

Quel est votre diagnostic ?

Lomboradiculalgies fébriles en zone tropicale

Ouédraogo DD^{1,2}, Daboiko JC¹, Eti E¹, Ouali B¹, Ouattara B¹, Gbané M¹, Gbazi C³, Kouakou N M¹

1. Service de médecine et rhumatologie, 3. Service d'imagerie médicale, CHU de Cocody, BP V 13, Abidjan, République de Côte d'Ivoire.
2. Service de médecine interne, CHU de Ouagadougou, Burkina-Faso.

Med Trop 2009 ; 69 : 655-657

Observation

Un homme de 35 ans, aux antécédents de tuberculose pulmonaire traitée et déclarée guérie était hospitalisé trois ans après pour des lomboradiculalgies évoluant depuis plusieurs mois. La symptomatologie se traduisait par des lombalgies hautes, insidieuses, d'horaire inflammatoire, évoluant dans un contexte de fièvre vespérale. Des radiculalgies mal systématisées, apparues trois mois après le début des signes, étaient accompagnées d'une impotence fonctionnelle relative des membres inférieurs et d'une altération de l'état général. A son admission, l'examen clinique retrouvait outre l'altération de l'état général, une température à 37,8°C, un syndrome rachidien lombaire marqué (contracture paravertébrale, douleurs à la pression des épineuses de L1 à L3). Un abcès froid paravertébral gauche, en regard de L1-L2, fistulisé à la peau, laissait sourdre un liquide d'aspect crémeux ; la station debout était impossible. L'examen neurologique mettait en évidence un déficit moteur des deux membres inférieurs



coté à 3/5 à gauche et 2/5 à droite. L'examen des viscères était normal. Les examens biologiques montraient un syndrome inflammatoire avec une VS à 60 mm à la première heure et une anémie microcytaire normochrome à 11,2 g/dl d'hémoglobine ; la recherche de bacilles acido-alcoolo-résistants dans les urines, le liquide du tubage gastrique et le pus était négative. L'intradermoréaction (IDR) à la tuberculine à 10 UI était fortement positive (20mm) et phlycténuclaire. La sérologie du VIH était négative. Les radiographies standard du rachis lombosacré et des poumons étaient normales. Le scanner du rachis lombosacré objectivait une lyse de l'épineuse de L2 associée à une spondylite de L2, de volumineux abcès paravertébraux postérieurs droit et gauche s'étendant de L2 à L5 avec, à hauteur de L4, une calcification ponctiforme (Fig. 1). Les disques intervertébraux étaient normaux.

Quel est votre diagnostic ?

• Courriel : ouedd@yahoo.fr

• Article reçu le 16/06/2008, définitivement accepté le 23/10/2008.

Réponse

Tuberculose de l'arc vertébral postérieur

L'hypothèse d'une ostéite tuberculeuse de l'arc vertébral postérieur était évoquée sur l'ensemble des éléments épidémiologiques, cliniques et radiologiques. Il n'y avait pas d'argument pour une autre infection ou un processus tumoral. Un traitement antituberculeux était institué, associé une dizaine de jours plus tard, à une corticothérapie en cure courte et à une rééducation fonctionnelle. Un mois après le début du traitement, l'évolution était favorable avec une régression des algies spontanées, une cicatrisation de la fistule et une récupération du déficit moteur. L'autonomie du patient autorisait alors la sortie, avec le port d'un lombostat plâtré maintenu pendant deux mois. Le traitement antituberculeux était poursuivi sur une période de 12 mois. Avec un recul de cinq ans, il n'a été pas noté de récurrence.

Discussion

La tuberculose reste une affection fréquente et grave dans les pays en voie de développement. La localisation disco-vertébrale (spondylodiscite) est la plus répandue des tuberculoses ostéo-articulaires (1,2). L'atteinte de l'arc postérieur reste rare (3). La tomographie et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) sont d'un apport important pour son diagnostic (4,5).

Il s'agit à notre connaissance du premier cas rapporté en Afrique sub-saharienne de tuberculose de l'arc vertébral postérieur. La description princeps de cette localisation a été faite en 1888 par Lannelongue. Cette localisation se fait habituellement par contiguïté (90 %), à partir d'une atteinte du corps vertébral, rarement de façon isolée sans atteinte discale ou somatique (3, 6). Le tableau clinique initial n'est pas spécifique : dorsolombalgie, lombalgie ou lombosciatalgie d'horaires inflammatoires, mais qui peuvent avoir un caractère mécanique les premiers mois et faire errer le diagnostic. La présence d'un contexte bacillaire reste un bon argument d'orientation diagnostique. Un abcès froid, s'il est retrouvé, est plus évocateur de l'ostéite tuberculeuse et peut être révélateur (7). Les complications neurologiques peuvent émailler l'évolution comme dans notre observation ; il peut s'agir de signes radiculaires par irritation ou compression, ou d'une compression médullaire dont la symptomatologie peut aller de simples paresthésies à une paraplégie (8). Les lésions radiologiques, quand elles existent, sont de type lytique. Elles intéressent un pédicule ou une épineuse et sont souvent associées à une spondylite comme c'est le cas dans notre observation. Le Scanner avec injection permet de suspecter une origine tuberculeuse. En effet, des images d'abcès des masses paravertébrales avec présence de calcifications, un anneau dense et épais avec des contours irréguliers offrent des spécificités en faveur de l'origine tuberculeuse (5). L'IRM a l'intérêt de mieux visualiser les parties molles, de montrer l'extension des abcès paravertébraux notamment par des coupes coronales en T2 (4) ; à l'opposé du scanner, elle ne permet pas de visualiser les calcifications au sein des abcès.

Le diagnostic de certitude est avant tout histologique, soit par abord chirurgical, soit par ponction biopsie radioguidée du foyer, en montrant la présence d'un granulome épithélio-giganto-cellulaire avec une nécrose caséuse centrale (1) ; le diagnostic a été fait dans notre cas grâce à un faisceau d'arguments que sont les antécédents récents de tuberculose, le caractère insidieux du tableau clinique, la réaction phlycténulaire à l'IDR, les images tomographiques. La bonne réponse au traitement antituberculeux venait compléter ces arguments. En effet, le traitement de l'ostéite tuberculeuse de l'arc vertébral postérieur reste celui de tout foyer tuberculeux ostéoarticulaire : quadrithérapie antibacillaire (rifampicine, isoniazide, pyrazinamide et éthambutol) pendant deux mois puis bithérapie (rifampicine et isoniazide) pendant 10 à 18 mois. L'évolution des signes neurologiques est habituellement favorable, qu'une laminectomie soit ou non associée au traitement médical (7). Une corticothérapie brève (une à deux semaines) à 20 – 30 mg par jour, en l'absence de contre-indication, participe souvent à la régression de volumineux abcès paravertébraux ; le traitement antibiotique doit avoir débuté depuis une dizaine de jours environ. Dans de rares cas, la persistance des signes neurologiques peut nécessiter une évacuation chirurgicale des abcès.

Conclusion

L'atteinte tuberculeuse de l'arc vertébral postérieur est de diagnostic difficile. Les signes cliniques et biologiques ne sont pas spécifiques. L'imagerie, la tomographie notamment, précise le siège des lésions et peut fournir des arguments de poids en faveur de l'origine tuberculeuse, en l'absence de preuve histologique formelle.

Références

1. Zlitni M, Kassab MT. Spondylodiscite tuberculeuse (mal de Pott). *Encycl. Méd. Chir. (Paris – France). Appareil locomoteur*, 15852-A.10, 1998, 14 p.
2. Ouattara B, Ouédraogo DD, Daboiko JC, Boidy T, Oualil B, Kouakou NM. - Le mal de Pott au CHU de Cocody (Abidjan) : à propos de 93 cas. *Afr Biomed* 2004 ; 9 :4-8.
3. Akhaddar A, Gazzaz M, Jiddane M, El Hassani MR, Chakir N, El Khamlichi A *et al.* L'ostéite tuberculeuse de l'arc vertébral postérieur : à propos d'un cas. *J Radiol* 2001 ; 82 : 257-60.
4. Claude-Pierre P, Chevalier X, Brugières P, Ducoup-Lepointe H, Martigny J, Avouac B *et al.* Intérêt de la résonance magnétique nucléaire dans la tuberculose de l'arc vertébral postérieur : à propos d'un cas. *Rev Rhum* 1990 ; 57 : 491-4.
5. Whelan MA, Naidich DP, Prost JD, Chase NE. Computed tomography of spinal tuberculosis. *J Comput Assist Tomogr* 1983 ; 7 : 25-30.
6. Naim-Ur-Rahman, El Bakry A, Jamjoom A, Jamjoom ZA, Kolawole TM. Atypical forms of spinal tuberculosis: case report and review of the literature. *Surg Neurol* 1999 ; 51 : 602-7.
7. Hary S, Pointud P, Lemaire JJ. Une observation de tuberculose de l'arc postérieur. *Rhumatologie* 1991 ; 43 : 203-6.
8. Naim-Ur-Rahman R. Atypical forms of spinal tuberculosis. *J Bone Joint Surg Br* 1980 ; 62 :162-5.

LOMBORADICULALGIES FEBRILES EN ZONE TROPICALE : ATTEINTE TUBERCULEUSE DE L'ARC VERTÉBRAL POSTÉRIEUR

RÉSUMÉ • Nous rapportons un cas d'ostéite tuberculeuse de l'arc vertébral postérieur chez un homme de 35 ans, aux antécédents de tuberculose pulmonaire récente. La symptomatologie clinique était faite de lomboradiculalgies bilatérales inflammatoires, un abcès froid fistulisé et un déficit moteur des membres inférieurs. La tomodynamométrie a mis en évidence une lésion lytique de l'épineuse de la deuxième vertèbre lombaire associée à une à une spondylite et de volumineux abcès paravertébraux avec une image de calcification caractéristique de tuberculose. Le traitement spécifique, conduit sur une période de 12 mois, a permis la guérison.

MOTS-CLÉS • Arc vertébral postérieur. Tuberculose. Afrique.

LUMBAR NERVE ROOT PAIN WITH FEVER IN TROPICAL AREA: POSTERIOR SPINAL TUBERCULOSIS

ABSTRACT • The purpose of this report is to describe the case of tuberculosis osteitis of the posterior vertebral arch in a 35-year-old man with recent history of pulmonary tuberculosis. Clinical findings were pain due to bilateral inflammation of the lumbar nerve roots, fistulised cold abscess and motor deficit in both lower extremities. The tomodynamometry demonstrated a lytic bone lesion involving the spinous process of the second lumbar vertebra in association with spondylitis and a large paravertebral abscess with calcification typical of tuberculosis. Cure was achieved by a single 12-month course of appropriate treatment.

KEY WORDS • Posterior Vertebral Arc. Tuberculosis. Africa.

Pensez à vous réabonner !



Médecine tropicale

Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées IMTSSA

Allée du Médecin colonel Eugène Jamot

Parc du Pharo

BP 60109

13262 Marseille cedex 07

Tel. : 04 91 15 01 47 • Fax : 04 91 15 01 29 Courriel : medtrop@imtssa.fr • medrop.pao@imtssa.fr

Abonnements : 04 91 15 01 23 • Courriel : abonmedtrop@imtssa.fr



Bulletin d'abonnement

NOM et Prénoms :

.....

Profession :

(ou désignation de l'Etablissement)

Adresse :

(destinataire de la Revue) :

.....

Date et Signature

Les abonnements débutent à la date de la commande. Ils assurent le service de quatre numéros annuels et donnent droit aux numéros spéciaux susceptibles d'être publiés en cours d'année.

Tarif d'abonnement 2009 (Tarif unique pour tous pays, frais de port inclus)

50 euros

Prix d'un numéro

10 euros

Règlement

• Par chèque bancaire ou postal, à l'ordre de : **Régisseur d'avances et de recettes de l'IMTSSA**, Parc du Pharo, BP 46, 13998 Marseille-Armées, France.

• Par virement à : Domiciliation : **TP MARSEILLE**, n° banque : **10071**, n° guichet : **13000**, n° compte : **00001005337**, RIB **38**