

Cas clinique n° 1 – Jeudi 15 Octobre 2020

Mr D, 33 ans, originaire du Mali, en France depuis 4 ans, présente des sciatalgies bilatérales depuis 6 mois, à gauche plus qu'à droite. Par ailleurs il existe une fièvre à 39°C depuis un mois et une impotence fonctionnelle totale. A l'examen clinique, on retrouve une amyotrophie des 2 MI, une hypoesthésie des MI, un déficit moteur des MI 0/5 sauf un triceps sural côté à 2/5 des deux côtés, une hypotonie du sphincter anal. La biologie montre des lymphocytes à 670, une CRP à 53.

Le Scanner TAP montre l'existence d'une spondylodiscite en L2L3 et en L3L4, de spondylites L1, L4, L5, de collections prévertébrales de 15 cm de hauteur fistulisées dans les Psoas, d'une épidurite avec collection épidurale étendue de L2 à L5, d'une sacroiléite gauche avec une collection antérieure, d'une lyse de l'arc postérieur en D7D8 avec des collections parties molles, une collection épidurale postérieure et une compression médullaire. Par ailleurs il existe un infiltrat micronodulaire du LSG.

L'IRM vertébrale et médullaire confirme les lésions.



QRM1. Quelle attitude adoptez-vous ?

1. Laminectomie pour décompression médullaire en urgence
2. Sérologie VIH
3. Echocardiographie à la recherche d'une endocardite
4. Antibiothérapie à large spectre
5. Recherche de BK dans les crachats

Une laminectomie est effectuée en urgence. L'examen anatomopathologique des prélèvements effectués retrouve de la nécrose caséuse et l'existence de BAAR. Le GeneXpert MTB/RIF du liquide abcès du Psoas est positif *M. tuberculosis*. Les crachats positifs retrouvent la présence de BAAR. La sérologie VIH est négative. le geste chirurgical permet une récupération motrice avec une force musculaire côté à 3/5 au niveau des psoas, 5/5 au niveau des muscles quadriceps, péroniers latéraux, triceps sural, tibial antérieur, triceps sural.

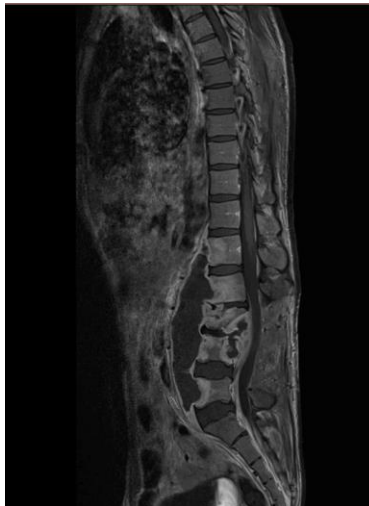
QRM2. Quelle attitude thérapeutique adoptez-vous ?

1. Quadrithérapie anti-tuberculose
2. Surveillance scannographique de la guérison de la spondylodiscite
3. Pose de drains pour évacuation des abcès jusqu'à asséchage
4. Prednisone à la dose d'au moins 1 mg/kg/j
5. Traitement pour 6 mois

Au 3eme mois du traitement anti-tuberculose, il présente une récurrence du déficit moteur avec des fessiers cotés à 0/5, le reste des muscles des MI est à 4/5. Il ne peut marcher qu'avec un déambulateur. Son traitement actuel comporte du rifinah 2 cp/j, il n'a jamais reçu de corticothérapie.

Le scanner du rachis dorsolombaire montre d'importantes collections abcédées des psoas, une collection rétro-vertébrale centrée sur le rachis lombaire avec extension au niveau intracanalair médullaire lombaire, une lyse osseuse des corps vertébraux lombaire.

L'IRM dorsolombaire confirme l'augmentation de la taille des abcès, le refoulement de la moelle en L3L4.



QRM3. Quelle est votre hypothèse ?

1. Le bacille de la tuberculose est devenu résistant
2. Le traitement n'a pas été pris correctement
3. Il s'agit d'une réaction paradoxale
4. Il faut ré-opérer
5. Il faut repasser à une quadrithérapie anti-tuberculose

QRM4. La réaction paradoxale est :

1. Une majoration de lésions pré-existantes sous traitement anti-tuberculose
2. Une apparition de nouvelles lésions tuberculeuses sous traitement anti-tuberculose
3. Secondaire à une réversion de l'immunodépression causée par *Mycobacterium tuberculosis*
4. Associée à un profil pro-inflammatoire exacerbé et délétère causé par l'efficacité du traitement
5. Un phénomène physiopathologique distinct de l'IRIS dans le contexte du VIH

QRM5. Dans quel délai peut survenir une RP ?

1. Dès le jour de l'introduction du traitement
2. En médiane après 1,5 à 2 mois de traitement
3. Pas dans les 8 premiers jours du traitement
4. Possible plusieurs mois après la fin du traitement
5. Possible plusieurs années après la fin du traitement

QRM6. Quels sont les facteurs associés à la RP ?

1. Une forme ganglionnaire
2. Une atteinte des séreuses
3. Une atteinte urologique
4. Une atteinte pulmonaire avec caverne
5. L'obésité

QRM7. Quelle prise en charge proposez-vous ?

1. Drainage de l'abcès du Psoas
2. Introduction d'une corticothérapie
3. Nouvelle laminectomie
4. Traitement anti-TNF
5. Reprise de la quadrithérapie anti-tuberculose

QRM8. Si le patient avait été infecté par le VIH, il aurait fallu

1. Débuter le traitement antirétroviral en même temps que le traitement anti-tuberculose
2. Ne surtout pas mettre de corticoïdes pour ne pas aggraver l'immunodépression
3. Attendre trois mois avant de débuter le traitement antirétroviral pour sortir de la période à risque de RP
4. Raisonner en fonction de la valeur des CD4
5. Raisonner en fonction de la valeur de la charge virale