

MAL DE POTT CERVICAL ASSOCIE A UN ABCES RETROPHARYNGE REVELE PAR UN SYNDROME DE BROWN SEQUARD.

Brown Sequard syndrome revealing a cervical pott's disease associated with a retropharyngeal abscess.

Apetse K^{1,2}, Waklatsi KP², Foma W^{1,3}, Diallo SH⁴, Kombate D^{1,2}, Assogba K^{1,2}, Balogou AAK^{1,2}.

¹. Faculté des Sciences de la Santé, Université de Lomé, BP : 1515 Lomé-Togo ; ². Service de Neurologie, CHU CAMPUS de Lomé, 03 BP : 30284 Lomé-Togo ; ³. Service d'ORL, Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé, BP 57, Lomé-Togo ; ⁴. Service de Neurologie du CHU Gabriel Touré, Université des Sciences Techniques et Technologiques de Bamako Tél : 0022378526241 Bamako-Mali.

Auteur correspondant : Docteur Kossivi APETSE, Faculté des Sciences de la Santé, Université de Lomé BP : 1515 Lomé Togo. Courriel : kapetse@univ-lome.tg Tél : 00 228 90 15 53 15 Fax : 00 228 22 50 17 68.

RESUME

Un patient de 37 ans a été admis pour un déficit hémicorporel gauche d'installation progressive associé à des névralgies C4 et C5 gauches précédés de cervicalgies inflammatoires depuis 04 mois et de dysphagie depuis 02 semaines. L'imagerie par résonance magnétique a montré des lésions de spondylodiscite C3-C5 avec épидurite et une compression médullaire latéralisée à gauche en regard ainsi qu'un abcès rétropharyngé. Le patient a bénéficié d'une incision-drainage de cet abcès à travers la cavité buccale et le bacille de Koch a été isolé dans le pus par la technique moléculaire GeneXpert. Sous traitement médical, l'évolution clinique neurologique et extraneurologique a été favorable. **Mots clés** : Mal de Pott, Syndrome de Brown Séquard, abcès rétropharyngé, GeneXpert, traitement antituberculeux.

ABSTRACT

A 37-year-old patient was admitted for a left progressive left-hand hemiparesis associated with left C4-C5 neuralgia preceded by inflammatory neck pain for 04 months and dysphagia for 02 weeks. Magnetic resonance imaging showed C3-C5 spondylodiscitis lesions with epidural abscess and predominantly left lateralized compression of the spinal cord and retropharyngeal abscess. The patient was operated for incision and drainage of the retropharyngeal abscess through the oral cavity and Koch bacillus was demonstrated from the aspirate by molecular technique GeneXpert. The patient was treated anti-tuberculosis drug therapy and we noted a fully neurological and extraneurological recovery. **Key words**: Pott's disease, Brown Sequard syndrome, retropharyngeal abscess, GeneXpert, anti-tuberculosis drug therapy.

INTRODUCTION

La tuberculose est une affection fréquente et grave qui touche un tiers de la population mondiale occasionnant environ 1800000 décès par an. L'Afrique sub saharienne est fortement touchée avec la pandémie du VIH /SIDA [1]. La tuberculose ostéoarticulaire (TOA) est rare et représente environ 1 à 3% des cas de tuberculose. La tuberculose disco-vertébrale ou mal de Pott (MP) représente la moitié des cas de TOA avec une localisation cervicale rare de l'ordre de 5% [2]. Cette localisation cervicale peut être associée à une localisation rétropharyngée [3]. Le syndrome de l'hémisection de la moelle a été décrit par le médecin Charles Édouard Brown-Séquard au cours de la deuxième moitié du 19ème siècle. Ce syndrome associe une atteinte pyramidale et lemniscale du côté de la lésion et une atteinte extralemniscale controlatérale [4]. Il s'agit d'un syndrome d'origine traumatique au départ, cependant plusieurs cas ont été rapportés depuis au cours des affections infectieuses intra [5] ou extra médullaires [6]. Nous rapportons un cas de MP cervical associé à un abcès rétropharyngé chez un

patient immunocompétent de 37 ans révélé par un syndrome de Brown Séquard (SBS).

OBSERVATION

Il s'agit d'un journaliste de 37 ans, admis pour un déficit de l'hémicorps gauche d'installation progressive et des névralgies C4 et C5 gauches évoluant depuis cinq jours. Le patient présentait depuis quatre mois une cervicalgie d'heure inflammatoire ayant nécessité une consultation rhumatologique. La radiographie du rachis cervical était normale. Il existait une dysphagie depuis deux semaines. L'interrogatoire n'a pas retrouvé de notion de tuberculose dans l'entourage du patient, de toux ni d'autres signes d'imprégnation tuberculeuse notamment de fièvre. Nous avons noté à l'examen physique (i) un syndrome rachidien cervical fait d'une raideur et d'une douleur à la mobilisation du rachis, (ii) un syndrome lésionnel radiculaire C4 et C5 gauche avec une amyotrophie des muscles sus épineux et de la coiffe des rotateurs à l'origine d'une extension incomplète de l'épaule gauche, (iii) un SBS associant une hémiparésie gauche avec une atteinte lemniscale ipsilatérale et un syndrome spinothalamique hémicorporel droit

n'incluant pas la face et (iv) une tuméfaction de la paroi postérieure de l'oropharynx latéralisée à gauche. Nous avons donc évoqué le diagnostic d'une compression médullaire cervicale de cause rachidienne associée à un abcès de l'oropharynx. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) a montré une collection péri-durale à hauteur des 3ème, 4ème et 5ème vertèbres cervicales responsable d'une compression médullaire antérieure plus marquée à gauche expliquant le SBS. Il existait une atteinte des corps vertébraux en regard de la collection et du disque C3-C4. Nous avons objectivé également un abcès des parties molles pré vertébrales cervicales occupant la région rétropharyngienne réduisant la lumière oropharyngée (figure 1). La ponction exploratrice suivie d'une incision-drainage de l'abcès rétropharyngé a ramené un pus jaune verdâtre inodore d'environ 150 ml dont l'examen a permis de mettre en évidence une souche de mycobactérium du complexe tuberculosis sensible à la rifampicine (méthode GeneXpert). L'examen du liquide cérébro spinal (LCS) obtenu par ponction lombaire montrait une dissociation albumino cytologique et la recherche du bacille de Koch (BK) était négative. La vitesse de sédimentation était à 46 mm à la première heure ; la sérologie VIH était négative et le reste du bilan sanguin était normal. La radiographie pulmonaire était normale. Le diagnostic de spondylodiscite cervicale avec épидurite et compression médullaire associés à un abcès rétropharyngé d'origine tuberculeuse chez un sujet immunocompétent a été posé. Le patient a été mis sous traitement anti tuberculeux (TAT) au deuxième jour d'hospitalisation : isoniazide à 5 mg / kg, rifampicine à 10 mg / kg ; éthambutol à 15 mg / kg ; et pyrazinamide à 30 mg / kg par jour pendant deux mois puis isoniazide et rifampicine pendant 4 mois. Une corticothérapie a été instituée au troisième jour du traitement anti tuberculeux. Une minerve cervicale a été mise en place. A deux semaines du TAT et 11 jours de corticothérapie, nous avons noté une amélioration clinique : douleurs résiduelles à 20 %, monoparésie brachiale gauche à 4+/5, examen de l'oropharynx normal avec cicatrisation de l'incision. A la fin des 2 mois du traitement d'attaque, l'examen neurologique était normal, l'IRM de contrôle a montré une luxation C3 sur C4 sans compression médullaire (figure 2). A 6 mois du traitement antituberculeux, l'examen neurologique était normal avec au scanner du rachis, une fusion des corps vertébraux C3 et C4 (figure 3). La durée totale du traitement antituberculeux a été de 6 mois suivant les directives nationales. Aucune séquelle clinique n'a été notée.

DISCUSSION

Dans les pays à ressources limitées comme le Togo, le diagnostic de MP est le plus souvent présomptif basé sur les arguments épidémiologiques et cliniques, l'accès au site disco vertébral étant le plus souvent impossible. Nous avons rapporté un cas de compression de l'hémimoelle en lien avec un MP. Le diagnostic de tuberculose a été confirmé grâce à une extension des lésions à des parties molles d'accès plus facile dont l'examen a permis de mettre en évidence le BK. Un abcès rétropharyngé peut précéder ou plus rarement compliquer une atteinte ostéomyélique cervicale par contiguïté. Dans notre observation, les signes rachidiens ont précédé les signes pharyngiens laissant supposer que l'atteinte initiale était rachidienne avec une extension secondaire vers la région pharyngienne. En pratique, en présence d'une spondylodiscite cervicale haute, une localisation rétropharyngée doit être recherchée et vice versa. Dans les deux cas, l'origine tuberculeuse bien que rare est à éliminer surtout dans nos pays à ressources limitées où la prévalence de la tuberculose est la plus élevée au monde [1]. La localisation à l'hémimoelle est une présentation clinique rare et à notre connaissance cette observation est la première rapportant une origine tuberculeuse à un SBS. En effet, le SBS a été décrit initialement par le médecin Charles Édouard Brown-Séquard au cours de la deuxième moitié du 19ème siècle chez un patient ayant été victime d'une hémisection de la moelle d'origine traumatique. D'autres cas de SBS en lien avec des affections infectieuses intra médullaires ou extra médullaires ont été par la suite rapportés mais l'origine tuberculeuse n'a pas encore été rapportée [4-6]. Chez notre patient, aucun facteur de risque pour une tuberculose, notamment une immunodépression, n'a été retrouvé. Nous postulons donc qu'il pourrait s'agir d'une nouvelle infection chez ce patient plutôt que d'une réactivation d'une infection latente. Le diagnostic de MP a été posé au stade de complications, plusieurs mois après l'apparition des premiers symptômes. Des séries sur le MP réalisées en Afrique ont montré ce retard de diagnostic au stade de complications. Parmi les raisons de ce retard de diagnostic figurent l'accès difficile aux nouvelles techniques d'imagerie de référence et le polymorphisme clinique [7-9]. L'évolution du MP a été favorable sous traitement médical uniquement. L'atteinte neurologique au cours de la MP évolue habituellement bien sans avoir recours à la chirurgie dans environ 85% des cas [10].

CONCLUSION

La tuberculose et sa localisation au niveau du rachis cervical restent d'actualité dans nos milieux. Elle doit être la hantise quelle que soit

la présentation clinique. Une localisation rétropharyngée doit être recherchée en cas de MP cervical et vice versa. Le traitement médical sans recours à la chirurgie peut suffire dans le MP même en présence de signes de compression médullaire.

REFERENCE

- 1- WHO. Global tuberculosis control. Geneva: World Health Organization, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564069_eng.pdf (consulté le 10 février 2019).
- 2- Pertuiset E. Tuberculose vertébrale de l'adulte. Encycl Méd Chir. 1998 ; 15-852-A-10, 1-8.
- 3- Carret ME. Infections of the spine and spinal cord. In: Youmans JR, ed. Neurological Surgery. 4th edn, vol 5. Philadelphia: WB Saunders, 1996:3270-304
- 4- Brown-Séquard CE. On organic affections and injuries of the spinal cord, producing some of the symptoms of spinal hemiplegia. Lancet 1869; 93:1-3.
- 5- Noguera EM, Sic RP et Solis FE. Intramedullary spinal cord neurocysticercosis presenting as Brown-Séquard syndrome. BMC Neurology 2015; 15:1.
- 6- Tamori Y, Takahashi T, Tsutsumi M. Cervical Epidural Abscess Presenting with Brown-Sequard Syndrome in a Patient with Type 2 Diabetes. Inter Med 2010; 49: 1391-3.
- 7- Gbané-Koné M, Ouattara B, Kouakou NM. Apport de la tomodensitométrie dans le diagnostic de la tuberculose vertébrale à propos de 496 cas à Abidjan. Pan Afr Med J 2015 ;20 :201.
- 8- Fedoul B, Chakour K, Chaoui MF. Le mal de Pott : à propos de 82 cas. Pan Afr Med J2011 ;8 :22.
- 9- Toloba Y, Diallo S, Sidibé S. Spinal tuberculosis (Pott's disease): epidemiological, clinical, radiological and evolutionary aspects at the University Hospital of Point G.Mali Med. 2011;26 :8-11.
- 10- Djientcheua VP, MouafoTambob FF, Sossoc MA et al.The role of surgery in the management of Pott's disease in Yaoundé. A review of 43 cases. OrthopTraumatol: Surg Res 2013; 99:419-23.

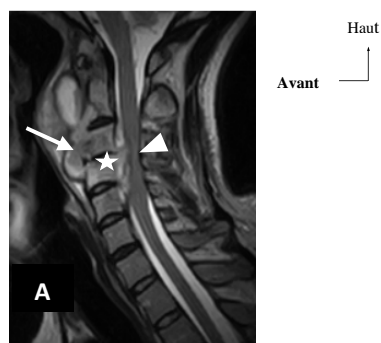


Figure 1 : imagerie par résonance magnétique cervicale en séquence T2 coupes sagittale (A) montrant les lésions de spondylodiscite C3-C4 (étoile) et des abcès rétropharyngé (flèches) et péri dural avec compression médullaire en regard plus marquée à gauche (têtes de flèches).

Figure 1: sagittal (A) T2-weighted cervical magnetic resonance imaging demonstrate spondylodiscitis C3-C4 (star) and retropharyngeal (arrows) and epidural abscesses with predominantly left lateralized compression of spinal cord at this level (arrow heads).

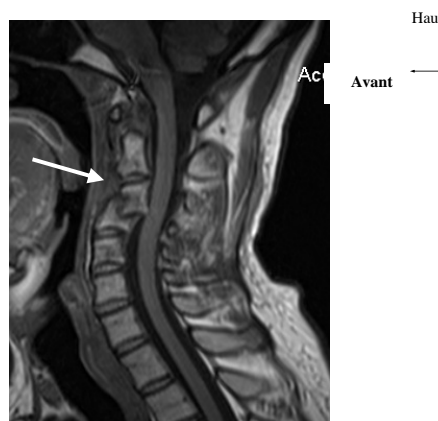


Figure 2 : Imagerie par résonance magnétique cervicale en séquence T1 à deux mois du début du traitement anti tuberculeux montrant une luxation C3/C4 (flèche) sans compression médullaire

Figure 2: Sagittal T1-weighted cervical magnetic resonance imaging performed after two months of anti tuberculosis treatment demonstrates C3/C4 dislocation (arrow) without compression of spinal cord



Figure 3 : Scanner cervical en reconstruction sagittale, fenêtre osseuse montrant une fusion des corps vertébraux C3 et C4 (flèche) à la fin du traitement antituberculeux.

Figure 3: Computer tomography of neck at the end of tuberculosis chemotherapy demonstrates C3-C4 fusion (arrow).