fonctionnel.

IV. CONCLUSION

L'arthrite tuberculeuse de l'ATM est une affection rare, survenant sur un terrain d'immunodépression, elle doit être suspectée devant tout tableau clinique et radiologique d'une arthrite chronique de l'ATM, la confirmation est bactériologique et/ou histologique mais elle peut être clinique et radiologique en concertation avec un rhumatologue expert et le diagnostic est confirmé a posteriori par la bonne évolution sous traitement anti-bactérien comme cela a été le cas pour notre patiente.



Figure 2: coupes axiales de la TDM du massif facial



Figure 3: coupes coronales de la TDM du massif facial



REFERENCES

- [1]. E. France and R. Koch, "JP Coulon E Piette," 2001, doi: 10.1016/S1154-2934(01)00045-5.
- [2]. D. Soman and S. J. Davies, "A suspected case of tuberculosis of the temporomandibular joint," *Br. Dent. J.*, vol. 194, no. 1, pp. 23–24, 2003, doi: 10.1038/sj.bdj.4802406.
- [3]. C. Assouan et al., "Tuberculosis of the temporomandibular joint," *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. Chir. Orale*, vol. 115, no. 2, pp. 88–93, 2014, doi: 10.1016/j.revsto.2014.01.008.
- [4]. D. Soman and S. J. Davies, "A suspected case of tuberculosis of the temporomandibular joint," *Br. Dent. J.*, vol. 194, no. 1, pp. 23–24, Jan. 2003, doi: 10.1038/SJ.BDJ.4802406.
- [5]. M. Patel, N. Scott, and C. Newlands, "Case of tuberculosis of the temporomandibular joint," *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.*, vol. 50, no. 1, pp. 2011–2013, 2012, doi: 10.1016/j.bjoms.2011.05.012.
- [6]. H. M. Peto, R. H. Pratt, T. A. Harrington, P. A. LoBue, and L. R. Armstrong, "Epidemiology of extrapulmonary tuberculosis in the United States, 1993-2006," *Clin. Infect. Dis.*, vol. 49, no. 9, pp. 1350–1357, Nov. 2009, doi: 10.1086/605559.