

LETTER TO THE EDITOR

PROBLEMES DIAGNOSTIQUES A PROPOS DE DEUX CAS CLINIQUES DE MAL DE POTT LOMBAIRE

TAKONGMO S.* , NKO'O AMVENE S.**, JUIMO A.G.**, AFANE ZE E.***, EDZOA T.* , MALONGA E.*

RESUME

Deux cas de mal de POTT sans destructions ostéo-articulaires radiovisibles ont été diagnostiqués devant un abcès du psoas et un abcès musculaire dorsal. Les examens bactériologiques et histologiques ont été négatifs d'abord puis positifs au cours d'une évolution traînante. La conclusion est qu'il faut penser à la tuberculose devant tout abcès paravertébral sans attendre les signes radiologiques et savoir renouveler les examens bactériologiques et histologiques.

Mots-clés : Abcès paravertébral, Tuberculose.

SUMMARY

Diagnostic problems on two cases of Pott's disease

Two cases of Pott's disease without radiological osteoarticular destructions have been diagnosed from a psoas and a dorsal abscess. Bacteriology and pathology were negative, then became positive after a long evolution of the wound. The recommendation is to think of Pott's disease when confronted with any paravertebral abscess, with or without radiological signs and to repeat the bacteriological and histological examinations if necessary.

Key-words : Paravertebral abscess, Tuberculosis.

INTRODUCTION

Le mal de POTT ou tuberculose disco-vertébrale est une tuberculose secondaire rare dans les pays développés, plus fréquente chez les sujets de race noire (5). C'est une maladie grave par le risque de lésions osseuses, articulaires et neurologiques (4). Dans sa forme lombaire, le diagnostic se pose devant un adulte jeune présentant des douleurs lombaires avec signes neurologiques radiculaires. Il repose sur la mise en évidence d'un contexte tuberculeux et classique-

ment la recherche des signes radiologiques à type de géodes ou destruction des corps vertébraux ou des pédicules, pincement des disques intervertébraux, abcès avec fusées paravertébrales (2, 4). Dans certains cas, cependant, ces signes sont absents ; la tomodensitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) permettent alors un diagnostic topographique et anatomique plus précis ; ces examens guident la recherche de la preuve bactériologique ou histologique de la tuberculose par la ponction biopsique, condition indispensable pour l'indication d'un traitement médical spécifique. En l'absence de ces examens spécialisés, la découverte d'un abcès paravertébral devrait conduire au même diagnostic. Tel est le cas des deux observations ci-dessous.

MATERIEL ET METHODES

OBSERVATION N° 1

Monsieur M.D., Ingénieur de 38 ans était arrivé au Service de Chirurgie du C.H.U. de Yaoundé en Décembre 1989 pour abcès du psoas gauche. Il avait souffert de fièvre intermittente, amaigrissement et douleurs lombaires irradiant à la fosse lombaire gauche depuis sept mois. Les radiographies du rachis lombaire et des poumons étaient normales. L'échotomographie et la tomodensitométrie avaient trouvé un abcès du psoas gauche de huit centimètres. Par lombotomie, l'abcès fut incisé et drainé. L'examen du pus le trouvait stérile. La culture sur milie de LOEWENSTEIN était négative pendant trois mois. L'examen anatomopathologique des débris montrait une myosite subaiguë non spécifique sans caseum. Après un mois de pansements sans cicatrisation, le malade fut évacué à l'Hôpital BICHAT de PARIS où une exploration par l'imagerie par résonance magnétique devait trouver une spondylite L4 L5 avec communication entre l'abcès et l'espace épidural correspondant. Au cours de la réintervention chirurgicale, une biopsie montra un abcès tuberculeux à l'examen bactériologique direct. Le malade fut mis sous tuberculostatique et cicatrisa avec comme séquelle une fibrosclérose compri-

Correspondance : Dr TAKONGMO Samuel - CHU Yaoundé - Cameroun

mant l'uretère gauche et imposant une uretérolylie. Une seconde lecture des images tomodensitométriques confirmait l'absence de lésion osseuse et la présence de communication entre l'abcès et l'espace épidual.

**Figure N°1 : Homme de 38 ans : abcès du psoas gauche
communiquant avec l'espace épidual L4L5**

OBSERVATION N° 2

Monsieur T.P. Etudiant de 33 ans était arrivé au Service de Chirurgie du C.H.U. de Yaoundé en Juin 1991 pour douleurs lombaires depuis huit mois et fièvre persistante à 38° ; à l'examen clinique fut trouvée une voussure dorsale droite, située au niveau des première et deuxième vertèbres lombaires. Cette masse était lisse, froide, régulière et mate. A l'échotomographie, il s'agissait d'une tumeur liquidiennne à paroi épaisse ; les radiographies des poumons et du rachis lombaire étaient normales, l'intradermoréaction était positive à 10 mm. L'abcès fut incisé et drainé ; l'examen bactériologique du pus était négatif ; sa culture sur milieu de LOEWENSTEIN fut négative pendant trois mois. Devant une évolution très lente de la plaie, une biopsie de ses berges découvrait une inflammation tuberculeuse. Le malade mis sous traitement médical seul cicatrisa et continue actuellement sa cure.

RESULTATS

Il s'agissait de deux malades adultes de sexe masculin, l'un Ingénieur, l'autre Etudiant sans notion de contagé tuberculeux.

culeux. Dans les deux cas un abcès paravertébral a été le mode de découverte. Les radiographies du rachis lombaire et des poumons étaient normales. Dans le premier cas la tomodensitométrie avait montré l'abcès du psoas sans lésion discovertébrale. Une seconde lecture montrera plus tard la communication entre l'abcès et l'espace épidual. Le diagnostic histologique était négatif puis plus tard positif. Ce premier malade cicatrisa avec une compression uretérale comme séquelle. Dans le deuxième cas le diagnostic positif a été histologique, l'examen bactériologique étant négatif. Les deux malades ont cicatrisé sous traitement médical sans immobilisation associée.

DISCUSSION

Le diagnostic de mal de POTT peut être fait chez un malade en l'absence de signes radiologiques discovertébraux. Dans le cas de nos observations, il s'agissait de deux malades adultes jouissant d'un bon niveau socio-économique et ne présentant pas de notion de contagé tuberculeux. Tel fut le cas du malade de BRUGIERES qui vivant en FRANCE depuis un an présentait un mal de POTT dorsal sans lésion vertébrale corporelle, sans pincement et sans fuseau paravertébral (2). Ce malade cependant avait une lyse pédiculaire droite vue à la tomodensitométrie (TDM) et à l'exploration en IRM. Dans notre premier cas, l'échographie et la tomodensitométrie avaient montré l'abcès du psoas gauche et sa diffusion dans l'espace épidual mais, il n'y avait aucune lésion osseuse ou discale. L'exploration en IRM aurait été plus précise, mais elle n'était pas possible dans notre contexte. Notre second malade avait un abcès dorsal droit avec des radiographies normales du rachis lombaire. Son diagnostic d'abcès fut clinique ; son pouvoir d'achat n'a pas permis une exploration par la tomodensitométrie, examen recommandé par LABERGE et par WEHLAN (6, 9). Ces examens spécialisés et coûteux n'étant pas toujours accessibles à nos malades, nous reposons encore notre diagnostic de mal de POTT sur les examens radiologiques classiques. Cette attitude a l'inconvénient de poser des diagnostics tardifs, les malades consultant déjà longtemps après le début des symptômes, sept et huit mois pour nos deux cas. Par ailleurs dans un travail récent de notre service deux tiers de malades ayant des lésions radiologiques en faveur du mal de POTT avaient en fait une lésion non tuberculeuse, tumorale ou infectieuse (8). Notre observation montre que l'évolution du mal de POTT vertébral peut se faire vers l'abcès paravertébral

sans qu'il y ait constitution des lésions de destruction vertébrales décrites par MENARD (in 7). Devant ces abcès, la ponction sous échographie permet le diagnostic bactériologique (1). Dans nos deux cas, l'examen bactériologique direct avait trouvé un pus stérile, la culture sur milieu spécifique de LOEWENSTEIN était négative après trois mois d'observation. Nous pensons qu'il faut savoir renouveler ces examens ; lorsque l'abcès a été incisé et drainé, le recours à des biopsies multiples et répétées des berges et du fond de la plaie peut conduire au diagnostic ; une de nos biopsies fut d'abord non spécifique ; secondairement on trouva une inflammation tuberculeuse (Observation N°1). Ce diagnostic tardif illustre les difficultés imprévisibles que l'on peut rencontrer, la preuve tuberculeuse étant nécessaire avant le début d'un traitement spécifique. Le temps mis pour rechercher cette preuve est partiellement responsable de la complication urologique séquellaire de notre malade. C'est à cause de cette expérience que chez le deuxième malade, devant les douleurs lombaires associées à l'abcès paravertébral postérieur nous avons retenu le diagnostic de mal de POTT sans lésions

ostéovertébrales radiovisibles ; un de nous a pensé au diagnostic de myosite tuberculeuse, ce diagnostic fut rejeté ; nous pensons qu'il s'agissait bien d'un mal de POTT à cause de la topographie de l'abcès et du mode de diffusion classique des spondylo-discites tuberculeuses décrit par MENARD et DEJERRINE (in 4). L'absence de lésions vertébrales n'est que bénéfique car les prélèvements au niveau des abcès sont plus aisés que les biopsies vertébrales (1, 2). A ces stades où la diffusion de la lésion tuberculeuse dans les parties molles précède les destructions et déformations radiologiques, le traitement médical seul suffit pour guérir le malade. Ce diagnostic permet de se passer de la chirurgie et de la triple immobilisation (3). En conclusion, en milieu tropical il faut penser au diagnostic de tuberculose vertébrale devant tout abcès paravertébral antérieur ou dorsal, même lorsque les radiographies sont normales. L'examen direct du pus, sa culture sur les milieux spécifiques et l'examen histologique doivent être demandés d'emblée ; il faut savoir renouveler ces examens, leurs résultats pouvant être faussement négatifs.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - BALARD C., MACREZ M., BLANDY S., BOMSEL F.
Atteinte tuberculeuse isolée de l'arc postérieur.
Intérêt de la tomodensitométrie et de la ponction sous échographie pour le diagnostic. A propos d'un cas.
J. Radiol. 1987, 68, 441-414.
- 2 - BRUGIERES P., CHEVALIER Y., CLAUDE-PIERRE P., DUCOU LE POINTE H., GASTON A.
Tuberculose rachidienne dorsale postérieure. Présentation tomodensitométrique et en imagerie par résonance magnétique. A propos d'un cas.
Sem. Hop. Paris, 1991, 67, N° 38, 1781-34.
- 3 - DEBEYRE J.
Mal de POTT : Traitement médical ou médico-chirurgical. Table ronde.
49ème Réunion Annuelle de la SOFCOT.
Rev. Chir. Orthop. 1975, 61 (Suppl. 1).
- 4 - DEBEYRE J., DERRION M.
Mal de POTT
- 5 - JACOBS P.
Osteo articular tuberculosis in coloured immigrants : A radiological study.
Clin. Radiol. 1964, 15, 59-69.
- 6 - LABERDE J.M., BRANT-ZAWADZKI M.
Evaluation of POTT's disease with computed tomography.
Neuroradiology 1984, 26, 429-434.
- 7 - MILADI M.
Mal de POTT de l'enfant.
Thèse Médecine, N° 1011, 1982, Tunis.
- 8 - NYA P.F.
Les ostéomyélites vertébrales à Yaoundé.
Thèse Médecine, 1988, Yaoundé.
- 9 - WHELAN M.A., NAIDICH D.P., POST J.D. CHASE N.E.
Computed tomography of spinal tuberculosis.
J. Comput. Assis. Tomog. 1983, 7, 25-30.