

Aspects actuels du mal de Pott en Tunisie. À propos d'une série de 29 cas.

N. Meddeb, N. Rammeh, M. Chahed, H. Sahli, M. Elleuch, E. Cheour, B. Zouari & S. Sellami

Service de rhumatologie, Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie. Tél.: 216 71 560 432,219 98 324 670. Fax: 216 71 560 432,216 71 842 281. E-mail: SEL.RHU@planet.tn

Manuscrit n°2303. "Santé publique". Reçu le 3 avril 2001. Accepté le 19 juin 2002.

Summary: Current aspects of Pott's disease:concerning 29 cases.

It is a retrospective study, reviewing all cases of vertebral tuberculosis recorded between 1989 and 1999 in La Rabta Hospital (Tunis).

29 patients have been included whose average age was 49 years. The main symptoms which appeared within a average period of six months were vertebral pain, associated with fever in half of the cases.

The diagnosis of infectious spondylitis was made according to the results of Computer tomography in 26 cases. The diagnosis of infection was confirmed by characteristic histological pattern and/or culture biopsy.

27 patients were cured without complications except for 2 of them who developed a spinal cord compression. This complication was quickly stemmed by steroid therapy.

Résumé:

Il s'agit d'une étude rétrospective, colligeant tous les cas de spondylodiscites tuberculeuses répertoriés dans le service de rhumatologie de l'hôpital La Rabta à Tunis entre 1989 et 1999.

Les résultats montrent qu'il s'agit d'une population d'âge adulte. Les signes d'appel remontent en moyenne à six mois et sont dominés par les rachialgies inflammatoires associées dans 58% des cas à de la fièvre.

Le scanner a permis de porter le diagnostic de spondylodiscite chez 26 patients. L'origine tuberculeuse est retenue par la culture d'un fragment de biopsie disco-vertébrale et/ou par examen histologique.

L'évolution sous traitement est favorable, en dehors de deux cas de compression médullaire jugulés médicalement.

spondylitis
tuberculosis
needle biopsy
computer tomography
M.R.I.
hospital
Tunisia
Maghreb
Northern Africa

spondylodiscite
tuberculose
ponction biopsie
scanner
IRM
hôpital
Tunisie
Maghreb
Afrique du Nord

Introduction

La tuberculose ostéo-articulaire continue à sévir en Tunisie. Les auteurs se proposent d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, radiologiques, histologiques et évolutives de 29 patients atteints de tuberculose rachidienne et de dégager l'intérêt des nouvelles techniques d'imagerie médicale afin de permettre un diagnostic précoce et une meilleure prise en charge thérapeutique.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective de 29 cas de spondylodiscites tuberculeuses colligées dans le service de rhumatologie à l'hôpital la Rabta (Tunis, Tunisie), sur une période de 11 ans (janvier 1989 à décembre 1999). Les données épidémiologiques, cliniques et évolutives de chaque patient ont été recueillies sur une fiche préalablement établie.

La tuberculose disco-vertébrale était certaine quand la culture du prélèvement local mettait en évidence le *Mycobacterium tuberculosis*, présumée dans les situations suivantes:

découverte d'un foyer tuberculeux extra-vertébral et/ou examen anatomo-pathologique contributif par la découverte d'un granulome tuberculoïde et/ou réponse favorable au traitement anti-tuberculeux.

Nos patients ont tous subi des examens biologiques à la recherche d'un syndrome inflammatoire.

Les radiographies standards ainsi que des tomodensitométries du segment pathologique ont été pratiquées chez nos malades. Des biopsies disco-vertébrales guidées sous contrôle scopique ou scanographique ont été pratiquées chez 17 patients. La recherche de *Mycobacterium* a été faite dans les crachats, les urines chez tous les malades et dans le pus ou les fragments de la biopsie disco-vertébrale chaque fois que celle-ci a été pratiquée. Un traitement anti-tuberculeux quadruple a été démarré chez tous les patients¹. Nous avons retenu comme critère de réponse favorable au traitement: la reprise du poids, la disparition des douleurs et de la fièvre, la normalisation de la vitesse de sédimentation (VS) et l'amélioration des images radiologiques. Chaque malade a été vu au moins 2 fois après l'arrêt du traitement.

1. Rifampicine: 10 mg/kg/j, isoniazide: 5mg/kg/j, pyrazinamide: 30mg/kg/j et éthambutol: 30mg/kg/j.

Résultats

La population étudiée était à prédominance adulte avec un âge moyen de 49,3 ans. Nos patients étaient originaires pour la plupart du nord-ouest du pays du fait du recrutement biaisé de notre consultation. Les patients se répartissaient en 15 femmes et 14 hommes. La notion de tuberculose (extra osseuse ou contagée) a été notée dans 8 cas. Le motif de consultation de ces patients était dans tous les cas une douleur inflammatoire associée dans 19 cas à une altération de l'état général. Dix-sept patients étaient fébriles et vingt-quatre avaient une raideur rachidienne segmentaire. Le délai moyen de l'établissement du diagnostic était de six mois et demi.

La vitesse de sédimentation était élevée chez 18 patients/29. L'intradermo-réaction était positive avec un diamètre supérieur à 8mm chez 17 patients sur 29. La recherche du BK dans les crachats était positive dans 9 cas, au niveau du foyer de la spondylodiscite (1 cas), les crachats (6 cas), le liquide pleural (1 cas) et les urines (1 cas). D'autres foyers extra-rachidiens ont été mis en évidence (urinaire, surrénalien, pleuro-pulmonaire, hépatique, ganglionnaire et ostéoarticulaire)

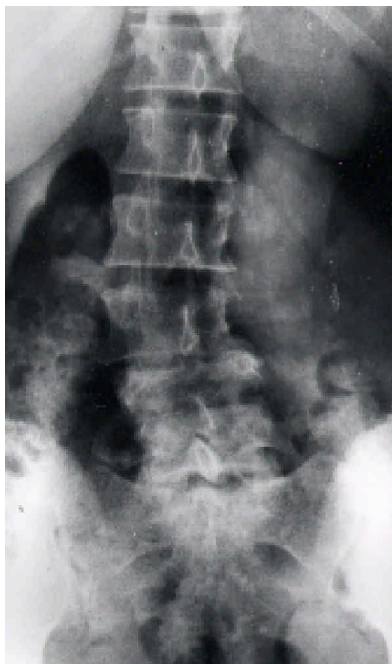
Les radiographies standards étaient toutes pathologiques et ont montré un pincement discal avec aspect flou des plateaux vertébraux (figure n° 1).

Figure 1.

Radiographie du rachis lombaire de face et de profil (centrée sur le disque L4-L5) : pincement discal et destruction vertébrale prédominante sur le plateau supérieur de L5.

Radiography of lumbar rachis: full face and profile (centered on disc L4-L5) discal pinching and vertebral destruction predominantly on the upper plateau of L5.

a. face



b. profil



Le scanner a été pratiqué chez 26 patients et a permis de confirmer le diagnostic de spondylodiscite. Des abcès para vertébraux ont été retrouvés dans la moitié des cas (13/26) et des images d'épidurite infectieuse dans deux cas sur 26 (figure n° 2). La biopsie disco-vertébrale a été pratiquée chez 17 patients, elle a montré des signes de spondylodiscite non spécifique dans 11 cas/17, l'aspect de granulome épithélioïde giganto-cellulaire avec nécrose caséuse n'a été retrouvé que dans un seul cas.

Le diagnostic de tuberculose rachidienne a été confirmé dans 18 cas par la mise en évidence du BK dans la lésion disco-vertébrale ou bien par la découverte d'une lésion histologique évocatrice. Dans les cas restants, le diagnostic a été posé sur un faisceau d'arguments cliniques, radiologiques et évolutifs. Tous les patients ont été mis sous traitement anti-tuberculeux quadruple pour une durée moyenne de 15 mois. Une immobilisation par corset a été indiquée chez 10 patients qui présentaient une localisation à risque. La durée moyenne du traitement antituberculeux était de 16,6 mois (de 4 à 21 mois). Deux de nos patients ont présenté des complications neurologiques, en rapport avec une épidurite, qui ont régressé sous traitement corticoïde associé à la chimiothérapie anti-tuberculeuse. Vingt-six patients ont guéri sans séquelles. Un patient a eu au cours de l'évolution des abcès des parties molles régressifs sous traitement médical.

Discussion

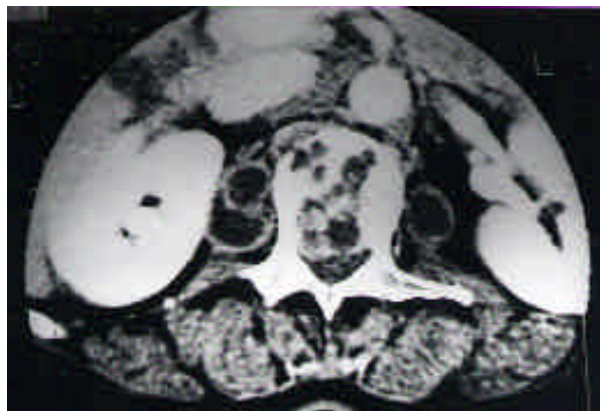
La tuberculose maladie sévit encore en Tunisie. Elle génère régulièrement des localisations ostéo-articulaires et en particulier le mal de Pott. L'âge moyen de nos patients au moment du diagnostic était de 49,3 ans alors que, dans des séries plus anciennes, l'âge moyen était 39,3 ans pour TARZI en 1983 (6) et de 42 ans pour SAHLI en 1994 (5). Sur une série tunisienne plus récente rapportée par KILANI (3), on note comme dans notre série un recul de l'âge moyen chiffré à 44 ans. Ce recul progressif de l'âge moyen de la maladie est certainement en rapport avec l'amélioration des conditions de santé et de la vaccination systématique dans notre pays. Cette moyenne d'âge se rapproche de plus en plus de celle observée en Europe (46 à 72 ans) (2).

L'absence d'études épidémiologiques faites au Maghreb et en Afrique ne nous a pas permis de comparer le profil épidémiologique et clinique de nos malades à celui des autres séries.

Figure 2.

Scanner lombaire: coupe transversale au niveau du disque L1-L2, montrant les érosions discales, l'envahissement intramédullaire et la présence d'abcès para vertébral prenant le produit de contraste.

Lumbar scan : transversal section at level of disc L1-L2, showing discal erosions, intramedullary invasion and presence of paravertebral abscess retaining the contrast agent.



Une légère prédominance masculine de la maladie est souvent rapportée, ce caractère n'a pas été retrouvé chez nos patients. Dans notre série, des antécédents de tuberculose ont été retrouvés dans 27,6 % des cas. Ces valeurs sont comparables aux données de la littérature: 18 à 43 % (1, 2, 4). La présentation clinique peu spécifique, l'évolution insidieuse de la symptomatologie et l'absence de signes généraux bruyant sont responsables d'un délai diagnostique généralement long de 1 à 26 mois. Dans notre série, ce délai est de 7,1 mois.

Les rachialgies inflammatoires avec raideur rachidienne sont constantes. Une apyrexie est constatée chez 56 à 100 % des malades. Dans notre série, la moitié des patients étaient apyrétiques à la première consultation. La biologie est peu contributive (1, 2, 5, 6); en effet, 40 % de nos patients avaient une VS normale.

L'imagerie par résonance magnétique est l'examen le plus performant: sa sensibilité, sa spécificité et sa valeur prédictive positive sont respectivement de 96 %, 92 % et 94 % (4).

Cependant, le scanner garde l'avantage de visualiser les calcifications, les séquestres intra-osseux et surtout de guider la ponction biopsie disco-vertébrale (PBDV). La sensibilité de cette technique pour le diagnostic des infections vertébrales, et en particulier de la tuberculose, est de 75 % ou plus (4).

En ce qui concerne nos malades, la PBDV a été pratiquée chez 17 patients. Celle-ci était contributive dans 35 % des cas.

Le diagnostic de certitude repose sur la mise en évidence du *Mycobacterium tuberculosis* à la culture d'un prélèvement local, cependant le facteur limitant de l'examen bactériologique est le délai de positivation des cultures (en moyenne 40 jours). L'amplification génomique par polymérisation en chaîne (PCR) permet l'identification en moins de 24 h de la mycobactérie (1), cette technique n'a pas pu être pratiquée chez nos malades.

Un traitement anti-tuberculeux bien conduit pendant une période de 12 à 18 mois est généralement suffisant pour obtenir la guérison. La durée moyenne chez les patients de notre série était de 15 mois.

En plus du traitement médicamenteux, une immobilisation plâtrée est souvent indiquée, elle permet en effet de diminuer les douleurs et de limiter les séquelles. Dix patients de notre série ont bénéficié d'une immobilisation. Les indications chirurgicales au cours des spondylodiscites tuberculeuses sont de plus en plus limitées. Elles restent réservées au traitement des compressions neurologiques aiguës par abcès et des compressions mécaniques par des séquestres.

Conclusion

Les spondylodiscites tuberculeuses sont encore fréquentes en Tunisie. Le tableau clinique insidieux entraîne souvent un retard du diagnostic et, par conséquent, des complications parfois redoutables. Les techniques d'imagerie moderne (scanner et I.R.M) permettent de poser le diagnostic dans les plus brefs délais. Seul un diagnostic et un traitement précoces sont capables d'améliorer le pronostic de cette maladie.

Références bibliographiques

1. BONToux D, CODELLO L, DEBIAIS F, LAMBERT DE CURSAY G, AZAIS I & ALCALAY M - Spondylodiscites infectieuses. Analyse d'une série de 105 cas. *Rev Rhum mal ostéoartic*, 1992, **59**, 401-407.
2. COTTEN A, FILIPO RM, DROUOT MH *et al.*- La tuberculose vertébrale: étude des aspects cliniques et radiologiques à partir d'une série de 82 cas. *J Radiol*, 1996, **77**, 419-426.
3. KILANI B, AMMARI L, TIOUJRI H, KANOUN F, GOUBANTINI A *et al.*- Les spondylodiscites bactériennes à pyogènes ou tuberculeuses. *Ann Méd Int*, 2001, **152**, 236-241.
4. SABA J, PERRONE C & LEPORT C - Apport de la biopsie vertébrale à l'aiguille au diagnostic des spondylodiscites infectieuses. *Lettre infectiologue*, 1992, **7**, 157-159.
5. SAHLI H - *Les spondylodiscites infectieuses (à propos de 80 cas)*. Thèse Médecine Tunis, 1994.
6. TARZI BH - *Les spondylodiscites infectieuses en médecine interne (tuberculeuses et non tuberculeuses)*. Thèse médecine Tunis, 1983.