



## Cas clinique

### Lymphome rachidien simulant une spondylodiscite tuberculeuse : à propos d'un cas au CHU de Bouaké

Spinal lymphoma simulating tuberculous spondylodiscitis: a case report at the Bouaké University Hospital

AA N'dri\*<sup>1</sup>, R Ayemou<sup>1</sup>, MS Koffi<sup>1</sup>, RP Botti<sup>1</sup>, JF Koffi<sup>1</sup>, A Ouattara<sup>1</sup>

#### Résumé

Le diagnostic des spondylodiscites est souvent difficile en raison de la diversité des causes. Ce cas rapporte un jeune homme de 18 ans présentant une dorsalgie avec syndrome de compression médullaire, initialement traité pour une tuberculose osseuse sans preuve histologique. L'aggravation sous traitement a conduit à une biopsie ganglionnaire qui a révélé un lymphome rachidien. Cette observation rappelle l'importance d'évoquer un lymphome dans le diagnostic différentiel des spondylodiscites, surtout en cas de tableau clinique atypique ou de réponse thérapeutique défavorable.

Mots-clés : Lymphome rachidien ; Spondylodiscite ; Diagnostic différentiel ; Bouaké.

#### Abstract

Diagnosis of spondylodiscitis is often difficult due to the diversity of causes. This case reports an 18-year-old man presenting with back pain and spinal cord compression syndrome, initially treated for bone

tuberculosis without histological evidence. Worsening under treatment led to a lymph node biopsy, which revealed spinal lymphoma. This observation highlights the importance of considering lymphoma in the differential diagnosis of spondylodiscitis, especially in cases of atypical clinical presentation or unfavorable therapeutic response.

Keywords: Spinal lymphoma; Spondylodiscitis; Differential diagnosis; Bouaké.

#### Introduction

Les douleurs rachidiennes non traumatiques peuvent avoir de nombreuses causes [1], avec la spondylodiscite tuberculeuse souvent évoquée en contexte endémique [2]. Toutefois, des pathologies plus rares comme les lymphomes rachidiens peuvent mimer cette infection [2], entraînant un retard diagnostique en l'absence de confirmation histologique [1]. À partir d'un cas initialement pris pour une tuberculose

osseuse, puis diagnostiqué comme un lymphome, cette étude met en évidence l'importance d'inclure le lymphome rachidien dans le diagnostic différentiel des spondylodiscites atypiques. Elle vise à décrire les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de cette pathologie rare.

### Cas clinique

Un patient de 18 ans a été hospitalisé pour des dorsalgies inflammatoires évoluant depuis 1 an, avec impotence fonctionnelle. L'interrogatoire retrouvait un contage tuberculeux, une évolution des douleurs de type mécanique vers inflammatoire, résistantes aux traitements, associées à des signes généraux (fièvre, sueurs nocturnes, amaigrissement).

L'examen clinique retrouvait un patient fébrile, asthénique et amaigri, avec une douleur localisée en T8 à la palpation du rachis, sans adénopathie périphérique ni autre anomalie notable. Le scanner thoracique montrait une lésion vertébrale centrée sur T8, avec érosions osseuses, hyperdensité des muscles paravertébraux en fuseau contenant des calcifications, et des adénopathies profondes. Ces images évoquaient fortement une spondylodiscite tuberculeuse. Toutefois, le test GeneXpert MTB/RIF s'est révélé négatif, soulevant la nécessité d'envisager d'autres diagnostics comme un lymphome rachidien, particulièrement en l'absence de confirmation microbiologique.

La biopsie disco-vertébrale avec examen anatomopathologique n'avait pas été réalisée. En raison de l'endémie tuberculeuse en Côte d'Ivoire, des signes généraux et des images scanographiques évocatrices, le diagnostic de spondylodiscite tuberculeuse avait été retenu, et le patient mis sous traitement antituberculeux pendant 12 mois. À 6 mois de traitement antituberculeux, l'évolution s'était compliquée par une douleur persistante et l'apparition d'une polyadénopathie cervicale et axillaire gauche. Une biopsie ganglionnaire avec examen anatomopathologique avait révélé un lymphome malin non hodgkinien à moyennes cellules figure 2.

Faute de moyens, l'immunohistochimie n'avait pas pu être réalisée. Il s'agissait donc d'un LNH diffus avec atteinte rachidienne, confirmé en l'absence de preuve histologique initiale de tuberculose.

Le bilan préthérapeutique a révélé une anémie, une thrombocytose et une hyperleucocytose, signes d'un processus prolifératif. Certains examens clés n'ont pas pu être réalisés. Le patient, VIH et hépatites négatifs, a reçu une chimiothérapie selon le protocole CHOP, commencée trois mois après le diagnostic. Après trois cures espacées de 21 jours, l'évolution a été favorable avec disparition des signes généraux et réduction de l'adénopathie. Ce cas souligne l'importance de considérer un lymphome même en présence de signes évoquant une tuberculose osseuse.

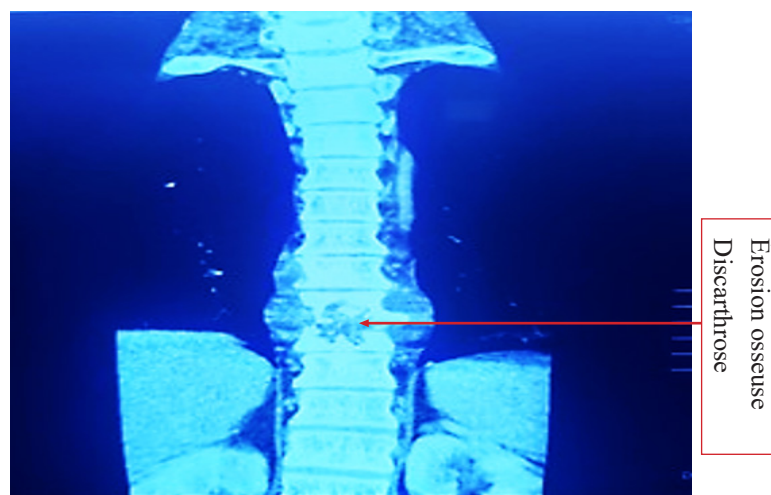


Figure 1 : Scanner thoracique en coupe coronale montrant une atteinte du corps vertébral T8 avec aspect irrégulier et effacement des espaces discaux, pouvant faire évoquer initialement une spondylodiscite tuberculeuse.

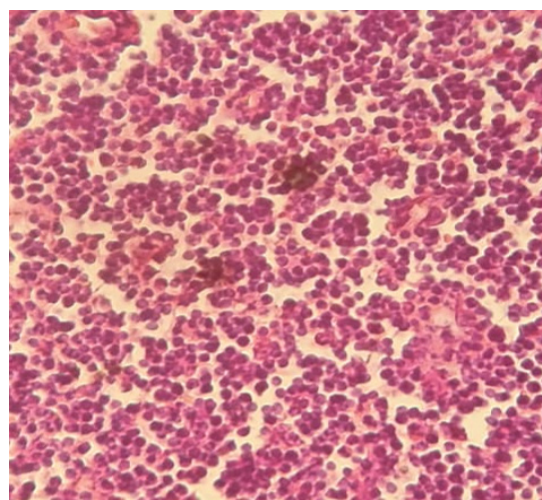


Figure 2 : Aspect histologique du ganglion.

## Discussion

L'objectif de cette étude était de décrire les principaux aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs du lymphome osseux secondaire dans sa forme rachidienne, à travers un cas initialement confondu avec une tuberculose vertébrale.

Les lymphomes représentaient environ 14,5 % des tumeurs malignes. Parmi ceux-ci, les lymphomes osseux primitifs (LOP) étaient rares, représentant près de 11 % des lymphomes non hodgkiniens [4]. Les lymphomes osseux secondaires sont plus fréquents que les formes primitives, touchant souvent les jeunes hommes [3]. Le cas rapporté, un patient de 18 ans symptomatique depuis 17 ans, illustre un retard diagnostique et reflète la jeunesse de la population ivoirienne [7].

Cette observation soulignait la nécessité de considérer le diagnostic de lymphome rachidien même en contexte de suspicion de tuberculose. Contrairement aux données de la littérature où les cas concernaient souvent des hommes plus âgés [4,6]. Notre patient plus jeune ne présentait aucun facteur environnemental identifiable, laissant suspecter une origine génétique [8].

Les localisations osseuses secondaires touchaient souvent le squelette axial, mimant des tableaux de tuberculose osseuse, comme dans notre observation. Cette similitude radioclinique justifiait l'importance de ne pas écarter un lymphome rachidien devant une suspicion de tuberculose vertébrale. Dans la littérature, les localisations osseuses secondaires touchaient principalement le squelette axial, simulant souvent une tuberculose vertébrale [10], comme dans notre cas. Les signes cliniques fréquents sont les douleurs rachidiennes, les déficits moteurs et les signes de compression médullaire [11]. La tomodensitométrie reste un outil clé pour affiner le diagnostic en évaluant l'extension lésionnelle osseuse et des parties molles [12]. La scintigraphie osseuse peut aider au diagnostic du lymphome osseux systémique en révélant une hyperfixation, bien

que son utilité soit limitée dans les formes lytiques [13]. L'IRM reste l'examen de choix pour évaluer l'extension médullaire et aux parties molles [13]. Dans notre contexte, sa non-réalisation pour des raisons financières compliquait ainsi le diagnostic et la prise en charge du lymphome rachidien.

Notre observation se distingue par une présentation simulant une tuberculose rachidienne.

La littérature rapporte des cas d'association entre tuberculose et lymphome, suggérant une interaction possible [2]. Une inflammation chronique liée à une tuberculose non traitée pourrait induire une transformation lymphocytaire maligne, tandis qu'un lymphome préexistant pourrait favoriser une tuberculose par immunodépression [14,2]. Cette complexité diagnostique justifie de ne pas omettre le diagnostic de lymphome rachidien devant une spondylodiscite atypique. Dans ce cas, la tuberculose a été écartée en raison de l'aggravation des symptômes sous traitement antibacillaire. Le diagnostic de lymphome osseux secondaire doit être envisagé devant une atteinte vertébrale, après biopsie osseuse avec étude bactériologique pour exclure le bacille de Koch. La tomodensitométrie seule est insuffisante et doit être complétée par une biopsie guidée en cas d'adénopathies profondes.

Le traitement dépend du type histologique et de l'extension de la maladie. Le protocole CHOP utilisé restait insuffisant pour traiter le patient en raison de l'absence d'immunohistochimie, indisponible dans notre contexte. L'accès aux antimitotiques posait un réel problème à cause de leur disponibilité limitée et du coût élevé. Des traitements innovants et prometteurs existent, notamment la thérapie par lymphocytes T génétiquement modifiés appelés CAR T-cells. Ces lymphocytes T, porteurs d'un récepteur antigénique chimérique (CAR-T) ciblant l'antigène CD19, ont connu un développement rapide [15,16].

L'évaluation de la maladie se faisait par un bilan d'extension comprenant l'examen clinique, la TDM thoraco-abdominale, et la biopsie ostéomédullaire, selon la classification d'Ann-Arbor. L'indice d'activité était apprécié par le score de performance

ECOG (0 à 4), le dosage de la LDH et de la bêta 2-microglobuline (normales ou élevées). Le type histologique du lymphome était classé selon la "working formulation". Ce bilan permettait de guider le pronostic et la stratégie thérapeutique dans les lymphomes [17].

L'atteinte osseuse marquait souvent une maladie plus agressive [5]. Notre patient avait été classé stade IV selon Ann-Arbor. Faute de moyens, les examens pronostiques et la biopsie ostéoméduleuse n'avaient pu être réalisés. Le pronostic des lymphomes osseux est plus favorable que celui des autres tumeurs malignes osseuses, avec un taux de survie à cinq ans de 40-50% [10] et plus péjoratif dans les formes à localisations osseuses multiples (stade IV) surtout quand elle s'accompagne d'atteinte endocavitaire exposant au risque de compression médullaire [5]. Enfin, la survenue d'une atteinte osseuse au cours d'une hémopathie maligne serait le témoin d'une évolutivité et d'un mauvais pronostic de la maladie [5].

## Conclusion

Le lymphome rachidien secondaire, bien que rare, devait être systématiquement évoqué devant une spondylodiscite atypique ou résistante au traitement antituberculeux. L'imagerie, notamment la TDM et idéalement l'IRM, aide au diagnostic topographique, mais seule la biopsie avec examen anatomopathologique permettait de poser un diagnostic définitif. Il était donc essentiel de pratiquer une biopsie devant toute adénopathie persistante afin d'orienter une prise en charge adaptée et améliorer le pronostic.

## Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la rédaction du cas clinique

## \*Correspondance

N'DRI Aya Annick-Charlène

[ndricharlène@gmail.com](mailto:ndricharlène@gmail.com)

**Disponible en ligne** : 23 Août 2025

1 : Service d'oncohématologie du CHU de Bouaké. Université Alassane Ouattara de Bouaké. BP 1174 Bouaké 01. Côte d'Ivoire

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2025

**Conflit d'intérêt** : Aucun

## Références

- [1] Lechiche C, Corne P, Severac A, Nogues L, Jonquet O. Découverte concomitante d'un lymphome non hodgkinien et d'une tuberculose osseuse. *Rev Med Interne*. 2005;26(9):756-63.
- [2] Zinebi A, Rkiouak A, Akhouad Y, Reggad A, Kasmy Z, Boudlal M, et al. Spondylodiscite granulomateuse: surtout la tuberculose mais ne pas omettre le lymphome. *Pan Afr Med J*. 2016;25:98.
- [3] Groupe Hématologie et Onco Occitanie. Actualisation du Référentiel thérapeutique. 2023;53:98.
- [4] Echimane AK, Ahnoux AA, Adoubi I, Hien S, M'Bras K, D'Horpok A, et al. Cancer incidence in Abidjan, Ivory Coast. First results from the registry. *Cancer*. 2000;89:653-63.
- [5] Brousse C, Baumelou E, Morel P. Lymphomes osseux primitifs: étude prospective de 28 cas pour le Groupe d'étude des lymphomes de l'adulte. *Rev Rhum*. 2000;67(8):627-33.
- [6] Benyaïch F, Amar C, Nzambe R, Berrady T, Harzy W. Le lymphome rachidien (à propos de quatre cas). *Rev Rhum*. 2006;73:1089-259.
- [7] ONU-Habitat. Rapport pays Côte d'Ivoire 2023 - « Une meilleure qualité de vie pour tous dans un

monde en urbanisation ». UN Human Settlements Programme. Kenya; 2023. Disponible sur: <https://coilink.org/20.500.12592/fm6b97> (consulté le 17 nov 2024).

### Pour citer cet article :

AA N'dri, R Ayemou, MS Koffi, RP Botti, JF Koffi, A Ouattara. Lymphome rachidien simulant une spondylodiscite tuberculeuse : à propos d'un cas au CHU de Bouaké. *Jaccr Africa* 2025; 9(3):143-147

<https://doi.org/10.70065/2593.jaccrAfri.006L012308>

- [8] Bull Cancer. 2017. Disponible sur: [www.em-consulte.com/revue/bulcan](http://www.em-consulte.com/revue/bulcan); [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com) (consulté le 31 août 2017).
- [9] Baris D, Zahm SH. Epidemiology of lymphomas. *Curr Opin Oncol*. 2000;12:383-94.
- [10] Çagavi F, Kalayci M, Tekin I. Primary spinal extranodal Hodgkin's disease at two levels. *Clin Neurol Neurosurg*. 2006;108(2):168-73.
- [11] Zinzani PL, Carrillo G, Ascani S, Barbieri E, Tani M, Paulli M, et al. Primary bone lymphoma: experience with 52 patients. *Haematologica*. 2003;88(3):280-5.
- [12] Mulligan ME, McRea GA, Murphey MD. Imaging features of primary lymphoma of bone. *AJR Am J Roentgenol*. 1999;173:1691-7.
- [13] Yasumoto M, Nonomura Y, Yoshimura R, Haraguchi K, Ito S, Ohashi I, et al. MR detection of iliac bone marrow involvement by malignant lymphoma with various MR sequences including diffusion-weighted echo-planar imaging. *Skeletal Radiol*. 2002;31(5):263-9.
- [14] Truszczyńska A, Nowak-Misiak M, Rapata K, Walczak P. Tuberculosis of the spine masquerading as a spine lymphoma: a case report and discussion of diagnostic and therapeutic traps. *Neurol Neurochir Pol*. 2013;47(2):189-93.
- [15] Salles G. L'émergence des traitements par cellules CAR-T dans les lymphomes. *Bull Cancer*. 2018;105 Suppl 2:S168-77.
- [16] Hermans C, Lambert L, Knoops MC, Vekemans X, Poire V, Havelange L, et al. Innovations en hématologie: que retenir de 2015. *Louvain Med*. 2016;135(2):5-20.
- [17] Rathmell AJ, Sutcliffe SB, Clark RM. Localized lymphoma of bone: prognostic factors and treatment recommendations. *Br J Cancer*. 1992;66:603-6.