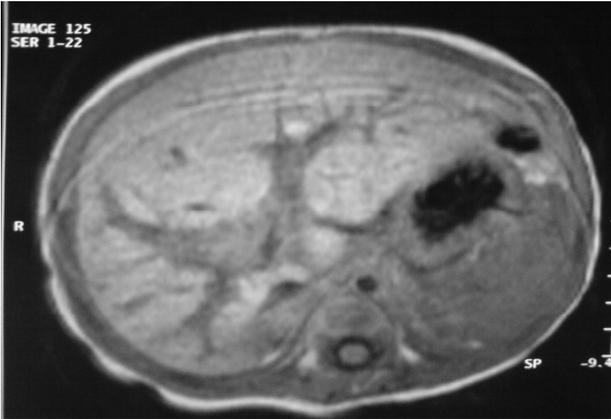
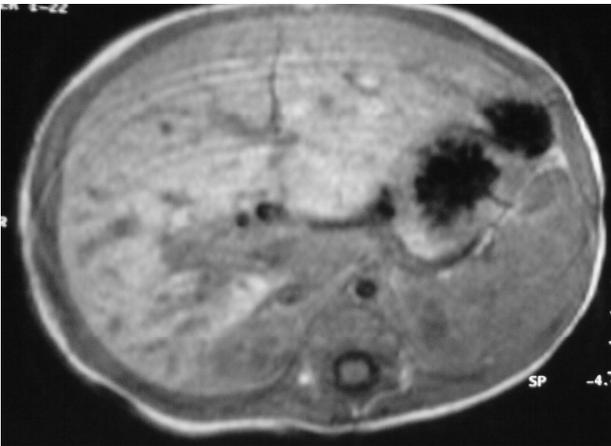


Figure 1: Cholangio RMI, intra-hepatic bile duct dilatation**Figure 2:** Cholangio RMI, hepatic hypo dense mass located in the hilum

Conclusion

In our case, the tumor was partially removed and porto-hepato-jejunosotomy was performed for common bile duct invasion and medication with steroid anti-inflammatory drugs was given with good result. The success of this treatment, lead as to advise this in the initial management of non resectable tumors.

References:

- 1) Andrade DM, Martins SJ, Paz O, Cardozo JB, Novaes AE, Santiago MB. Inflammatory pseudotumor: a diagnostic dilemma. *Eur J Intern Med* 2006; 17: 514-6.
- 2) Swinney R, Sadri R, Muenchow S. Non resectable inflammatory pseudotumor of the porta hepatis. *J Pediatr Surg* 2006; 41: 21-23.
- 3) Ueda M, Yukihide Y, Ogawa K et al. A case of inflammatory pseudotumor of the liver hilum successfully treated with aggressive hepatectomy. *J Pediatr Surg* 2003; 38 :9-11.

Rachid Khmekhem1, Mahdi Ben Dhaou1, Sofiene Ghorbel1, Nadia Mattoussi2, Saida Ben Becheur2, Béji Chaouachi1
 Department of paediatric surgery "B"
 Department of paediatrics
 Children's Hospital of Tunis
 University of Tunis El Manar. Tunisia.

Tuberculose de l'épaule révélée par des scapulalgies traînantes

La tuberculose est une maladie infectieuse causée par le germe Bacille de Koch (BK) de type *Mycobacterium Tuberculosis*, *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum* ou autres mycobactéries atypiques. Elle est en recrudescence depuis une dizaine d'année avec une incidence estimée à 8 millions de nouveaux cas par an (1, 2). La fréquence de la localisation ostéoarticulaire varie de 2,7 à 5% de l'ensemble des tuberculoses (3). Sa localisation à l'épaule représente 7,1% des tuberculoses ostéo-articulaires (4, 5). La rareté de la localisation tuberculeuse à l'épaule et le tableau clinique souvent trompeur sont dans un grand nombre de fois responsables d'un retard diagnostique. De plus, les signes radiologiques sont variables et peuvent mimer d'autres pathologies comme l'ostéomyélite chronique à pyogène, l'abcès de Brodie ou certaines tumeurs (6). La confirmation de la maladie est basée sur l'étude bactériologique couplée à la preuve anatomopathologique. Le traitement repose sur une chimiothérapie anti-tuberculeuse prolongée.

Nous rapportons quatre nouvelles observations de tuberculose isolée de l'épaule.

Observation 1

Madame H.B âgée de 53 ans, d'origine rurale, sans antécédents pathologiques notables, a présenté une symptomatologie fonctionnelle ayant débuté 2 ans avant sa date de consultation, symptomatologie faite de scapulalgies mécaniques gauches intermittentes. Cette symptomatologie s'est aggravée deux mois avant sa consultation pour devenir continue. La patiente n'a rapporté ni amaigrissement ni asthénie ni anorexie ni sueurs nocturnes. A l'examen, la patiente était apyrétique. La mobilité de l'épaule était douloureuse et limitée en anté-pulsion, abduction et rotation externe. Il n'y avait ni leucopénie ni syndrome inflammatoire biologique (SIB): la vitesse de sédimentation (VS) était à 12 mm à la première heure. L'intradermoréaction (IDR) à la tuberculine était phlycténulaire et la recherche de B.K dans les crachats et dans les urines était négative à l'examen direct et à la culture. La radiographie standard de l'épaule gauche a montré de multiples érosions de la tête humérale et des géodes du cartilage glénoïdien siégeant aux zones de réflexion de la synoviale, au trochin et de façon plus marquée au trochiter (figure 1). L'IRM de l'épaule a objectivé une synovite marquée de l'épaule gauche érodant les berges du trochin et du trochiter. Il s'y associait un épanchement intra articulaire et un œdème de la médullaire osseuse avoisinante (figure 2). Il n'y avait pas d'atteinte pulmonaire associée. Une arthrotomie avec biopsie a permis d'apporter la certitude diagnostique histologique de tuberculose. La patiente à été mise sous chimiothérapie quadruple pendant deux mois, relayée par une bithérapie pendant 10 mois, avec des suites favorables.

Figure 1 : Radiographie de l'épaule droite de face : Erosions avec rupture de la corticale du bourrelet glénoïdien (flèche noire), aux zones de réflexion de la synoviale : trochin, plus marquée au trochiter réalisant l'aspect de trochantérite.

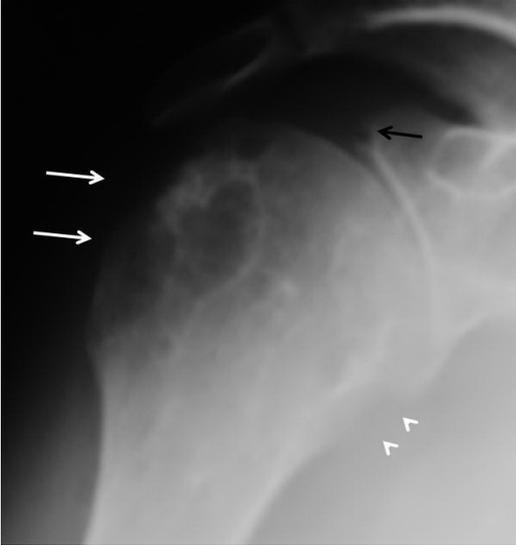


Figure 2 A : Coupe axiale en séquence pondérée T1 fat sat après injection de Gadolinium

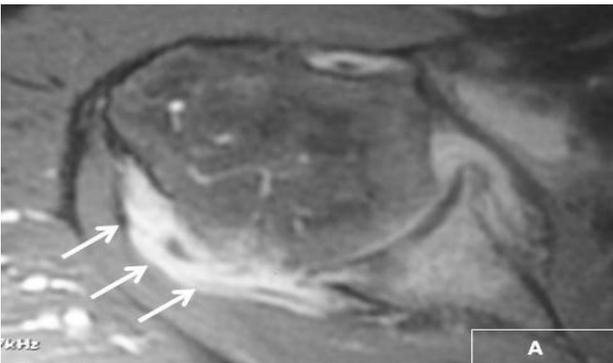
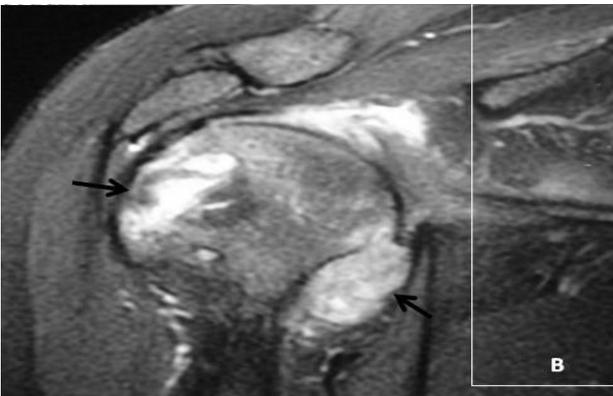


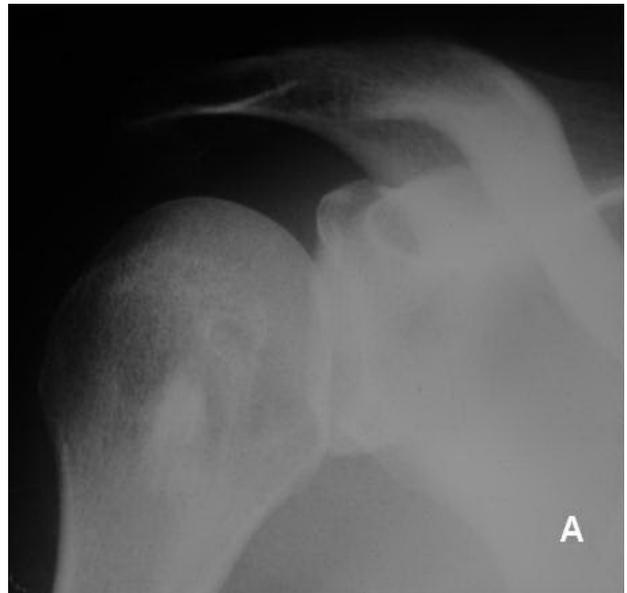
Figure 2 B : Coupe coronale en séquence pondérée T2 fat sat: Importante hypertrophie de la synoviale articulaire en hypersignal T2 (flèches noires) fortement rehaussée après injection (flèches blanches).



Observation 2

Madame Y.M. âgée de 50 ans d'origine rurale, de conditions socio-économiques défavorisées et sans antécédents pathologiques familiaux ni personnels de tuberculose, a présenté et pendant une année avant sa consultation des scapulalgies mécaniques gauches d'apparition spontanée et d'aggravation progressive associées, dix mois plus tard, à une raideur importante de l'épaule gênant les activités quotidiennes. La patiente n'avait pas rapporté de signes d'imprégnation tuberculeuse. L'épaule gauche était douloureuse et limitée en abduction et en antépulsion. Il n'y avait ni fièvre ni adénopathies palpables ni hépatosplénomégalie. L'IDR à la tuberculine était fortement positive avec une induration de 30 mm de diamètre. La recherche répétée de B.K dans les crachats et dans les urines était négative. La VS était à 17 mm à la 1^{ère} heure. La radiographie standard de l'épaule gauche a objectivé un aspect hétérogène de la tête humérale (figure 3 A).

Figure 3A : Radiographie de l'épaule droite de face : aspect hétérogène de la tête humérale



Un complément scannographique a montré des lésions lytiques de la tête humérale associées à un épanchement intra articulaire et à une collection des parties molles avoisinantes (figures 3B, 3C et 3D). L'analyse du liquide synovial n'a pas permis d'identifier le BK à l'examen direct ni à la culture. Une biopsie synoviale de l'épaule gauche a permis de mettre en évidence un granulome géantocellulaire et épithéloïde entourant une nécrose caséuse. Il n'y avait pas d'atteinte pulmonaire associée. Le diagnostic de tuberculose de l'épaule a été retenu et une quadrithérapie antituberculeuse démarrée. La durée totale du traitement était de 12 mois. L'évolution était favorable. Toutefois, la patiente a gardé une raideur de l'épaule.

Figure 3B et 3C : Coupes axiales TDM en fenêtre parties molles

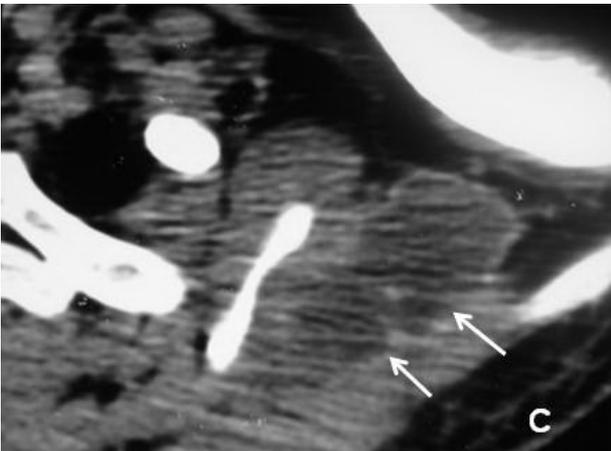
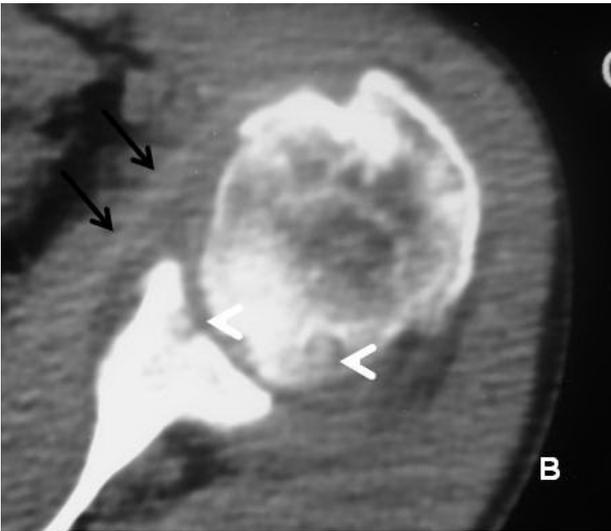


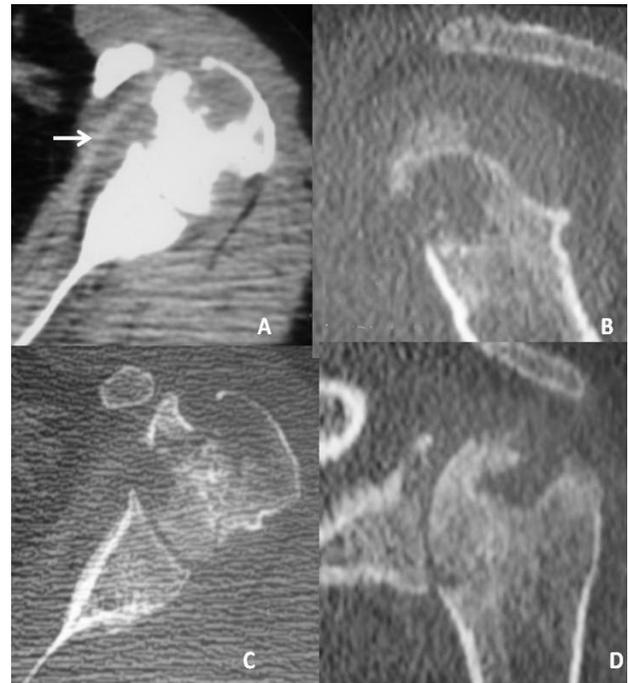
Figure 3D: Coupe axiale TDM en fenêtre osseuse : Lésions lytiques articulaires et péri articulaires (têtes de flèches) associée à un épanchement intra articulaire (flèches noires) et à une collection des parties molles avoisinantes (flèches blanches).



Observation 3

Mr M.T âgé de 47 ans, d'origine rurale, de conditions socio-économiques défavorables et sans antécédents tuberculeux, se plaignait 6 mois avant sa consultation, de scapalgies gauches inflammatoires avec apparition de raideur de l'épaule au bout de 3 mois, le tout évoluant dans un contexte d'amaigrissement de 3 Kg en 6 mois, anorexie mais sans fièvre ni sueurs nocturnes. A l'examen, l'épaule gauche était bloquée avec des signes inflammatoires locaux (œdème, chaleur, rougeur), une amyotrophie deltoïdienne et un empâtement antérieur. Il n'y avait ni fièvre ni adénopathies satellites palpables. L'IDR à la tuberculine était positive. La recherche de B.K dans les crachats et dans les urines était négative. Il n'y avait pas de stigmates de tuberculose pulmonaire sur la radiographie du thorax. A la biologie, la VS était à 15mm avec une hyper ,2 à 12gr /l et une hyperÁglobulinémie polyclonale à 20gr/l à l'électrophorèse des protides. Laà 20gr/l à l'électrophorèse des protides. La radiographie standard de l'épaule gauche a montré des géodes de la tête humérale avec pincement de l'interligne articulaire. Un complément scannographique a confirmé l'ostéoarthrite destructrice (Figure 4) et la biopsie synoviale certifie la tuberculose de l'épaule gauche. Après 12 mois d'antibiothérapie anti tuberculeuse l'évolution était favorable. Le recul est de 1 an.

Figure 4 : Scanner de l'épaule gauche. Etude en coupes axiales (4A et 4C), coupe sagittale (4B) et en coupe coronale (4D). Lésions d'ostéo-arthrite avec épanchement articulaire (flèche blanche), érosions et géodes articulaires et péri articulaires.



Observation 4

Madame E.M âgée de 49 ans, d'origine urbaine, sans notion de contag tuberculeux, présentait 2 ans avant sa date de

consultation, des scapulalgies droites inflammatoires. L'examen a noté une apyrexie, une amyotrophie de l'épaule droite avec une mobilité active douloureuse et très limitée dans toutes les directions. Il n'y avait pas de SIB (VS à 17mm à h1, CRP à 1mg/l) et l'hémogramme n'a pas révélé d'anomalies. L'IDR était positive à 10mm de diamètre d'induration. La recherche de B.K dans les crachats était négative à l'examen direct et à la culture. La radiographie du thorax était sans anomalies. Le bilan radiologique a montré une destruction de la tête humérale et de la glène droite. A l'arthrotomie diagnostique, on a découvert une synovite importante avec un aspect blanc nacré et une destruction de la tête humérale. L'examen anatomopathologique a conclu à une tuberculose synoviale caséo-folliculaire. La patiente a été mise sous chimiothérapie anti-tuberculeuse pendant 10 mois. A la fin du traitement, la patiente a gardé comme une scapulalgie droite invalidante séquellaire avec une diminution importante de la mobilité articulaire. Une arthrolyse lui est effectuée. Les suites opératoires ont été simples avec une disparition des douleurs.

Conclusion

La tuberculose de l'épaule doit faire partie des diagnostics à évoquer devant des scapulalgies chroniques même d'origine mécanique. Si le diagnostic est fait avant les dégâts anatomiques, la guérison sous traitement anti-tuberculeux bien conduit se fait sans séquelles. Dans le cas échéant, le malade risque de garder des séquelles fonctionnelles nécessitant le recours à la chirurgie. Le diagnostic est porté sur des preuves bactériologiques ou histologiques.

Références

1. Billo NE. Tendances épidémiologiques de la tuberculose. Rev Prat 1996 ; 46 :1332-35.
2. Pertuiset E. Tuberculose osseuse et articulaire des membres. EMC-Rhumatologie Orthopédie 2004 ; 1: 463-86.
3. Ladeb M.F, Chelli Bouaziz M, Chakroun M, Chaabane S. Tuberculose ostéoarticulaire périphérique. EMC (Elsevier Masson SAS), Radiologie et Imagerie Médicale : Musculosquelettique - Neurologique - Maxillofaciale, 31-220-A-10, 2008
4. Kapukaya A, Subasi M, Bukte Y, Gur A, Tuzuner T, KilncNicholson N. Tuberculose de l'épaule. Rev Rhum 2006 ; 73 : 263-8.
5. Monach PA, Daily JP, Rodriguez-Herrera G, Solomon DH. Tuberculous osteomyelitis presenting as shoulder pain. J Rheumatol 2003; 30: 851-6.
6. Subassi M, Bukte Y, Kapykaya A, Gurkan F. Tuberculosis of the metacarpal and phalanx bones in the hand. Ann Plast Surg 2004; 53: 469-72.

*Dalila Mrabet*¹, *Inès Jebalia*¹, *Habiba Mizouni*², *Chékib Khémiri*³, *Hamza Essaddem*³, *Emna Mnif*², *Héla Sahli*¹, *Slaheddine Sellami*¹

¹ Service de Rhumatologie. EPS La Rabta. 1006 Tunis

² Service de Radiologie. EPS La Rabta. 1006 Tunis

³ Service d'Orthopédie. EPS La Rabta. 1006 Tunis

Faculté de Médecine de Tunis. Université Tunis El Manar

Apophysite ischiatique mimant une tumeur osseuse

L'apophysite ischiatique est une ostéochondrose apophysaire qui atteint typiquement les adolescents sportifs (1). Il s'agit d'une lésion d'origine micro traumatique dont l'aspect radiographique peut être déroutant et évocateur d'affections tumorales ou infectieuses agressives (2). La confrontation des données cliniques, biologiques et radiologiques permet de redresser le diagnostic et d'éviter la biopsie.

Nous rapportons une observation d'apophysite ischiatique en illustrant l'aspect en imagerie ayant permis d'en faire le diagnostic.

Observation

Nous présentons le cas d'un adolescent âgé de 16 ans, sans antécédent notable, sportif footballeur qui a consulté pour des douleurs postérieures de la hanche droite associée à une tuméfaction du pli inguinal en regard. Ces douleurs sont apparues il y a 3 semaines, d'allure mécanique, survenant à l'effort et d'aggravation progressive. Absence de notion de traumatisme, fièvre ou d'altération de l'état général. A l'interrogatoire, le patient a rapporté une activité sportive particulièrement marquée durant les mois précédents l'apparition de la douleur. L'examen clinique a retrouvé une tuméfaction du pli inguinal droit sans signes inflammatoires locaux associés. La palpation de l'apophyse était douloureuse. La mobilité active et passive de la hanche était conservée. Le patient était apyrétique. Un bilan sanguin était normal avec en particulier absence de syndrome inflammatoire biologique. Une radiographie du bassin de face avait été demandée en première intention et montrait une plage ostéolytique de contours flous du bord inférieur de l'apophyse ischiatique droite associée à une densification des parties molles adjacentes, sans réaction périostée décelable (figure 1).

Figure 1: Radiographie du bassin de face:

Plage ostéolytique de contours flous de l'apophyse ischiatique droite (flèche) associée à une densification des parties molles adjacentes.

