

Séquelle infectieuse tardive

Cervicobrachialgie sensitive d'origine atypique

Annette Schnider Strauss, médecin diplômée

Klinik für Allgemeine Innere Medizin / Hausarztmedizin und Notfallmedizin, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen

Description du cas

Une patiente de 24 ans, originaire du Yémen, s'est présentée à l'hôpital en raison de douleurs cervicales à droite avec irradiation dans le bras, qui duraient depuis trois mois. Sous traitement analgésique déjà établi, une exacerbation de la douleur s'était produite avec une hyperesthésie de la moitié droite du visage et un trismus limite.

À l'examen physique, il y avait une douleur à la pression au niveau du rachis cervical et du muscle trapèze droit. Il y avait aussi une douleur à la pression et à la percussion dans le rachis thoracique supérieur. Les membres supérieurs présentaient une force musculaire normale, avec une hyposensibilité du bras droit. La radiographie conventionnelle a montré une attitude scoliotique cervicale dextroconvexe et un élargissement «en cheminée» du médiastin supérieur, de sorte que des tumeurs telles qu'un lymphome ou un thymome devaient être envisagées sur le plan étiologique [1]. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) du rachis a révélé, par rapport aux résultats antérieurs (IRM externe), une masse nécrotique au centre (étendue 38 mm × 26 mm × 12 mm), extradurale, intraspinale, de taille croissante, prenant le contraste, au niveau paramédian droit, à hauteur de la vertèbre cervicale (C) 7 jusqu'à la vertèbre thoracique (T) 2, ainsi qu'une destruction de la T1. La masse, interprétée comme un abcès épidural, provoquait sur la face postérieure des vertèbres (C7 à

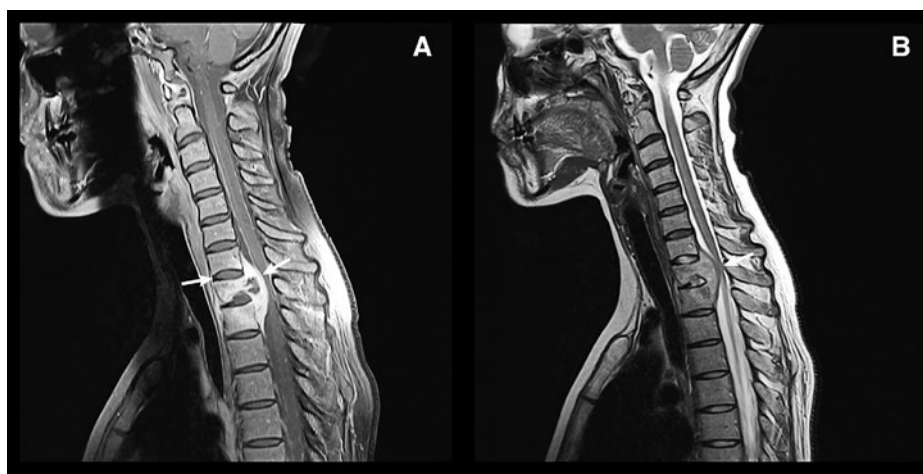


Figure 1: Imagerie par résonance magnétique du rachis cervical et thoracique en pondération T1 (A) et T2 (B), coupes sagittales. Destruction de la vertèbre thoracique 1 et abcès épidural (flèches).

T2) une sténose du canal rachidien due à l'abcès, avec myélocompression et myélopathie (fig. 1).

Sur la base des résultats radiologiques, outre des causes néoplasiques, le diagnostic différentiel s'est surtout porté sur des causes inflammatoires associées à un agent pathogène, et la manifestation multi-segmentaire rendait probable la présence d'un agent pathogène atypique [2, 3]. Une nouvelle anamnèse a révélé qu'une antibiothérapie avait été administrée durant l'enfance en raison d'une tuberculose pulmonaire. La recherche sérologique d'anticorps contre le virus de l'immunodéfi-

cience humaine (VIH) et les brucelles était négative. Au vu des résultats, une indication urgente d'opération du rachis a été posée. Il a été procédé à une corporectomie de la T1 par abord ventral, avec prélèvement d'échantillons, ainsi qu'à une spondylodèse ventrale avec implantation de cage (C7 à T2) et à une ostéosynthèse par plaques (fig. 2).

Dans les échantillons prélevés, la microscopie primaire a mis en évidence quelques bacilles acido-résistants, ce qui a corroboré le diagnostic de suspicion de tuberculose spinale. La réaction de polymérisation en chaîne (PCR) subséquente s'est révélée positive pour le com-

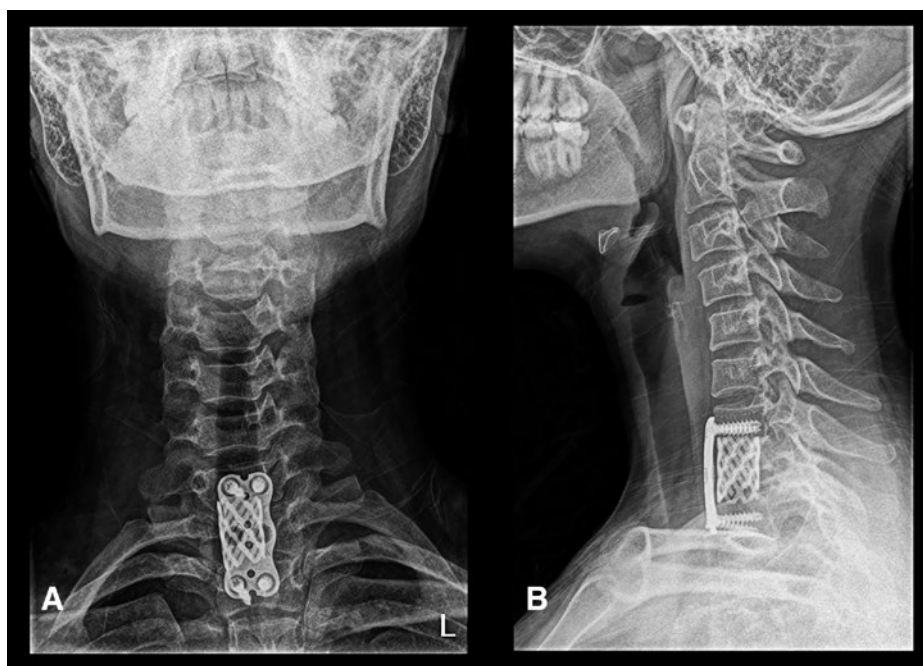


Figure 2: Radiographies du rachis cervical et thoracique en incidence antéro-postérieure (A) et latérale (B) après l'intervention chirurgicale. Spondylodèse ventrale (de la vertèbre cervicale 7 à la vertèbre thoracique 2) avec implantation de cage et ostéosynthèse par plaques.

plexe *Mycobacterium tuberculosis* et *Mycobacterium tuberculosis* a été détecté dans la culture. L'antibiogramme a montré une souche pansensible et une quadrithérapie antibiotique par rifampicine, isoniazide, pyrazinamide et éthambutol a été instaurée pour une durée totale de deux mois, suivie d'une bithérapie par isoniazide et rifampicine pour quatre mois supplémentaires [4].

Les contrôles de suivi cliniques, de laboratoire et radiologiques ont montré une réponse à l'antibiothérapie et une situation radiologique stable. La patiente était asymptomatique par la suite et a pu renforcer ses muscles de la nuque et des épaules grâce à des mesures de physiothérapie.

Discussion

La tuberculose est l'une des causes de mortalité d'origine infectieuse les plus fréquentes dans le monde [5]. En Suisse, elle est en revanche rare (6,5 cas par an pour 100 000 habitantes et habitants) [6]. Une atteinte extra-pulmonaire survient dans environ 10–20% des cas, dont 50% environ concernent le rachis [7]. La tuberculose spinale (spondylite ou spondylodiscite tuberculeuse) se caractérise par une combinaison d'ostéomyélite et d'arthrite, touchant le plus souvent plusieurs vertèbres et avec une localisation préférentielle au niveau du rachis thoracique et à la jonction thoraco-lombaire [8]. La destruction typiquement antérieure des vertèbres atteintes conduit, à mesure qu'elle progresse, au mal de Pott avec la triade associant gibbosité, abcès et paralysie [4]. La tuber-

culose osseuse peut résulter d'une dissémination hémotogène précoce ou tardive, même après un intervalle asymptomatique de plusieurs années [5]. Une longue période asymptomatique ainsi que différents sites de manifestation de la tuberculose peuvent, comme dans le cas présenté ici, compliquer la pose du diagnostic. Les objectifs thérapeutiques comprennent l'élimination de l'infection causale, le rétablissement de la fonctionnalité/stabilité rachidienne et le soulagement de la douleur [9].

Outre d'autres inflammations bactériennes du rachis, comme par exemple l'ostéomyélite vertébrale pyogène qui mime une tuberculose spinale [8], il faut envisager des métastases vertébrales comme diagnostic différentiel.

Conclusion

Du fait des symptômes non spécifiques, de la manifestation souvent décalée dans le temps après la primo-infection et de la faible incidence sous nos latitudes, la pose du diagnostic de tuberculose spinale peut être retardée, ce qui augmente le risque de complications graves. Le cas présent démontre qu'en cas de symptômes au niveau des cervicales, il faut aussi penser à des causes rares, en tenant compte des facteurs de risque possibles.

Correspondance

Annette Schnider Strauss
PizolCare-Praxis Sargans
Bahnhofpark 2a
CH-7320 Sargans
annette.schnider-strauss[at]hin.ch

Remerciements

Un grand merci au PD Dr méd. Philipp Kohler, MSc, médecin-adjoint de la clinique d'inféctiologie de l'Hôpital cantonal de St-Gall, et au Prof. Dr méd. Tobias Dietrich, médecin-adjoint et responsable de la section musculo-squelettique du réseau de radiologie de l'Hôpital cantonal de St-Gall, pour leur grand soutien.

Ethics Statement

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Conflict of Interest Statement

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références

- 1 Harisinghani MG, McCloud TC, Shepard JA, Ko JP, Shroff MM, Mueller PR. Tuberculosis from head to toe. *Radiographics*. 2000;20(2):449–70; quiz 528–9, 532.
- 2 Rotzinger R, Omid R, Gebhard H, Shariat K, Ahlhelm F. Spondylodiscitis und epiduraler Abszess [Spondylodiscitis and epidural abscesses]. *Radiologe*. 2021;61(3):275–282.
- 3 Sobottke R, Seifert H, Fätkenheuer G, Schmidt M, Gossmann A, Eysel P. Current diagnosis and treatment of spondylodiscitis. *Dtsch Arztebl Int*. 2008;105(10):181–7.
- 4 Herren C, von der Höhn N, Dreimann M, et al. Diagnostik und Therapie der Spondylodiscitis – S2k-Leitlinie [Internet]. Hamburg: Deutsche Wirbelsäulengesellschaft (DWG), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF); 2020 [consulté le 18.03.2022]. Disponible sur: https://register.awmf.org/assets/guidelines/151-001L_S2k_Diagnostik-Therapie-Spondylodiscitis_2020-10.pdf.
- 5 Robert Koch-Institut (RKI). RKI-Ratgeber: Tuberkulose [Internet]. Berlin: RKI; 2023 [consulté le 18.03.2022]. Disponible sur: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Tuberkulose.html.
- 6 Schoch O. Mise à jour sur la tuberculose pour les internistes généralistes. *Forum Med Suisse*. 2018;18(26–27):563–8.
- 7 Rasouli MR, Mirkooi M, Vaccaro AR, Yarandi KK, Rahimi-Movaghar V. Spinal tuberculosis: diagnosis and management. *Asian Spine J*. 2012;6(4):294–308.
- 8 Heller M, Davis KH, Rauschmann M, Vogl T, et al. Radiologische Bildgebung der Spondylodiscitis. *Die Wirbelsäule*. 2017;01(04):245–54.
- 9 Herren C, Jung N, Pishnamaz M, Breuninger M, Sieve J, Sobottke R. Spondylodiscitis: Diagnosis and treatment options. *Dtsch Arztebl Int*. 2017;114(51–52):875–82.



Annette Schnider Strauss,
médecin diplômée
Klinik für Allgemeine Innere Medizin /
Hausarztmedizin und Notfallmedizin,
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen