

TUBERCULOSE RACHIDIENNE : À PROPOS DE 101 CAS

C. Loussaieff¹, W. Hachfi², R. Abid³, A. Berriche⁴ et groupe de travail

- 1- Service des maladies infectieuses, hôpital Fattouma Bourguiba, Faculté de médecine, LB12ST14, Monastir
- 2- Service de médecine interne et des maladies infectieuses, hôpital Farhat Hached, Sousse
- 3- Service de médecine interne, hôpital militaire de Tunis
- 4- Service des maladies infectieuses, hôpital la Rabta, Tunis

Introduction

Le mal de Pott correspond à la localisation du processus infectieux tuberculeux (dû au *Mycobacterium tuberculosis*) sur un ou plusieurs ensembles disco-vertébraux. La spondylodiscite tuberculeuse réalise la forme classique du mal du Pott est caractérisée par l'atteinte du disque intervertébral (DIV) et des deux vertèbres adjacentes. C'est une forme grave par l'atteinte neurologique qui peut être importante et définitive, mettant en jeu le pronostic fonctionnel. La destruction vertébrale due à la tuberculose peut entraîner des déformations rachidiennes réalisant une cyphose ou gibbosité pottique.

Objectif

Préciser les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de la tuberculose rachidienne de l'adulte.

Malades et Méthodes

Etude rétrospective, multicentrique des tuberculoses rachidiennes (TR) hospitalisées dans les services des Maladies Infectieuses de Monastir, Sousse et Tunis durant une période de 10 ans (2001-2010). Le diagnostic de TR reposait sur une culture positive pour *mycobacterium tuberculosis* et/ou la présence d'un granulome avec nécrose caséeuse à l'histologie de la ponction biopsie discovertébrale (PBDV), ou une forte suspicion clinique, forte réaction cutanée tuberculique, aspect typique à l'imagerie ou réponse rapide au traitement antituberculeux). Les données obtenues comportaient les caractéristiques démographiques, dont l'origine ethnique, et les facteurs de risque, les constatations cliniques (douleur, altération de l'état général, fièvre et signes neurologiques), les résultats biologiques [vitesse de sédimentation (VS), Protéine C-Réactive (CRP)], l'imagerie [radiographie standard du rachis, tomodensitométrie (TDM), scintigraphie osseuse, imagerie par résonance magnétique (IRM)] ainsi que les résultats histologiques et bactériologiques de la PBDV.

Résultats

Il s'agit de 48 hommes (47%) et 53 femmes (53%) soit un sexe ratio 0,9. L'âge moyen est de 58 ans (20 - 88 ans). Des antécédents de tuberculose étaient notés dans 25% des cas et la notion de contagé dans 33% des cas. L'existence d'un facteur d'immunosuppression était noté dans 15 cas (14,8%). Le délai moyen de diagnostic était de 2 mois (1 - 4 mois). Les signes cliniques étaient dominés par une rachialgie mixte ou inflammatoire dans 100 cas (99%) associée à une fièvre chez 95 patients (94%). Une complication neurologique à l'admission était notée dans 20 cas (19,8%). La localisation lombaire était prédominante notée dans 45 cas (44%). Un syndrome inflammatoire biologique était noté dans 100 cas (99%). L'IDR à la tuberculine était positive dans 50 cas (49%). La TDM et/ou l'IRM, pratiquée systématiquement était pathologique dans tous les cas. La PBDV avait confirmé le diagnostic dans 65 cas (76%). Tous nos malades avaient reçu une quadrithérapie antituberculeuse pendant une durée moyenne de 15 mois (10 - 20 mois) associée à une immobilisation.

Discussion

La tuberculose rachidienne constitue une forme paucibacillaire de tuberculose, faisant intervenir des BK à multiplication lente, liée à une dissémination par voie principalement hématogène. La tuberculose demeure un problème de santé publique en Tunisie. Elle est rare dans les pays développés en raison de la généralisation de la vaccination par le BCG et surtout l'amélioration du niveau socio-économique. Dans la majorité des études, il n'y a pas de prédominance de sexe avec des variations selon les séries. Le principal facteur favorisant est l'existence d'un antécédent tuberculeux, présent chez 25 % de nos malades contre environ 30 % des patients des séries à faible proportion d'immigrants et 14 % des patients immigrants. La notion d'un contagé tuberculeux, toujours difficile à rechercher a été présente dans 33 % de nos cas et dans 16 % des cas de la série de Holsey et al. L'existence d'une immunosuppression est connue pour favoriser la tuberculose. On l'a observé chez 14,8 % de nos cas. Le rôle de l'infection par le VIH a été très faible par rapport à son rôle actuel dans la tuberculose. Il s'agit le plus souvent d'une spondylodiscite. La spondylite et l'atteinte de l'arc postérieur sont plus rares. L'examen neurologique doit être systématique. La gravité de la localisation rachidienne de la tuberculose réside dans le risque de complications neurologiques. Elles sont fréquentes et se voient dans 10-47 % des cas.

Le pronostic de ces atteintes neurologiques est généralement bon aux dépens d'une décompression urgente. Les abcès froids doivent être recherchés systématiquement. Leur découverte est d'une grande valeur diagnostique. L'abcès paravertébral est fréquemment rencontré. Sa fréquence est estimée entre 57 à 70 % des séries de la littérature.

La tuberculose rachidienne est chronique et insidieuse. Les signes chroniques les plus fréquents sont les rachialgies inexplicables et une symptomatologie neurologique déficitaire. Les radiographies standards peuvent être normales au stade précoce. A un stade avancé, plusieurs aspects peuvent se voir : pincement discal, irrégularité des plateaux, géodes, cyphose, tassement vertébral cunéiforme, abcès "fuseau" paravertébral. La scintigraphie, la tomodensitométrie et l'IRM permettent régulièrement de confirmer le diagnostic de spondylodiscite sans préjuger de l'agent infectieux responsable (Fig). Le diagnostic bactériologique repose sur la mise en évidence du germe dans le foyer atteint soit par la ponction de l'abcès ou la ponction-biopsie qui permet en plus de donner une preuve histologique. Le BK peut être isolé dans les crachats ou les urines.

Le traitement de la TR reste médical associant une tri ou quadrithérapie antituberculeuse. Les médicaments les plus utilisés sont la rifampicine, l'isoniazide, la pyrazinamide et l'éthambutol. Ce traitement quadruple est prescrit pendant 2 mois relayé par une bithérapie quotidienne par isoniazide et rifampicine.

La durée du traitement antituberculeux classiquement recommandé dans les TOA était de 18 mois. Actuellement, la plupart des auteurs recommandent une durée minimale de traitement de 12 mois.

Un traitement adjuvant est parfois nécessaire : l'immobilisation plâtrée permet de diminuer les douleurs et de limiter les séquelles.

Parfois, dans les formes avancées, un geste chirurgical est nécessaire avec drainage du caséum

Conclusion

La Tuberculose rachidienne est une pathologie insidieuse. La ponction biopsie disco-vertébrale augmente les chances d'un diagnostic précoce. Le traitement adjuvant est de moins en moins utilisé.



Fig : IRM Rachidienne montrant un mal de pott à l'étage L1-L2