



Cas clinique

Un mal de pott associé à un tuberculome intramédullaire à propos d'un cas

Case report with a Pott disease associated an intramedullary tuberculoma

DA Raharimaminjatovosoa*, JL Rakotomanana, RS Razafindrasata, J Razafimahefa, N Zodaly, AD Tehindrazanarivelo

Résumé

La tuberculose (TB) est encore un problème de santé publique en Afrique sub-saharienne y compris Madagascar. La TB du SNC (système nerveux central) ne représente que 1 % des TB dominée par l'atteinte encéphalique. Dans la forme rachidienne, l'atteinte disco-vertébrale (Mal de Pott) est la plus fréquente tandis que la lésion intra-médullaire (tuberculome intra-médullaire TIM) est rare. Notre objectif était d'évaluer l'aspect clinique, paraclinique et évolutif d'une atteinte disco-vertébrale et intra-médullaire tuberculeuse. Il s'agissait d'un homme de 54 ans, immunocompétent, reçu pour une paraplégie spastique, rapidement progressive, s'installant en 2 mois. L'examen neurologique a objectivé un syndrome d'interromption médullaire au niveau de D7. L'IRM dorsolombaire montrait une spondylite, une épидурite lombaire comprimant le cône terminal et une image de TIM niveau D7. Le LCR était acellulaire avec une hyperprotéinorachie et une hypoglycorachie. On notait une présence de miliaire tuberculeuse à la radiographie pulmonaire. Une quadrithérapie (RHZE) tuberculeuse a été

instituée. Une laminectomie et une biopsie vertébrale ont été réalisées et l'examen histologique montrait une tuberculose caséo-folliculaire. Après 10 jours de traitement, on notait une nette régression de la symptomatologie vers l'autonomie à la marche à la fin du traitement.

Mots clés : compression médullaire, IRM médullaire, tuberculose, Madagascar

Abstract

Tuberculosis (TB) is still a public health problem in sub-Saharan Africa, including Madagascar. CNS involvement accounts for only 1% of TB, dominated by brain injury. In the spinal form, disco-vertebral involvement (Pott disease) is the most frequent; whereas the intramedullary lesion (intramedullary tuberculoma or IMT) is rare. Our objective was to report a case associating a Pott disease with an IMT. A 54-year-old man, immunocompetent, has a rapidly progressive pyramidal spastic, set within 2 months. Neurological exam found a spinal cord

compression .The dorsolombar MRI showed spondylitis, lumbar epiduritis compressing the terminal cone and a rounded tuberculoma image intramedullary in T7. Cerebral spinal fluid was acellular with hyperproteinorachia and hypoglycorachia. The PSA was negative. The pulmonary radiography showed a tuberculous miliary. Anti-tuberculosis treatment was instaured. Laminectomy and spine biopsy were performed and the histopathologic examination revealed a caseous granulation lesion. At day 10 of treatment, his neurological state progressed.

Keywords : spinal cord compression, spinal cord MRI, tuberculosis, Madagascar

Introduction

La tuberculose (TB) est une affection par le mycobactérium tuberculosis pouvant atteindre tous l'organisme humain notamment le SNC (système nerveux central). La TB du SNC ne représente que 1 % des tuberculoses dominée par l'atteinte encéphalique [1-2]. Le mal de Pott, beaucoup plus fréquente, est une atteinte disco-vertébrale. Tandis que le tuberculome est un tissu granulomateuse entourée par des cellules épithéliales, le plus souvent à localisation cérébrale, rarement en extra ou intra-médullaire. L'atteinte de ces structures se fait par voie hématogène. La TIM est une forme rare, à prédominance féminine [3-2]. L'association entre mal de Pott et TIM est peu rapportée. C'est ainsi que nous rapportons ce cas afin de décrire les caractéristiques cliniques, paracliniques et évolutifs d'une tuberculose ostéo-médullaire associant mal de Pott et TIM.

Cas clinique

Il s'agissait d'un homme de 54 ans, immunocompétent, hospitalisé en neurologie pour une impotence fonctionnelle des deux

membres inférieurs, d'aggravation progressive s'installant en 2 mois. Il avait présenté au mois de juin 2017 une lourdeur progressive du membre inférieur droit associé à des fourmillements et une perte de la sensibilité à partir de l'ombilic jusqu'aux extrémités. Deux semaines après, on notait une atteinte de l'autre membre inférieur vers un déficit moteur totale des 2 membres ; associé à une perte de la sensibilité remontant en région sus ombilicale, et aussi une constipation, une rétention urinaire, une sensation de décharge électrique au toucher des membres inférieurs.

Il n'y avait ni notion de contage, ni des signes d'imprégnations tuberculeuse ni des comorbidités. Il a été vacciné par le BCG dans l'enfance. À l'entrée, il était fébrile à 38,2 °C.

lésionnel en D7 ; en sous lésionnel une paraplégie type spastique avec des reflexes rotuliens vifs, un reflexe cutané-abdominal aboli, des reflexes cutanéo-plantaires en extension bilatéraux et une trépidation épileptoïde. L'atteinte de la sensibilité se présentait comme une hypo-anesthésie des deux membres inférieurs à tous les modes. Le trouble sphinctérien était une constipation et une rétention urinaire. Le reste de l'examen clinique trouvait une pâleur cutanéomuqueuse, une escarre sacrée stade IIB. Les aires ganglionnaires étaient libres.

L'examen biologique a révélé un syndrome inflammatoire avec une CRP à 24mg/l, sans hyperleucocytoses, une anémie microcytaire à 109g/l. Le LCS était acellulaire avec une hyperprotéinorachie à 1,75g/l et une hypoglycorachie à 1,67mmol/l pour une glycémie de 4,59mmol/l. A la recherche du responsable de son hyperthermie, l'ECBU était positif à bacille gram négatif : *Kleibseilla pneumoniae* résistant au C3G. La sérologie du VIH ainsi que la sérologie de la bilharziose, syphilis, le dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) dans le sang sanguin étaient négatives. L'IRM dorsolombaire observait essentiellement une spondylodiscite

constitué par de lésions ostéolytiques en L1 L2 à type d'écrasements des corps vertébraux, irrégularité des plateaux vertébraux et un pincement discal. Une atteinte simultanée de l'arc postérieur et antérieur donnait un aspect bilobé d'une épидurite refoulant les fourreaux durs. Cette lésion est en isosignal en T1 prenant le produit de contraste et hypersignal en T2 (Figure 1). Le mal de Pott est composé d'un écrasement des corps vertébraux L1 L2, des irrégularités des plateaux vertébraux, un pincement discal et une épидurite. L'ostéo-condensation intense (vertèbre en ivoire) en D3 est une lésion qu'on trouve surtout chez les patients immunocompétents. Des abcès para-vertébraux ont été retrouvés en coupe transversal en L1 (Figure 2). En IRM dorsal, le tuberculome intra médullaire était en isosignal en T1 avec un rehaussement annulaire après injection de produit de contraste niveau D7 (Figure 3). Cette lésion est en hyposignal arrondie en T2 (Figure 1). La radiographie du thorax a montré une miliaire tuberculeuse (Figure 4). La recherche de bacilles acido-alcool-résistants (BAAR) dans le liquide de tubage gastrique était négative. Le résultat de l'examen histologique était en faveur d'une tuberculose caséo-folliculaire renforçant le diagnostic. L'antituberculeux a été institué pour une durée de 9 mois dont 2 mois d'éthambutol, rifampicine, isoniazide et pyrazinamide (ERHZ) puis 7 mois d'isoniazide et rifampicine (RH). Du Carbapénème (1,5 g/jour pendant 4 jours) et des fluoroquinolones (1g/jour 3 semaines) ont été prescrit contre l'infection urinaire. Il a aussi bénéficié de pansements d'escarre et d'une immobilisation rachidienne. L'évolution était marquée par une amélioration partielle de la motricité, de la sensibilité du membre inférieur gauche à J10 d'antituberculeux et une apyrexie après une antibiothérapie bien conduite. Après une laminectomie décompressive effectuée à la 3ème

semaine d'antituberculeux, une marche avec appui était obtenue au 5^{ème} mois du traitement suivi de l'autonomie à la marche à la fin du traitement.



Figure 1 : IRM dorsolombaire coupe sagittale séquence T2 avec une image en hyposignal intramédullaire du tuberculome.

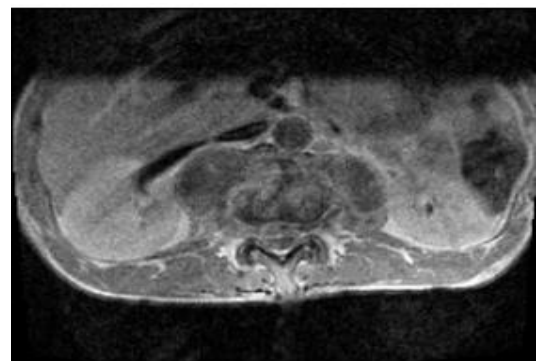


Figure 2 : IRM lombaire coupe axiale T1 injecté en L1 : abcès para-vertébraux en coupe

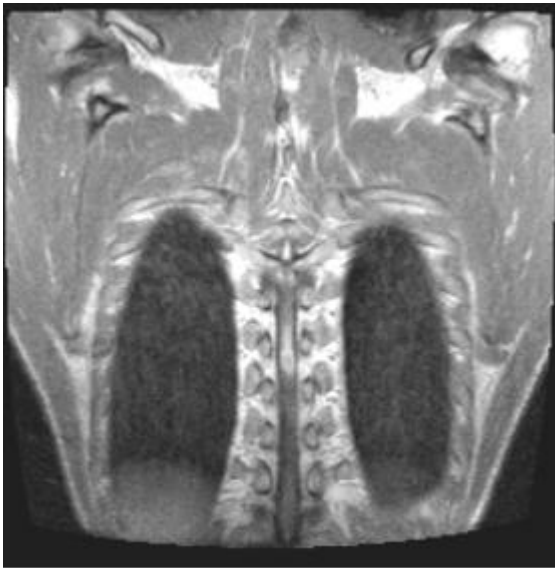


Figure 3 : IRM dorsal coupe coronale T1 montrant un rehaussement annulaire d'un tuberculome intra médullaire après injection de produit de contraste en D7.

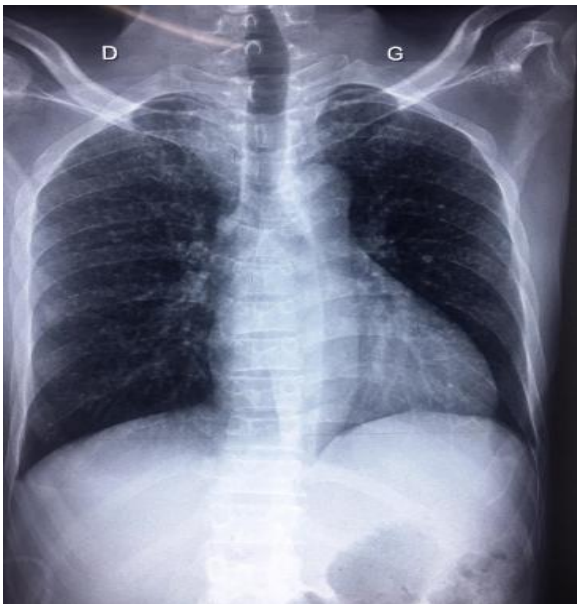


Figure 4 : Radiographie thoracique de face, miliaire tuberculeuse.

Discussion

Peu de cas de tuberculome intramédullaire a été

retrouvé dans la littérature [4-5-6-7]. Elle se présente surtout dans des pays à forte endémie tuberculeuse [2]. Le mal de Pott est fréquent et l'association tuberculome et mal de Pott est possible par voie hématogène qui est la principale voie de dissémination du germe [8-3].

La symptomatologie d'un tuberculome est dominée par une compression médullaire lente associée à des altérations de l'état général plus marqué chez les immunodéprimés [8-2]. Ce qui est le cas présenté ici fait d'une compression médullaire lente mais chez un immunocompétent. L'état général conservé pourrait s'expliquer par l'absence de comorbidités [4]. L'absence d'antécédent et de contage tuberculeux ont été retrouvés chez un homme nigérien de 45 ans sans foyer primitif retrouvé [9] et chez un homme de 69 ans immunocompétent [6]. En cas de mal de Pott, la douleur rachidienne constitue le signe clinique de premier plan [9] qui n'est pas retrouvé chez notre patient. Généralement, dans la forme rachidienne tuberculeuse, la symptomatologie est dominée par une compression médullaire lente. Dans notre cas, le tuberculome serait responsable en grande partie du syndrome de compression médullaire devant le tableau clinique du patient.

La tuberculose neurologique est une pathologie grave souvent difficile à mettre en évidence [1]. Cependant, le diagnostic devrait être établi précocement, la certitude diagnostique repose sur un examen histologique comme la ponction-biopsie disco vertébrale en cas d'atteinte rachidienne. Les examens morphologiques sont incontournables au diagnostic positif confronté aux données clinico-biologiques [8]. Chez notre patient, l'imagerie a permis d'évoquer le diagnostic, renforcé par la miliaire tuberculeuse à la radiographie pulmonaire, le syndrome inflammatoire au liquide cérébro-spinal vers l'examen histologie de la biopsie vertébrale. Le tuberculome intramédullaire se trouve surtout en

région thoracique [7-3] et le mal de Pott dans le rachis dorsolombaire [9]. Le foyer primitif de l'infection se localise surtout en région pulmonaire comme une miliaire tuberculeuse [6] et/ou une tuberculose pulmonaire à microscopie positive.

La majorité des cas dans la littérature a été confirmée avec l'examen anatomo-pathologique montrant un tuberculome caséo-granulomateuse [4-5-7].

Dans notre cas, la survenue de compression médullaire dans un contexte de miliaire tuberculeuse associée aux imageries, justifiait l'institution du traitement antituberculeux même en absence d'examen anatomo-pathologique. L'histologie est l'examen de référence pour confirmer ou éliminer une cause tumoral ou d'autres infections (shistosomiasis). Généralement, la réponse thérapeutique est favorable si traitement institué précocement avec ou sans la chirurgie [9]. Le traitement chirurgical est indiqué en cas de déficit neurologique progressive ou échec thérapeutique. Ce fut le cas d'un homme de 69 ans en France où l'évolution était favorable après un antituberculeux [6]. La récupération du déficit neurologique peut être complète chez un patient bénéficiant de l'antituberculeux et la chirurgie à temps [5]. Sa survenue dans un contexte de miliaire tuberculeuse associée aux résultats de l'imagerie justifiait l'institution du traitement antituberculeux 9 à 12 mois comme pour la tuberculose neuro-méningée [10].

Conclusion

La tuberculose ostéo-médullaire se présente surtout par une compression médullaire lente dont le foyer primitif est à rechercher. Les arguments cliniques biologiques et l'imagerie permettent le diagnostic et le traitement précoce.

La réponse thérapeutique est favorable en cas

d'absence de déficits neurologique irréversibles.

*Correspondance

Dorée Augustia Raharimaminjatovosoa
(raharimaminjatovosoa@gmail.com)

Reçu: 30 Déc., 2017 ; **Accepté:** 03 Fév, 2018; **Publié:** 06 Fév, 2018

Service de Neurologie, Centre Hospitalier Universitaire Joseph
Raseta Befelatana, Antananarivo, Madagascar

© Journal of african clinical cases and reviews 2018

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

- [1] M. Tiaray, V.F. Ranaivomanana, K. Ravahatra, J. Rakotomizao, J. Rajoarifetra, M. Josoa et al. Difficulté diagnostique d'un tuberculome intracrânien dans un pays à faible revenu. *Rev. méd. Madag.* 2015 ; 5(1) : 531-3.
- [2] C. Bazin. Tuberculose du système nerveux central. *EMC-Neurologie.* 2004 ; 169-92.
- [3] M. Imejjati, A. Akhaddar, S. Derraz, A. Aghzadi, A. El Ouahabi, A. El Khamlichi. Tuberculome intramédullaire isolé a propos de deux cas et revue de la littérature *Rachis.* Juin 2002 ; 14 (2) : 123-8.
- [4] CF. Litre, G. PechGourg, U. Acosta Diaz, S. Fuentes, F. Grisoli. Tuberculose intramédullaire. À propos d'un cas. *Science direct Neurochirurgie.* Juin 2008 ; 54 : 545-7.
- [5] J. Hong-Bin, G. Dong-Ming, C. Fan-Fan. Intramedullary Cervical Tuberculoma : A Case Report With Note on Surgical Management. *Int Surg.* 2015 ; 100 : 133-6.
- [6] M Agossou, I. Gargouri, A. Holveck, CP. Dimitriu, P. Fraisse, E. Quoix. Tuberculome du cône médullaire à propos d'un cas et revue de la littérature. *Revue de la maladie respiratoire.* 2011 ; 28 : 696-9.
- [7] AS. Yusuf, NA. Adeleke, OM. Babalola, KW. Wahab, LO. Oyebanji, AB. Ahmed et al. Intramédullaire tuberculome de thoracique moelle dans un nigerian de apparemment sain: rapport de cas. *Journal of the west african college of surgeons.* 2015 ; 5 (4) : 90-118.
- [8] M. Jaspard, V. Pourcher. Tuberculose neurologique. *La Lettre du Neurologue.* 2017 ; 21 (6) :164-9.

- [9] F. Badr, C. Khalid, EFC. Mohamed. Le mal de Pott : à propos de 82 cas. PAMJ. 2011. 8 (22) : 1-8.
- [10] J.C. Yombi, N. Olinga. La tuberculose : épidémiologie, aspect clinique et traitement. Médecine interne générale. 2015 ; 134 (10) : 549-59.

Pour citer cet article:

Raharimaminjatovosoa Dorée Augustia, Rakotomanana Jenny Larissa, Razafindrasata Ratsitohara Santatra et al.
Un mal de pott associé à un tuberculome intramédullaire à propos d'un cas. *Jaccr Africa 2018; 2(1):59-64.*