

MAL DE POTT CERVICAL : CAUSE RARE D'UNE TUMEFACTION CERVICALE

CERVICAL POTT'S DISEASE : RARE CAUSE OF CERVICAL SWELLING

S. KALLEL ^{1,3,*}; F. SMAOUI ^{2,3}; A. CHAKROUN ^{2,3}; G. YOUSFI ^{1,3}; B. HAMMAMI ^{1,3};M. MNEJJA ^{1,3}; M. BEN JEMAA ^{2,3} ET I. CHARFEDDINE ^{1,3}.

1 : Service d'ORL et CCF, Hôpital Habib Bourguiba Sfax - Tunisie.

2 : Service des maladies infectieuses, Hôpital Hédi Chaker Sfax - Tunisie.

3 : Faculté de Médecine de Sfax, Université de Sfax - Tunisie

*E-mail de l'auteur correspondant : souha.kallel@yahoo.fr

Résumé

Le mal de Pott cervical est une localisation très rare de la tuberculose osseuse. Nous rapportons l'observation d'une femme de 47 ans présentant une tuméfaction latéro-cervicale gauche avec une adénopathie latéro-cervicale droite basse associée à un torticolis, évoluant depuis 3 mois, des sueurs nocturnes et une altération de l'état général. Une TDM cervicale a montré une lyse atlanto-axiale avec un abcès rétro-pharyngé qui fuse vers la région latéro-cervicale. Une adénectomie sous anesthésie locale a été faite et le résultat de l'examen anatomo-pathologique était en faveur d'une tuberculose ganglionnaire. L'IRM a confirmé la présence d'un abcès froid latéro-cervical gauche avec extension à la nuque. La patiente a bénéficié d'un drainage de l'abcès, d'une immobilisation cervicale et de 13 mois de traitement antituberculeux. L'évolution était favorable avec un recul de deux ans.

Conclusion : L'abcès cervical froid compliquant un mal de pott cervical est exceptionnel. Cette forme particulière doit toujours être suspectée dans les zones endémiques. L'imagerie contribue au diagnostic et permet le suivi des patients.

Mots-clés : Mal de Pott ; Cervical ; Antituberculeux ; Abcès froid.

Abstract

Pott's disease is exceptional. It's one of the rare causes of cervical suppuration. We report a case of a forty-seven years old woman with a left cervical swelling, torticollis, evolving for 3-month, night sweats and difficulty in swallowing. A cervical Computed Tomography showed atlanto-axial lysis with retropharyngeal abscess which fuse to the latero-cervical region. An adenectomy of right lymphadenopathy under local anesthesia was done and the result of the pathology examination was in favor of lymph node tuberculosis. An MRI was requested, which confirmed the presence of a large abscess on the left lateral posterior wall with lateral exteriorization in the neck. Antituberculosis therapy was initiated and drainage of the abscess was performed. The duration of antibiotic therapy was 13 months with cervical immobilization. Results at two years months' follow-up were satisfactory. Conclusion : The cervical abscess complicating a cervical Pott disease is exceptional. It needs to be considered in endemic regions. Imaging is highly contributive to diagnosis and to follow-up of lesions in regression under treatment.

Key - words: Pott's disease; Cervical; Antituberculosis; Strumous abscess.

ملخص

مرض بوت بمستوى العنق هو موضع نادر جدًا لمرض السل العظمي. لقد أبلغنا عن حالة امرأة تبلغ من العمر 47 عامًا مصابة بتورم في بالمنطقة اليسرى للعنق مع اعتلال متمثل في حصول عقد لمفوية بالجهة اليمنى للعنق مضاعف بعجز وظيفي، والذي يتطور منذ حوالي 3 أشهر، مع حصول تعرق ليلي وتعكر الحالة العامة.

أظهر التصوير المقطعي المحوسب للعنق تحللًا محوريًا مع خراج بلعومي رجعي يندمج باتجاه منطقة جانب العنق. تم إجراء استئصال الورم تحت التخدير الموضعي وكانت نتيجة الفحص التشريحي المرضي ملاحظة لمرض السل العقدي الليمفاوي. أكد التصوير بالرنين المغناطيسي وجود خراج بارد خلف العنق مع امتداد إلى الرقبة. خضعت المريضة لتصريف الخراج وتثبيت العنق و 13 شهرًا من العلاج المضاد للسل. كان التطور حسنا مع متابعة طبية لمدة عامين. الخلاصة: يعتبر خراج العنق البارد و الذي يعقد مرض بوت العنق حالة استثنائية. يجب دائمًا الاشتباه في هذا الشكل المعين في المناطق الموبوءة. يساهم التصوير في التشخيص ويسمح بمتابعة المريض.

الكلمات المفاتيح: مرض بوت ; عنقي ; مضادات مرض السل ; الخراج البارد.

INTRODUCTION

Le mal de Pott cervical est défini par l'atteinte tuberculeuse des deux premières vertèbres cervicales ainsi que leurs articulations. C'est une localisation rare de la tuberculose osseuse, qui peut être révélée par des suppurations rétro ou parapharyngées. Nous rapportons une présentation particulière d'un mal de Pott cervical révélé par un abcès froid latéro-cervical dans le but d'étudier ses caractéristiques cliniques, radiologiques, thérapeutiques et évolutives.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente âgée de 47 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui a consulté pour une tuméfaction latéro-cervicale gauche évoluant depuis 3 mois, associée à un torticolis non fébrile et une dysphagie aux solides avec des sueurs nocturnes et une altération de l'état général. L'examen clinique avait objectivé une volumineuse tuméfaction spinale gauche haute de 6 cm indolore, ferme et la peau en regard était saine avec une adénopathie spinale controlatérale basse de 2 cm. L'examen de la cavité buccale a montré un bombement au niveau de la paroi postéro-latérale gauche de l'oropharynx qui était en continuité avec un bombement sous muqueux de la paroi postérieure du cavum. L'examen neurologique n'a pas montré de déficit sensitivo-moteur. Le reste de l'examen clinique était sans particularités. A la biologie, la numération formule sanguine a montré une leucopénie à 3590 éléments/ml avec une lymphopénie, la C-Reactive Protein était à 14 mg/l, les bilans hépatique et rénal étaient normaux. La biopsie du cavum était sans anomalies histologiques éliminant un cancer du cavum. Le scanner cervical injecté était en faveur d'un abcès rétro-pharyngé avec extension à la nuque, à la région spinale gauche et au canal médullaire. Présence d'une lyse osseuse de l'hémicorps de la deuxième vertèbre cervicale C2 et la masse latérale gauche de C1. La TDM a objectivé aussi la présence de multiples adénopathies cervicales du même aspect (Figure1).

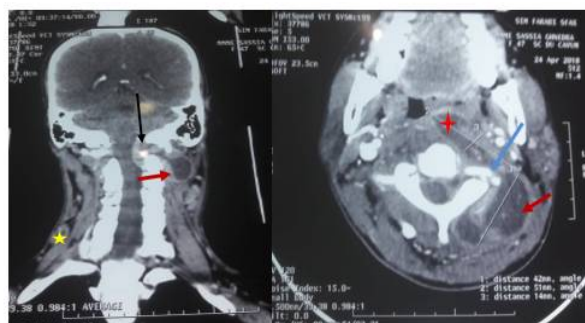


Figure 1 : TDM cervicale : abcès rétro-pharyngé (➤) avec extension à la nuque (➤) et au canal médullaire (➤) et une lyse de l'hémicorps de C2 (➤) avec une adénopathie cervicale droite (★).

Une adénectomie spinale droite a été faite sous anesthésie locale. L'examen anatomo-pathologique a objectivé la présence d'un granulome épithélioïde et giganto-cellulaire avec une nécrose caséuse. Le diagnostic de tuberculose ganglionnaire a été retenu. Une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) a été demandée afin d'éliminer les diagnostics différentiels et détailler l'extension aux parties molles. Elle a confirmé la présence d'une spondylodiscite C1-C2 compliquée d'un volumineux abcès froid rétro-pharyngé avec extériorisation en latéro-cervical gauche, présence d'une extension antérieure responsable d'un bombement de l'oropharynx et d'une extension postérieure endo-canaulaire exerçant un discret effet sur la jonction bulbo-médullaire et engageant les racines C1 et C2 bilatérales (figure 2). Le diagnostic de mal de Pott cervical était retenu.

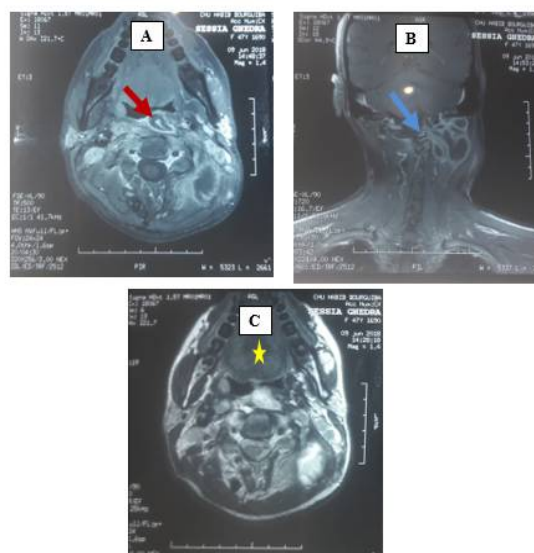


Figure 2 : Une IRM cervicale : Aspet en hyposignal discal en T1 (C) en hypersignal T2 (B) en faveur de spondylodiscite C1C2, Compliquée d'un abcès rétro-pharyngé (➤) entraînant un bombement au niveau de l'oropharynx (★) et une extension postérieure endo-canaulaire (➤).

Le traitement était basé sur les antituberculeux, la ponction de l'abcès cervical à deux reprises et l'immobilisation cervicale par un corset cervical. La patiente a bénéficié de 13 mois de traitement antituberculeux avec deux mois de quadrithérapie associant l'isoniazide, la rifampicine, le pyrazinamide et l'éthambutol suivis de 11 mois de bithérapie par l'isoniazide et la rifampicine.

L'évolution était favorable marquée par la disparition des cervicalgies et du torticolis, la régression de la tuméfaction et l'absence de complications à type de compression des racines nerveuses. Une TDM de contrôle faite à la fin du traitement a montré la disparition des collections cervicales et des anomalies osseuses mais avait montré une impression basilaire de la charnière cervico-occipitale sans lyse osseuse (figure3).

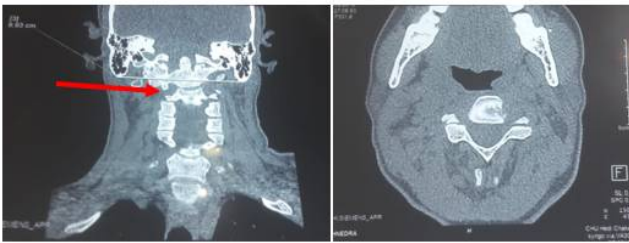


Figure 3 : TDM cervicale : Anomalie de la charnière cervico-occipitale à type d'impression basilaire sans lyse osseuse ni collection cervicale.

DISCUSSION

Le mal de Pott cervical ou sous occipital est défini par l'atteinte tuberculeuse des deux premières vertèbres cervicales ainsi que l'articulation occipito-atloïdienne et atloïdo-axoïdienne [1]. Selon le rapport de l'organisation mondiale de la santé (OMS) publié en 2018, la Tunisie est un pays de forte endémicité tuberculeuse, avec une incidence de 35 cas pour 100.000 habitants. Le mal de Pott est une forme rare de tuberculose osseuse, et l'atteinte cervicale est exceptionnelle, elle représente moins de 3% des cas de tuberculose vertébrale [2]. Selon les études, à cause de la latence clinique et de l'évolution progressive, le diagnostic de tuberculose ne peut pas être évoqué initialement même dans les pays endémiques avec un retard de prise en charge variable entre 2 mois et une année selon Diom ES et al [3].

L'association de cette localisation osseuse de tuberculose à des suppurations cervicales est possible. En effet selon Pollard et al [4], un abcès rétropharyngé peut s'associer au mal de Pott cervical dans 57%, un seul cas d'association à un abcès rétrostylien a été rapporté par Diom ES et al [3]. Notre cas fait partie des présentations rares du

mal de Pott cervical compliqué d'un volumineux abcès rétropharyngé avec une extension à la nuque et en latéro-cervical gauche.

Selon les études, les signes cliniques les plus fréquents sont la dysphagie, l'odynophagie, la dyspnée et la dysphonie. En fonction de l'importance du volume et de l'extension de cet abcès, une compression de la moelle épinière pouvait survenir entraînant des rachialgies voire un déficit sensitivo-moteur des membres supérieurs [5]. Notre patiente a présenté une dysphagie sans déficit sensitivo-moteur ni autres troubles neurologiques. Le torticolis est un signe non spécifique, il est trouvé dans plus de 80 autres causes, néanmoins il peut orienter vers la présence d'un abcès rétrostylien [3]. Les signes d'imprégnation tuberculeuse tels que l'anorexie, l'amaigrissement et les sueurs nocturnes sont rarement trouvés dans les cas associés à un abcès rétropharyngé [5,6].

L'examen clinique est souvent pauvre, il pouvait trouver un bombement de la paroi postérieure de l'oropharynx, un déficit sensitivo-moteur dans les cas de compression médullaire et la présence d'adénopathies cervicales notés dans 70% des cas [7].

Les examens biologiques comme l'hémogramme, le dosage de la CRP et l'intradermoréaction à la tuberculine (IDR) sont non spécifiques et peuvent être négatifs. La lymphopénie est fréquente chez les patients suivis pour tuberculose. Il s'agit essentiellement d'une lymphopénie CD4 et elle est plus observée lors des formes extra pulmonaires [3,8, 9].

La radiographie standard du rachis cervical est souvent sans anomalies au début de l'infection ce qui peut retarder le diagnostic. A un stade plus avancé, elle peut montrer des lésions ostéolytiques allant de la simple érosion à de véritables destructions osseuses [1]. Dans notre cas, le bilan radiologique standard n'était pas contributif.

La tomodynamométrie (TDM) est plus sensible que la radiographie standard dans le diagnostic de la spondylodiscite. Elle montre à un stade précoce une hyperdensité du disque intervertébral évoquant l'origine infectieuse, et à un stade plus avancé, des érosions et des géodes sous chondrales des vertèbres. Elle peut aussi mettre en évidence la présence d'abcès des parties molles [7].

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est l'examen de référence dans les spondylodiscites. Elle est la plus sensible ce qui permet d'avoir un diagnostic certain et précoce. L'aspect habituel dans le mal de Pott se traduit en séquence T1, par

un hyposignal du disque et du corps vertébral et par un hyper intense en T2. L'IRM permet également de faire un bilan d'extension loco-régional, de mettre en évidence des abcès rétro-pharyngés et d'éliminer les diagnostics différentiels [7].

La confirmation du diagnostic est souvent portée par le recours à des biopsies disco-vertébrales, ou à la ponction d'un abcès des espaces rétro ou parapharyngés mettant en évidence le bacille de Koch [5]. En l'absence d'une confirmation bactériologique ou histologique, le diagnostic de la tuberculose vertébrale cervicale est retenu sur un faisceau d'arguments épidémiologiques, clinico-radiologiques avec recours à une épreuve thérapeutique [7]. Dans notre cas, la présence d'une adénopathie accessible à la biopsie a permis d'avoir une preuve anatomo-pathologique en mettant en évidence un granulome épithélioïde et géantocellulaire avec une nécrose caséuse.

La prise en charge du mal de Pott cervical compliqué d'un abcès est basée sur un drainage chirurgical de l'abcès associé à un traitement antituberculeux. La voie de drainage est variable selon la taille des collections. Le drainage par voie endo-buccale est indiqué dans les petits abcès symptomatiques évitant ainsi la contamination des plans tissulaires. Le drainage externe est indiqué dans les gros abcès supérieurs à 5 cm. La neurochirurgie peut être indiquée en cas de compression médullaire [8,10,11]. Dans notre cas nous avons opté pour un drainage de l'abcès cervical par deux ponctions puisque la collection était accessible et afin d'éviter la mauvaise cicatrisation cutanée habituelle suite aux drainages chirurgicaux des abcès tuberculeux.

Concernant le traitement antituberculeux, les études optent pour une quadrithérapie [rifampicine (10 mg/kg/jour), isoniazide (5 mg/kg/jour), pyrazinamide (25- 30 mg/kg/jour), éthambutol (15 mg/kg/jour)] pendant une durée de 2 mois suivie par une bithérapie (la rifampicine et l'isoniazide). La durée totale du traitement antituberculeux est variable selon les sociétés savantes. En effet, l'organisation mondiale de la santé propose une durée totale de 6 mois, la société américaine de chirurgie thoracique recommande une durée de 9 mois de traitement, tandis que la Société canadienne de thoracologie recommande une durée totale de traitement entre 9 et 12 mois [8]. Notre patiente a bénéficié de 13 mois de traitement avec bonne évolution clinique et radiologique.

Le pronostic du mal de Pott cervical est variable selon l'étendue et la sévérité des lésions de voisinage. Il est conditionné par la présence ou non

d'un abcès rétro-pharyngé qui peut entraîner une extension au médiastin, d'un abcès épidual ou d'une compression médullaire. Cependant, l'évolution reste souvent favorable sous traitement précoce et adéquat.

CONCLUSION

Le mal de Pott cervical est exceptionnel. Il est caractérisé par une latence clinique et une symptomatologie diverse à l'origine d'un retard de prise en charge. Il s'agit d'une cause rare de suppuration cervicale, dont les abcès rétropharyngés sont les plus fréquents. Il doit être évoqué essentiellement dans les pays endémiques.

REFERENCES

- [1] Yahyaoui S, Majdoub S, Zaghouni H, Ben Fradj H, Bakir D, Bouajina E, et al. Une localisation exceptionnelle de la tuberculose vertébrale mal de pott sous-occipital. *Pan Afr Med J.* 2013 ;14 :163.
- [2] Nalini B, Vinayak S. Tuberculosis in ear, nose, and throat practice: Its presentation and diagnosis. *Am J Otolaryngol - Head Neck Med Surg.* 2006 ;27(1) :39-45.
- [3] Diom ES, Ndiaye C, Djafarou A B, Ndiaye I C, Faye P M, Tall A, et al. A case of cervical Pott's disease revealed by parapharyngeal abscess. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2011 ;128(3) :151-153.
- [4] Pollard BA, El-Beheiry H. Pott's disease with unstable cervical spine, retropharyngeal cold abscess and progressive airway obstruction. *Can J Anaesth.* 1999 ;46(8) :772-775.
- [5] Christoforidou A, Metallidis S, Kollaras P, Agathangelidis A, Nikolaidis P, Vital V et al. Tuberculous retropharyngeal abscess as a cause of oropharyngeal dysphagia. *Am J Otolaryngol - Head Neck Med Surg.* 2012;33(2):272-274.
- [6] Hsu HE, Chen CY. Tuberculous retropharyngeal abscess with Pott disease and tuberculous abscess of the chest wall: A case report. *Medicine (Baltimore).* 2019 ;98(27) :16280.
- [7] Fedoul B, Chakour K, El Faiz Chaoui M. Pott's disease: report of 82 cases. *Pan Afr Med J.* 2011; 8:22
- [8] Rachdi I, Fekih Y, Daoud F, Aydi Z, Ben Dhaou B, Boussema F. Cervical Pott's disease revealed by retropharyngeal abscess. *Press Medicale.* 2018;47(10):918-921.
- [9] Raberahona M, Rakotoarivelo R-A, Ratsarazaka M, Andrianasolo R-L, Randria MJD. K-02 : Lymphopénie CD4 dans les différentes formes de tuberculose chez les patients non infectés par le VIH. *Médecine Mal Infect.* 1 juin 2014;44(6, Supplément):57
- [10] Kodio B, Cissé H, ETI E, Ouattara Baly, Koné Gbané M. Mal de Pott cervical révélé par une dysphagie : À propos d'un cas. *Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie* 2017 ; 10 :1-8.
- [11] Maftah M, Lmejjati M, Mansouri A, Abbadi NEL, Bellakhdar F. Mal De Pott à Propos de 320 Cas. *Médecine du Maghreb.* 2001 ;90 :19-22.