

# MEDECINE TROPICALE

Diplôme de Médecine Tropicale des Pays de l'Océan Indien

## Ostéopériostite pianique chez un Gabonais : cas clinique.

### Observation

Un homme, âge de 35 ans, Gabonais, se présente à la consultation de Médecine au CHU de Libreville pour des douleurs invalidantes localisées aux deux jambes apparues depuis 18 mois. Ces douleurs sont à leur paroxysme, la nuit.

L'examen clinique montre une déformation des deux jambes et un épaississement des tibias réalisant un aspect « en lame de sabre ». Les os sont sensibles à la pression. Il existe des lésions cutanées achromiques cicatricielles des membres inférieurs. Il n'y a pas d'adénopathies inguinales. Les pouls des membres inférieurs sont bien perçus. L'examen des articulations est normal.

A l'interrogatoire, le malade dit que ces déformations sont apparues depuis plusieurs années, sans plus de précision, et qu'elles n'étaient pas douloureuses au départ. Il n'y a pas d'antécédent de chancre.

### Examens paracliniques.

- VSH : 32 mm à la 1<sup>ère</sup> heure,
- Radiographies des os des jambes droite et gauche : épaississement circonférentiel des os ; entre la réaction périostée et la corticale, il existe des zones claires linéaires disposées selon le grand axe de la diaphyse donnant à l'ensemble un aspect hétérogène ; la cavité médullaire est également hétérogène, plus dense en regard des lésions périostées ; cet aspect est celui d'une ostéopériostite hypertrophique multifocale.
- Test d'Emmel : négatif.

Quel est votre diagnostic ?

Quel examen complémentaire est indispensable pour confirmer ce diagnostic ?

Quel est le traitement de cette maladie ?

Quelle en est la prophylaxie ?

### Discussion

Les lésions radiologiques présentées par ce malade font discuter des foyers d'ostéomyélite chronique. Ceux-ci peuvent être de nature infectieuse bactérienne, en particulier chez les drépanocytaires, ou en rapport avec une mycobactériose (tuberculose) ou une mycose profonde.

En pratique, de telles lésions chez un africain adulte font évoquer une tréponématose. L'importance de la périostite, l'épaississement de la corticale, le caractère multifocal, le siège

tibial bilatéral sont caractéristiques tant des tréponématoses non vénériennes, pian (yaws en anglais) et bejel, que de la syphilis (syphilis tertiaire bénigne). Le tibia est « l'os chéri » des tréponématoses.

Le contexte épidémiologique et clinique fait retenir le diagnostic de pian tardif. Les lésions cicatricielles achromiques des membres inférieurs témoignent de lésions pianiques dans l'enfance.

Il existe au cours du pian des lésions osseuses précoces particulièrement sous forme d'ostéite des phalanges proximales des doigts (polydactylie ou spina ventosa pianique), d'atteinte du massif centrofacial avec une hypertrophie réalisant le *goundou* ou « gros nez » et tardivement (pian tardif), outre l'ostéopériostite (aspect en « lame de sabre » des tibias), de gangosa, qui est une rhinopharyngite mutilante et ulcéreuse aboutissant à une destruction du massif centrofacial, ne respectant que la langue.

La répartition des tréponématoses non vénériennes varie essentiellement avec la géographie : le pian ou framboesia est une maladie des zones forestières, le bejel ou syphilis endémique est une maladie de la zone sahélienne.

Le sérodiagnostic des tréponématoses comprend un test non tréponémique : le VDRL qui se positive tardivement (4 à 5 semaines après la contamination) et est quantitatif et des tests tréponémiques qualitatifs, précoces, sensibles et spécifiques : TPHA et FTA-ABS. Les tests sont interprétés en fonction de l'âge et de l'origine rurale ou urbaine du malade.

	Âge	> 5 ans	> 20 ans	> 40 ans
<b>Taux sérologiques</b>	VDRL TPHA	Élevé +	Élevé +	Négatif +
<b>Interprétation selon l'origine</b>	Urbaine ----- Rurale	Syphilis congénitale tardive ----- Pian ou bejel	Syphilis vénérienne - syphilis récente - syphilis latente	Séquelles sérologiques de pian ou de bejel

Chez ce patient, le VDRL était à 1/128<sup>ème</sup>, le TPHA positif.

### Traitement médical du pian

**Azithromycine** PO, Enfant et adulte : 30 mg/kg dose unique (maximum 2 g), ou à défaut,

**Benzathine benzylpénicilline** IM.

Enfant de moins de 10 ans : 1,2 MUI dose unique

Enfant de 10 ans et plus et adulte : 2,4 MUI dose unique

Dans cette observation déjà ancienne, le patient avait reçu 2 injections de 2 400 000 U. de **Benzathine benzylpénicilline** (EXTENCILLINE®) en 2 injections à 15 jours d'intervalle.

À un stade tardif, le traitement médical n'a pas d'effet sur les déformations ou les mutilations, mais agit sur les douleurs et rend la maladie moins invalidante.

En cas d'allergie à la pénicilline :

**doxycycline** PO (sauf chez l'enfant de moins de 8 ans et la femme enceinte ou allaitante).

Enfant de 8 ans et plus : 50 mg 2 fois par jour pendant 14 jours

Adulte : 100 mg 2 fois par jour pendant 14 jours

### Remarques :

- L'antibiothérapie guérit les accidents récents et peut soulager les douleurs des ostéites. Elle peut être insuffisante en cas de lésions tardives.
- La sérologie syphilitique reste positive malgré la guérison clinique.

### Sujets contacts et latents.

Tous les sujets contacts, qu'ils soient symptomatiques ou non, et les cas latents (sujets asymptomatiques ayant une sérologie syphilitique positive) en zone endémique doivent recevoir le même traitement que les cas.

Cette stratégie avait entraîné la quasi-disparition des tréponématoses non vénériennes en Afrique subsaharienne en 1960.

### Iconographies



Tibiaux en lame de sabre.



Radiographie des os des jambes

*Collections: Pr. Pierre Aubry et I.M.T.S.S.A. Le Pharo (Marseille).*

### Références

Aubry P., Touze J.E. Pian. Cas cliniques en Médecine Tropicale. La Duraulié édit, mars 1990, pp. 174-175.

Dexemple P. Une ostéopériostite africaine. *Med. Trop.*, 1996, 56, 326.

Mafart B. Le goundou. *Méd. Trop.*, 2000, 60, 322.

Morlan B., Zagnoli A., Klotz F. Pian, Bejel. *Encycl. Med. Chir.*, Maladies infectieuses, 8-039-D-10n 2001, 9 p.

Organisation mondiale de la Santé (2012). Le pian : brochure pour la reconnaissance du pian dans les communautés. Réimprimé avec changements, 2014.  
<http://www.who.int/iris/handle/10665/75361> [consulté le 14 mars 2024].

Oriol Mitjà, David Mabey. Yaws, bejel, and pinta (last updated. May 07, 2018). UpToDate [consulté le 14 mars 2024].

Michael Marks, Anthony W Solomon, David C Mabey. Endemic treponemal diseases. Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, Volume 108, Issue 10, 1 October 2014, Pages 601–607.

<https://doi.org/10.1093/trstmh/tru128> [consulté le 15 mars 2024]

Professeur Pierre Aubry, Dr Bernard-Alex Gaüzère. Texte actualisé le 14/03/2024.