

MAL DE POTT

A PROPOS DE 320 CAS

M. MAFTAH, M. LMEJJATI, A. MANSOURI, N. EL ABBADI, F. BELLAKHDAR

INTRODUCTION

La tuberculose connaît un regain d'intérêt, en raison de sa recrudescence actuelle. Celle-ci s'explique par l'émergence de l'infection HIV, le vieillissement de la population et par la précarité sociale.

La tuberculose ostéo-articulaire représente 3 à 5 % des tuberculoses et 15 % des tuberculoses extra pulmonaires (2). L'atteinte tuberculeuse du rachis (mal de Pott) est la plus fréquente des ostéo-arthrites tuberculeuses (6).

A travers une série de 320 cas et d'une revue de la littérature nous nous proposons de mettre le point sur les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de cette affection.

PATIENTS ET METHODES

Sur une période de 12 ans (1984 à 1996), nous avons recensé 459 cas de maux de Pott, dont seulement 320 cas sont exploitables.

Le mode de recrutement de nos patients est variable, plus de la moitié était admise par le biais des urgences (tableau n°1).

Tableau n° 1 : Mode d'admission des malades.

Service d'origine	Nombre de cas
Les urgences	240
Rhumatologie	55
Médecine interne	16
Autres	9

Tous nos patients ont bénéficié d'un examen clinique complet, d'une recherche de BK dans les crachats et le liquide gastrique, d'une intradermoréaction à la tuberculine (IDR), d'une radiographie pulmonaire standard de face et de profil, et de radiographies simples du rachis, aussi bien

cervical que dorso-lombaire, complétées au besoin par tomographies (115 cas), par une tomodensitométrie (TDM) (215 cas), ou par une résonance magnétique nucléaire (IRM) (10 cas).

L'examen histologique a été réalisé chez 208 malades (198 pièces opératoires, 10 biopsies scanno-guidées).

L'âge de nos patients est situé entre 15 et 73 ans, avec un pic de fréquence entre 35 et 45 ans (fig. 1), une discrète prédominance féminine est notée (54 %).

La notion de traumatisme du rachis a été notée chez 23 malades, soit 7 %. Les antécédents tuberculeux sont retrouvés chez 38 patients, repartis comme suit : une tuberculose pulmonaire (20 cas), ganglionnaire (6 cas), urogénitale (6 cas), une méningite tuberculeuse (3 cas), une péricardite (3 cas), la notion de contagio tuberculeux est retrouvée chez 53 patients.

35 % de nos malades consultent au-delà d'un an après le début de la symptomatologie avec des extrêmes de 1 à 15 mois.

Sur le plan clinique, les douleurs rachidiennes représentent le symptôme le plus fréquent (188 cas) : cervicale (18 cas), dorsolombaire (170 cas), la gibbosité retrouvée surtout au niveau dorsal vient en second lieu, les abcès du muscle psoas sont retrouvés chez 50 patients. Un déficit neurologique est retrouvé chez 50 % de nos malades : déficit radiculaire (44 cas), syndrome de compression médullaire progressif (116 cas) : 55 paraplégies, 40 paraparésies, et 21 tétraparésies.

La recherche de BK dans les crachats et le tubage gastrique s'est révélée positive chez 11 de nos patients présentant une tuberculose pulmonaire concomitante. L'IDR est positive chez 135 patients.

Sur le plan radiologique, on observait essentiellement des lésions ostéolytiques à type de destructions ou écrasements des corps vertébraux, irrégularité des plateaux vertébraux et géodes en miroir chez 284 malades. Un pincement discal (25 cas), une ostéo-condensation (40 cas), une atteinte de l'arc postérieur (3 cas) et un abcès paravertébral (50 cas) dont 2 au niveau cervical.

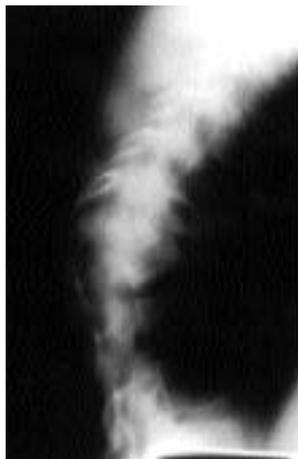


Fig. 1a : Rachis dorsolombaire de profil, image de cyphose

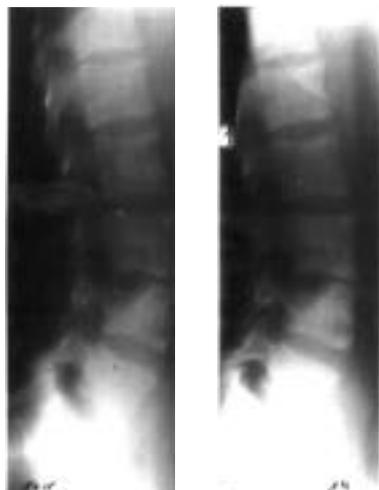


Fig. 1b : Rachis dorsolombaire de profil, image de géode en miroir

Fig. 1c : TDM vertébrale : destruction du corps vertébral avec abcès paravertébral et envahissement épidual

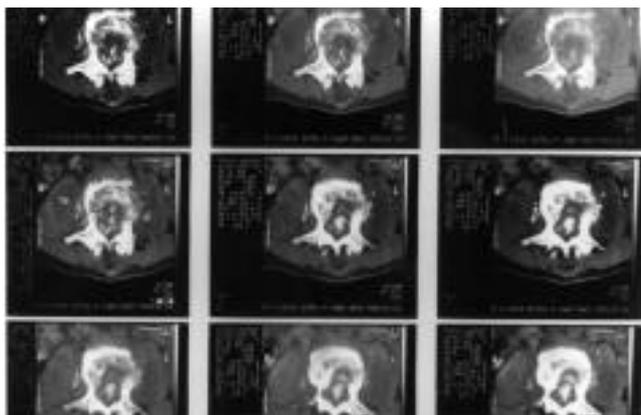


Fig. 1d : IRM coupe sagittale, hyposignal L2 L3 avec écrasement de L3



Le niveau de l'atteinte vertébrale est le suivant : cervical inférieur : 12 cas, dorsal : 109 cas, charnière dorsolombaire : 4 cas, lombaire : 110 cas, charnière lombo-sacrée : 18 cas, une double localisation est observée chez 8 patients.

Le bilan d'extension a permis de détecter une tuberculose concomitante chez 46 malades (tableau n°2).

Tableau n°2 : Nombre de tuberculose concomitante

Pulmonaire	40 cas
Urogénitale	3 cas
Cérébrale	2 cas
Coxalgie	1 cas

Quant à la radiographie pulmonaire, elle a montré les lésions suivantes : parmi les 40 cas de tuberculose pulmonaire évolutive, 15 malades ont une pleurésie pulmonaire, 18 patients une lésion lobaire apicale, et 7 malades une miliaire tuberculeuse. Chez les 20 malades déclarés guéris, 12 malades ont une caverne tuberculeuse et 8 patients un poumon détruit.

208 patients ont bénéficié d'une étude histologique qui a signé le diagnostic de tuberculose en montrant la présence d'un follicule épithélio-giganto-cellulaire avec une nécrose caséeuse chez 97 % d'entre eux. Quant aux 30 restants,

l'examen anatomo-pathologique a conclu à un processus inflammatoire chronique non spécifique, et la tuberculose est retenue sur un faisceau d'arguments épidémiologiques, cliniques, radiologiques et évolutifs, ce fut également le cas des patients n'ayant pas bénéficié d'un geste chirurgical ou biopsique.

Le traitement médical d'une durée au moins égale à 12 mois fut administré à tous nos patients, on associe une trithérapie ou quadrithérapie antibacilleuse : Rifampicine - Isoniazide - Pyrazinamide plus au moins l'Ethambutol pendant au moins 2 mois, suivi d'une bithérapie : Rifampicine Isoniazide pendant 10 mois. Ce traitement est associé à un traitement orthopédique consistant en une immobilisation plâtrée selon l'étage intéressé chez 122 malades dont les lésions anatomiques sont minimales ne menaçant pas la stabilité rachidienne et n'engendrant pas de lésions neurologiques.

Un geste chirurgical est proposé chez 198 patients en présence de destructions osseuses importantes associées ou non à des lésions neurologiques, il a consisté en une laminectomie décompressive (96 cas), costo- transversectomie avec évacuation d'abcès pré-vertébraux (43 cas), une corporectomie associée à un greffon iliaque (53 cas), une évacuation de volumineux abcès de psoas (6 cas).

Tableau n°3 : Patients traités orthopédiquement

Signes cliniques	Evolution				
	Stationnaire		Amélioration		Aggravation
	Nb	%	Nb	%	
Douleurs rachidiennes	20	41,7	28	58,3	0
Gibbosité	12	100	0	0	0
Paraplégie	8	66,7	4	33,3	0

Tableau n°4 : Patients opérés

Signes cliniques	Evolution				
	Stationnaire		Amélioration		Aggravation
	Nb	%	Nb	%	
Paraparésie	4	15,3	22	84,6	0
Paraplégie	7	35	13	65	0
Tétraplégie	0	0	3	100	0
Douleur rachidienne	20	20,8	79	79,1	0
Gibbosité	29	54,7	24	45,2	0

RESULTATS

270 malades ont été bien suivis avec un recul qui varie entre 3 mois et 5 ans. Les 50 patients perdus de vue avaient tous bénéficié d'un traitement médical et orthopédique. Les résultats des traitements orthopédique et chirurgical sont détaillés respectivement sur les tableaux III et IV.

Notons que chez les 12 malades présentant un déficit neurologique et ayant une contre-indication opératoire, l'amélioration sous traitement orthopédique seul n'est noté que dans 1/3 des cas, alors qu'elle est de l'ordre de 65 % chez les malades ayant bénéficié d'un geste chirurgical. Aucune aggravation ni décès n'a été noté.

DISCUSSION

La spondylodiscite tuberculeuse reste toujours une maladie d'actualité dans les pays en voie de développement. Elle continue à poser un problème de santé publique dans les pays endémiques. C'est une maladie de l'adulte alors qu'elle était autrefois le triste privilège de l'enfant. Elle touche les deux sexes avec la même fréquence (6).

La colonne dorso-lombaire constitue le siège de prédilection (95 %), alors que le rachis cervical n'est intéressé que dans 5 % des cas (3), ces résultats concordent avec les données de notre série.

A noter que les lésions prédominent toujours au niveau de l'arc antérieur des vertèbres alors que l'atteinte de l'arc postérieur est très rare (7).

Le retard diagnostique fait l'unanimité des auteurs et se situe entre 3 et 20 mois expliquant la fréquence des déficits neurologiques qui sont retrouvés dans des proportions de 20 à 40 % (11) (50 % dans notre série).

Le bilan radiologique est capital pour le diagnostic et le bilan d'extension. La sémiologie radiologique conventionnelle dépend du stade évolutif de la maladie mettant en évidence soit un pincement discal d'une grande valeur diagnostique soit une destruction vertébrale qui constitue un argument de poids pour affirmer la spondylodiscite.

L'intérêt de la TDM est souligné par différents auteurs (4, 8, 11) pour démasquer les lésions osseuses à un stade précoce où la radiologie standard est normale, pour mettre en évidence les abcès, les épidualites et les séquestres, sans omettre son rôle comme guide de la ponction biopsie discovertébra-

le, et comme élément de surveillance après traitement (11). L'IRM depuis son avènement constitue le meilleur examen pour le diagnostic précoce avec selon MODIC et coll. (11) une sensibilité de 96 % et une spécificité de 92 %. Elle permet de préciser avec exactitude le mécanisme de la compression des structures intra-canales (4, 8, 12) guidant ainsi l'attitude thérapeutique. Néanmoins, la réalisation des gestes biopsiques guidés par l'IRM reste encore inhabituelle.

60 % des malades de notre série ont bénéficié d'un geste chirurgical, cette attitude est expliquée par les stades anatomo-clinique et radiologique dans lesquels sont vus les patients la première fois, caractérisé par des destructions osseuses majeures associées fréquemment à des troubles neurologiques (50 %) nécessitant parfois un acte chirurgical urgent.

Ce sont les mêmes arguments qui expliquent l'attitude interventionniste de plusieurs auteurs (AUBRY (1), DEBEYE (9), LOUIS (10), FERRO (5)).

Les différentes techniques proposées visent à décompresser la moelle et les racines, l'évacuation des abcès volumineux, le rétablissement de la statique rachidienne et conforter le diagnostic par une confirmation histologique. L'acte chirurgical à visée diagnostique est de moins en moins utilisé grâce à l'innocuité et la fiabilité de la ponction-biopsie discovertébrale guidée par la TDM.

La chimiothérapie antituberculeuse seule garde son intérêt chez les patients sans déficits neurologiques et sans lésions osseuses instables.

CONCLUSION

Le Mal de Pott est une pathologie fréquente dans les pays en voie de développement. Sa fréquence dans les pays développés a suivi celle de la tuberculose en général, le Sida a favorisé sa recrudescence. Il continue à poser un problème de santé publique puisqu'il touche une population jeune en pleine activité, c'est dire le rôle de la prévention.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - AUBRY P., CAPDEVIELLE P., DURAND G.
Les tuberculoses extra-pulmonaires de l'Africain.
Méd. Trop. 1979 ; 39 : 157-63.
- 2 - BEZZA A., NIAMANE R., BENBOUAZZA K., BENSABBAH R., HASSOUNI L., HAJJAJ-HASSOUNI N.
La tuberculose sterno-claviculaire. A propos de deux cas.
Rev. Rhum. 'Ed. Fr.', 1998, 65 (12), 000-000.
- 3 - B. LARGET-PIET, J. MARTIGNY
Spondylodiscite bactérienne : Etiologie, diagnostic, évolution, pronostic, traitement.
Revue du praticien (Paris) 1995, 45.
- 4 - DUVA FERRIER R., DE KORVIN B., LE GRAND E., MAISON A., MEADEB J.
Imagerie diagnostique de la spondylodiscite infectieuse.
Encycl. Méd. Chir (Paris. France) - Editions techniques Radiodiagnostic. Neuroradiologie. Appareil locomoteur, 31-335-A-10, 1993.
- 5 - FERRO R M., BARNAUD P., CARAYON A.
Le Mal de Pott chez l'Africain.
Méd. Trop 1979 ; 39 : 191-208.
- 6 - HAMZA M.
Tuberculose articulaire et vertébrale.
Rev. Rhum. (Ed. Fr.), 1993, 60 (2), 115-118.
- 7 - HAMZA M., ELLEUCH M., MEDDEB S., HENDAOU L., HAMZA R.
Tuberculose de l'arc postérieur vertébral. A propos de 2 cas.
Annales de radiologie 1990, 33 : 39-43.
- 8 - LE BRETON C et COLL.
Mal de Pott : intérêt de l'imagerie par résonance magnétique (IRM).
Rev. Im. Med. (1993), 5 : 545-551.
- 9 - LOEMBE P.M., CHOUTEAU Y.
Reste-t-il une place pour la chirurgie dans le Mal de Pott de l'adulte ? Notre expérience au Gabon.
Neurochirurgie, 1994, 14 : 247-255.
- 10 - LOUIS R., COUNTRY CR., POUYE I.
Tuberculose osseuse et articulaire de l'Africain de l'Ouest.
Med. Afr. Noire 1969 ; 65-87.
- 11 - ROCHE P.H., MALCA S.A., PELLET W.
Spondylodiscite tuberculeuse. Eléments du diagnostic et intérêt de l'IRM. A propos d'une localisation cervicale.
Neurochirurgie, 1993 ; 3 : 248-253.
- 12 - SMITH D.F., SMITH S.W., DOUGLAS J.G.
Tuberculous polyradiculopathy : The value of magnetic resonance imaging of the neck.
Tubercle 1989 ; 70 : 213-6.