

SPONDYLODISCITE TUBERCULEUSE MULTIFOCALE NON CONTIGUË

Non-contiguous multifocal spinal tuberculosis

Brahim Eljebbouri, Hassan Baallal, Okacha Naama, Miloudi Gazzaz, Mohamed Boucetta

Service de Neurochirurgie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat - Maroc

Rev Mar Rhum 2012; 20: 42-4

Résumé

Il n'y a que très rares cas rapportés de spondylodiscite tuberculeuse multifocale non contiguë, la plupart de ces patients ont deux niveaux de lésions non contiguës nécessitant le recours fréquemment à la chirurgie. Nous rapportons le cas d'un patient porteur d'une spondylodiscite tuberculeuse cervicale, dorsale et lombaire. Le patient présentait des signes systémiques de la tuberculose avec à l'examen une irritation pyramidale. On s'est contenté d'un traitement antituberculeux avec de très bon résultat. Nous discuterons les particularités cliniques, diagnostiques et thérapeutiques de ce troisième cas décrit dans la littérature.

Mots clés : spondylodiscite, tuberculose, non contiguës, antituberculeux

Abstract

There are only a few cases reported with noncontiguous spinal tuberculosis in the literature. Most of these patients have only two non-contiguous lesions, and in almost all of these cases, surgical treatment is required. We report the case of patient with cervical, dorsal and lumbar spinal tuberculosis. The patient complained of systemic tuberculosis symptoms and pyramidal irritation. We stuck to medical treatment with very good result. We will discuss the clinical features, diagnosis and treatment of this third case described in the literature.

Key words : spondylodiscitis, tuberculosis, non-contiguous, TB

La tuberculose n'est pas une maladie rare, elle est aussi fréquente tant dans les pays développés que dans les pays en voie de développement. Son incidence est en augmentation dans les pays développés vue l'augmentation de l'immigration à partir des pays en voie développés et l'augmentation de l'incidence du virus de l'immunodéficience acquise (VIH) [1]. La spondylodiscite tuberculeuse ou mal de Pott survient chez 9% de patients porteurs de tuberculose pulmonaire [2]. Dans la majorité des cas, l'atteinte intéresse le rachis lombaire et dorsal, l'étage cervical n'est touché que dans 5% des spondylodiscites [3].

Habituellement, deux vertèbres contiguës ou plus sont impliqués par voie hématogène vue qu'une seule artère spinale vascularise deux vertèbres adjacentes [4]. La spondylodiscite tuberculeuse multifocale et non contiguë (STMNC) est rare, et la plupart des cas rapportés ne présentent des lésions que dans deux niveaux [2, 4-7]. A notre connaissance, notre cas est le troisième de STMNC impliquant tous les niveaux spinaux.

OBSERVATION :

Il s'agit d'un patient souffrant de cervicalgies, dorsalgies et lombalgies pour lesquelles il a été traité il y a 8 mois par un traitement symptomatique. A son admission dans notre formation il rapportait une aggravation de la symptomatologie avec une chute

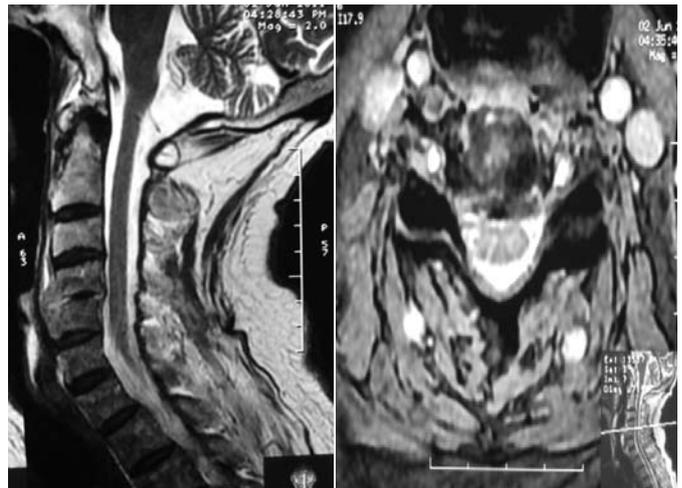


Fig 1 : IRM cervicale en séquence pondérée T2, coupe sagittale (à droite) et axiale passant par l'espace C4-C5 (à gauche) montrant la double localisation non contiguës de la spondylodiscite au niveau C1-C2 et C4-C5 avec des abcès paravertébraux et épидурaux.

pondérale estimée à 11 kg. L'examen physique trouva un patient cachectique à 49kg avec des lymphadénopathies cervicales et dans la région péri auriculaire. L'examen neurologique trouva une irritation pyramidale.

SPONDYLODISCITE TUBERCULEUSE MULTIFOCALE NON CONTIGUË



Fig2 : IRM dorsale T2 coupe sagittale montrant la spondylodiscite de D8 avec un tassement corporel important (changement de la densité du ceps vertébral)

La vitesse de sédimentation (VS) était à 120mm/h, C reactive protein (CRP) à 12g/dl et la hémocrite à 28%. La sérologie HIV était revenue négative.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) médullaire a révélé une spondylodiscite cervicale intéressant deux niveaux C1-C2 et C4-C5 avec un certain degré d'angulation antérieure, une destruction du corps vertébral de C1, C4 et C5 avec un abcès épidual en regard (Fig1). L'IRM dorsolombaire a révélé un changement de signal du corps vertébral de D8 (Fig. 2) et une destruction complète du corps vertébral de L1 avec une discite des étages adjacents et un abcès épidual étendu en regard (Fig. 3).

Une minerve cervicale type philadelphique et une orthèse thoraco-lombaire ont été utilisées pour immobiliser tout le rachis. La biopsie d'une adénopathie cervicale est revenue en faveur d'un granulome épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséeuse. La culture du matériel biopsié a retrouvé un mycobacterium tuberculosis. On a commencé un traitement antituberculeux à base de rifampicine 600 mg/jour, ethambutol 1.5 g/jour, isoniazide 300 mg/jour et pyrazinamide 1.5 g/jour. On a proposé un acte chirurgical pour les lésions cervicale et lombaire mais le patient a refusé de se faire opérer. Par conséquent on s'est contenté de le suivre régulièrement en consultation avec des contrôles radiologiques et biologiques. L'évolution a été marquée par la régression du syndrome inflammatoire (CRP revenue à la normale 8 semaines après le début du traitement et la VS 5 mois après) et la stabilisation des lésions rachidiennes ainsi que la disparition du syndrome tétraparalytique.

DISCUSSION :

Habituellement, le mal de Pott intéresse deux vertèbres -ou plus- contigües par voie hémotogène car une seule artère

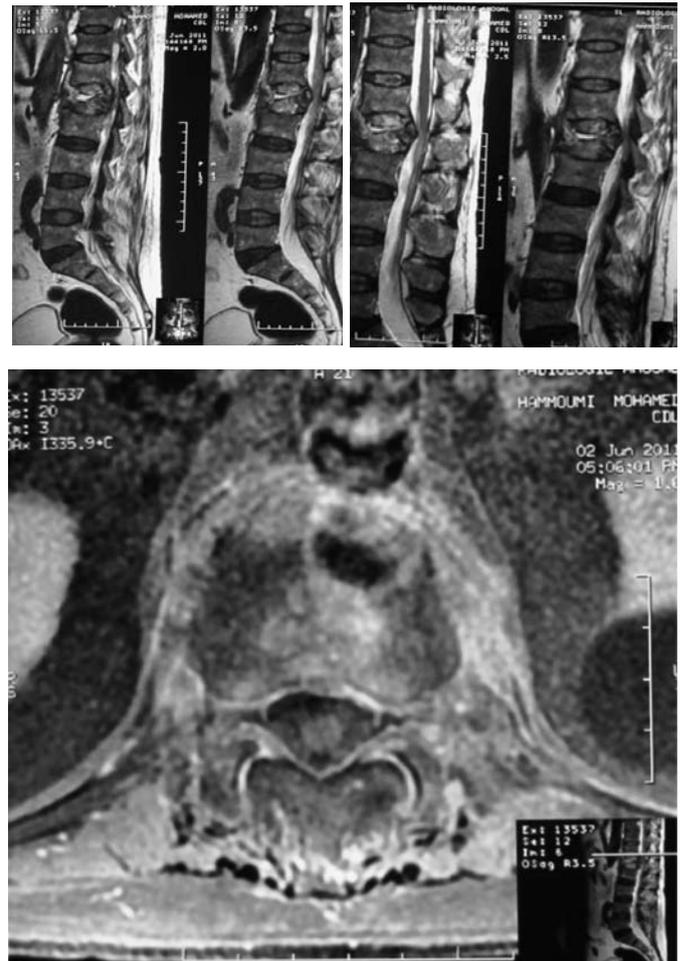


Fig3 : IRM lombaire en séquence pondérée T2 (coupes sagittale et axiale) objectivant en plus de la spondylodiscite de L1-L2 et D12-L1 une destruction complète du corps vertébral de L1.

intervertébrale irrigue deux vertèbres adjacentes [4]. La STMNC est rare. Rezaï et al [7] rapporte un seul cas avec atteinte thoracique et thoracolombaire sur 20 patients colligés. Turgut [2] rapporte un seul patient avec spondylodiscite tuberculeuse multifocale non-contigües intéressant le rachis thoracique et lombaire sur 694 patients. Janssens et De Haller [5] rapportent un cas de STMNC touchant les étages thoracique et lombaire sur 26 cas. Ce cas a été opéré vue l'étendue de l'abcès épidual et le risque d'instabilité. Nussbaum et al. [6] rapportent un cas avec atteinte cervicale et thoracique concomitante sur 29 cas. Ce cas a été opéré par voie postérieure avec une laminectomie et une ostéosynthèse vue la présence d'un déficit neurologique. Kulali et al [4] rapportent un seul cas de double atteinte dorsale non-contigüe, ce patient a subi une décompression postérieure, greffon et ostéosynthèse. Tous ces auteurs rapportent des cas où il n'y a atteinte que de deux niveaux non-contigus.

Dans la littérature, à ce jour, on retrouve deux cas similaires au notre. Turgut [8] rapporte un cas de spondylodiscite tuberculeuse cervicale, dorsale et lombaire. Ce patient tétraparésique a été opéré par voie antérieure au niveau cervical et voie rétropéritonéale latérale au niveau lombaire. Erhan Emel et al [9] rapportent en 2006 un cas de STMNC cervicale, dorsale,

lombaire et sacrée avec des abcès épидuraux et para vertébraux étendus. Ce malade a subi une fixation chirurgicale au niveau dorsale et lombaire. Notre cas donc est le troisième dans la littérature de spondylodiscite tuberculeuse intéressant tous les niveaux rachidiens. Si Turgut incrimine une probable infection pelvienne comme point de départ de la spondylodiscite [8], Kulali et al [4] n'a pas pu identifier la source d'infection chez leurs patients, les autres cas rapportés de STMNC n'ont pas pu fournir d'informations sur la source exacte de l'infection.

Il est connu que le taux de la VS est un outil nécessaire pour l'évaluation de la réponse au traitement antituberculeux [10] dans le mal de Pott. Cependant le taux de la VS tend à chuter de moitié à la fin du traitement antibiotique. Peu décrite dans la littérature, Rath et al. [10] rapporte que l'élévation de la CRP est presque constante dans les ostéomyélites vertébrales.

Tous les cas rapportés de STMNC sauf un ont été traités chirurgicalement. Pour ce dernier cas, il n'y a pas d'informations sur l'intervention chirurgicale [7]. Cependant, dans les documents qui incluent les cas d'atteinte multifocale, 34-86% des patients (64% au total) ont été opérés [2, 5-7]. Ce taux élevé de recours à la chirurgie est expliqué par le comportement fulminant de la maladie chez ces patients. La présence de signes systémiques et de larges plages d'abcès épидuraux comme les dans les deux cas rapportés dans la littérature et notre cas soutiennent cette idée.

Toutefois, le traitement chirurgical est de première intention en cas d'atteinte multiple causant de larges abcès avec signes systémiques de la tuberculose après un soutien psychologique du patient. L'utilisation d'une instrumentation rachidienne est controversée. La fibrose ou le tissu cicatriciel formé autour du matériel est soupçonné d'agir comme un refuge pour les bactéries car la vascularisation de ces zones est pauvre. Mais Oga et al [11] ont démontré que les propriétés adhésives du *Mycobacterium Tuberculosis* sur l'acier inoxydable a été inférieure aux autres bactéries. Bien qu'il n'y ait pas d'études sur le Titane, aucun cas de récurrence n'a été rapporté dans les séries utilisant l'approche antérieure [10,12].

Le refus de la chirurgie par notre patient, a entraîné un suivi très rapproché en consultation pour éviter le risque couru d'instabilité ou d'aggravation neurologique.

CONFLITS D'INTÉRÊT

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES

1. Hsu LCS, Leong JCY. Tuberculosis of the lower cervical spine (C2-7). *J Bone Joint Surg* 1984, 66:1-5
2. Janssens JP, De Haller R. Spinal tuberculosis in a developed country. A review of 26 cases with special emphasis on abscesses and neurologic complications *Clin Orthop* 1990, 257:67-75
3. Kulali A, Cobanoglu S, Ozzyilmaz F. Spinal tuberculosis with circumferential involvement of two noncontiguous isolated vertebral levels: case report. *Neurosurgery* 1994, 35:1154-1158
4. Lee TC, Lu K, Yang LC, Huang HY, Liang CL. Transpedicular instrumentation as an adjunct in the treatment of thoracolumbar and lumbar spine tuberculosis with early stage bone destruction. *J Neurosurg Spine* 1999;2:163-169
5. Nussbaum ES, Rockwold GL, Bergman TA, Erickson DL, Seljeskog EL. Spinal tuberculosis: a diagnostic and management challenge. *J Neurosurg* 1995;83:243-247
6. Oga M, Arizono T, Takasita M, Sugioka Y. Evaluation of the risk of instrumentation as a foreign body in spinal tuberculosis. *Clinical and biological study. Spine* 1993;18:1890-1894
7. Rath SA, Neff U, Schneider O, Richter HP. Neurosurgical management of thoracic and lumbar vertebral osteomyelitis and discitis in adults: a review of 43 consecutive surgically treated patients. *Neurosurgery* 1996;38:926-933
8. Rezaei AR, Lee M, Cooper PR, Errico TJ, Koslow M. Modern management of spinal tuberculosis. *Neurosurgery* 1995;36:87-96
9. Turgut M. Spinal tuberculosis (Pott's disease): its clinical presentation, surgical management, and outcome. A survey study on 694 patients. *Neurosurg Rev* 2001;24:8-13
10. Turgut M. Multifocal extensive spinal tuberculosis (Pott's disease) involving cervical, thoracic and lumbar vertebrae. *Br J Neurosurg* 2001;15:142-146
11. Yilmaz C, Selek HY, Gurkan I, Erdemli B, Korkusuz Z. Anterior instrumentation for the treatment of spinal tuberculosis. *J Bone Joint Surg (Am)* 1999;81:1261-1267
12. Erhan Emel et al. Non contiguous multifocal spinal tuberculosis involving cervical, thoracic, lumbar and sacral segment: a case report. *Eur Spine J* 2006;15: 1019-1024