

LE MAL DE POTT SOUS OCCIPITAL RÉVÉLÉ PAR UN ABCÈS RÉTRO PHARYNGIEN A PROPOS D'UN CAS

J. MOALLA, M. MNEJJA, S. KALLEL, A. CHAKROUN, S. MOALLA*, I. CHARFEDDINE,
K. AYEDI*, A. GHORBEL

SERVICE ORL ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE
*SERVICE D'ORTHOPÉDIE ET DE TRAUMATOLOGIE
CHU HABIB BOURGUIBA. SFAX.

RESUME

Introduction : Le mal de Pott est la localisation la plus fréquente de la tuberculose ostéo-articulaire. La localisation sous occipitale reste exceptionnelle.

Observation : Enfant âgé de 12 ans, originaire de Sidi Bouzid, bien vacciné a consulté pour des cervicalgies et une dysphagie. L'examen clinique a révélé un bombement de la paroi postérieure de l'oropharynx ainsi qu'une tuméfaction basi-cervicale fistulisée à la peau.

Une IRM du rachis cervical ainsi que le scanner cervico-thoracique ont objectivé une collection rétro pharyngée associée à des adénopathies médiastinales nécrosées et une lésion rétractile pulmonaire lobaire supérieure gauche.

Le malade a eu une incision et drainage de l'abcès rétropharyngien en urgence. Le bilan biologique a objectivé une vitesse de sédimentation élevée à 112 à la première heure. L'IDR à la tuberculine était négative mais le prélèvement pour examen bactériologique et recherche de BK était positif.

Le diagnostic de mal de Pott sous occipital associé à une localisation tuberculeuse pulmonaire a été retenu. Le traitement anti-tuberculeux a été maintenu pendant 11 mois avec une bonne évolution. Le recul est de 6 ans.

Discussion : La localisation sous occipitale du mal de Pott est rare. Les cervicalgies constituent le motif de consultation le plus fréquent. Cependant, la dysphagie et l'abcès rétropharyngien peuvent être révélateurs.

L'imagerie par résonance magnétique est nécessaire afin d'évoquer le diagnostic de façon précoce.

Le diagnostic de certitude se fait par la mise en évidence du bacille de Koch au niveau du foyer pottique.

Le traitement est basé sur la chimiothérapie antituberculeuse pendant 11 mois complété éventuellement par une stabilisation orthopédique ou chirurgicale de la charnière cervico-occipitale.

Mots-clés : mal de Pott, tuberculose, rachis cervical, IRM, Bacille de Koch.

SUMMARY

Introduction : Pott's disease is the most frequent localisation of osteo-articular tuberculosis. The suboccipital localisation remains rare.

Case report : A 12-years old boy, admitted for cervicalgia and dysphagia. His clinical exam revealed a swelling of posterior pharyngeal wall associated with a basicervical tumefaction fistulased to the skin.

Cervical spine MRI and cervico-thoracic tomodensitometry show a retro-pharyngeal collection associated with necrosed mediastinal adenopathies and apical pulmonar retractile lesion.

The patient underwent, in emergency, an incision of the retro-pharyngeal abscess. The biological assessment revealed an inflammatory syndrom. A tuberculine intra dermo-reaction was negative whereas the BK research were positive. The diagnosis of suboccipital Pott's disease associated with pulmonar tuberculosis was done. The anti-tuberculosis drug was mentained for 11 months with a good recovery. The follow-up was 6 years.

Discussion : The sub occipital pain Pott localisation was rare. The cervicalgia was the important clinical sign of consultation. Whearas, the dysphagia and retro-pharyngeal abscess could be revealing.

The MRI was necessary for an early diagnosis. The diagnosis confirmation was made by the presence of Mycobacterium Koch in the pottic lesion.

The treatment was based on the anti-tuberculosis drugs for a period of 11 months completed with an orthopedic or surgical stabilisation of cervical occipital jonction.

Keywords : Pott's disease, tuberculosis, cervical spine, MRI, Mycobacterium Koch.

INTRODUCTION

Le mal de Pott sous occipital est défini par l'atteinte tuberculeuse des deux premières vertèbres cervicales et des articulations occipito-atloïdiennes et atloïdo-axoïdiennes. Il s'agit d'une localisation exceptionnelle de la tuberculo-

se ostéoarticulaire et représente 0,5 à 5 % des atteintes rachidiennes. Le motif de consultation le plus fréquent est représenté par les cervicalgies. Cependant, la dysphagie et l'abcès rétro pharyngien peuvent être aussi révélateurs du mal de Pott sous occipital.



Nous rapportons l'observation d'un enfant atteint de tuberculose sous occipitale révélé par un abcès rétro pharyngé.

OBSERVATIONS

Enfant âgé de 12 ans originaire de Sidi Bouzid, a été victime d'un traumatisme (accident scolaire) à point d'impact cervical, négligé au départ. Deux mois plus tard, il s'est présenté pour des cervicalgies et un torticolis non fébrile. L'examen clinique et en particulier l'examen neurologique étaient sans particularité. Les radiographies standard du rachis cervical de face et de profil (Fig. 1, 2) étaient normales.



Fig. 1 : Radiographie standard du cou de profil : rectitude du rachis cervical sans épaissement des parties molles



Fig. 2 : Radiographie standard du cou de face : sans particularités

Un traitement à base d'anti-inflammatoires et d'antalgiques a été instauré et n'a entraîné qu'une amélioration partielle et transitoire de la symptomatologie. Trois mois plus tard, le patient a présenté en plus des cervicalgies, une dysphagie modérée aux solides, sans dyspnée ni dysphonie.

L'examen de la cavité buccale et de l'oropharynx a objec-

tivé la présence d'un bombement modéré à surface régulière de la paroi postérieure de l'oropharynx.

L'examen de la région cervico-thoracique a révélé la présence d'une tuméfaction basi-cervicale antérieure, indurée, mal limitée de 4cm de grand axe et fistulisée à la peau en regard du sternum.

La biologie a objectivé une vitesse de sédimentation élevée à 112 à la première heure et un hémogramme normal. L'intradermoréaction à la tuberculine (IDR) était négative.

L'IRM du rachis cervical a objectivé une masse rétropharyngée, s'étendant de C1 à C4, prenant le contraste en périphérie (Fig. 3 et 4).

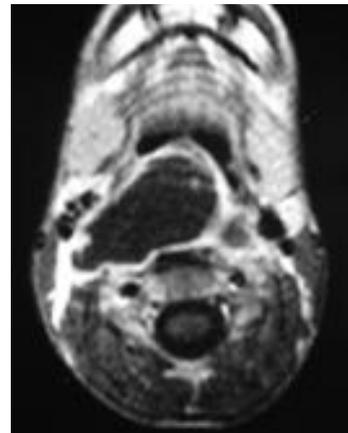


Fig. 3 : IRM cervicale (coupe axiale) en pondération T1 : collection rétropharyngée bombante dans l'oropharynx

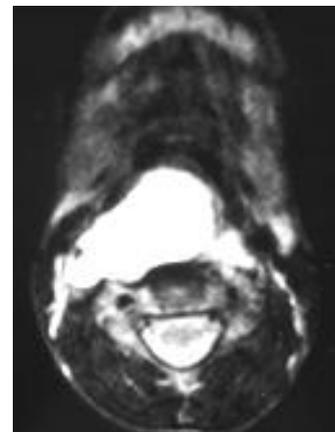


Fig. 4 : IRM cervicale (coupe axiale) en pondération T2 : collection rétropharyngée en hypersignal.

L'aspect clinique et radiologique était évocateur d'abcès rétropharyngé. Le malade a eu en urgence et sous anesthésie générale un drainage de l'abcès par voie endobuccale. Il a eu une ponction en plein bombement oro-pharyngé qui a ramené du pus franc puis une incision permettant l'évacuation de ce pus. Un nettoyage de la cavité a été réalisé par du sérum bétadiné avec mise en place d'une sonde naso-gastrique. Un examen bactériologique à la recherche de germes était négatif. La recherche de



BK a été faite. Le malade a été mis sous antibiotiques à large spectre. L'évolution clinique a été marquée par la disparition de la dysphagie, mais persistance des cervicalgies et de la masse cervicale basse.

L'IRM rachidienne a montré un important diastasis odontoïdo-atloïdien avec prise de contraste régionale importante touchant l'arc antérieur de C1 et de l'odontoïde et une prise de contraste rétro pharyngée sans collection visible (Fig. 5). Le scanner cervico-thoracique a mis en évidence une adénopathie nécrosée de la chaîne médiastinale antérieure gauche (Fig. 6), associée à une opacité fibreuse rétractile du lobe pulmonaire supérieure gauche (Fig. 7) évoquant une tuberculose pulmonaire et médiastinale.

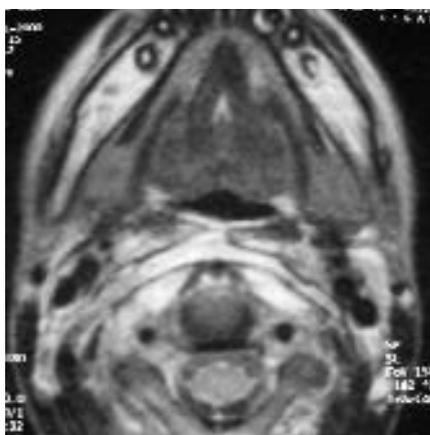


Fig. 5 : IRM cervicale (coupe axiale) en pondération T2 : disparition de la collection rétropharyngée en post opératoire

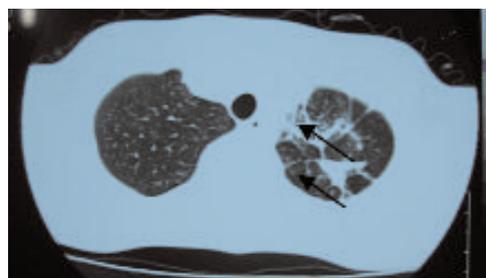


Fig. 6 et 7 : TDM cervicothoracique (coupes axiales) : aspect évocateur de tuberculose pulmonaire au niveau de l'apex pulmonaire gauche

Ainsi devant l'origine géographique du malade, la douleur rachidienne traînante, l'apparition d'abcès rétro pharyngé et les aspects cliniques et radiologiques, le diagnostic de mal de Pott sous occipital paraissait très probable, associé à une tuberculose pulmonaire. Une minerve cervicale antalgique a été posée et un traitement quadruple chimiothérapie antituberculeuse a été instauré pendant 2 mois et relayé par une bithérapie pendant 9 mois.

Un mois après le début du traitement, le prélèvement bactériologique avec recherche de BK était positif avec présence de germes sensibles aux antituberculeux déjà institués. L'évolution était bonne avec une disparition des signes cliniques et de la masse basicervicale. Le recul est de 6 ans.

DISCUSSION

La tuberculose rachidienne est encore fréquente en milieu endémique, y compris notre pays (1,2,3,4). Cependant, le mal de Pott sous occipital est considéré comme rare, représentant 0,3 à 1 % des formes rachidiennes de tuberculose (1,2,3,4,5). Depuis 1834 jusqu'à nos jours, une centaine de cas ont été recensés dans la littérature (5).

La tuberculose rachidienne, en particulier sous occipitale peut se rencontrer à tout âge avec un pic entre 20 et 30 ans (3,4,6,7). Dans les cas rapportés dans la littérature, il n'y avait pas de prédominance de sexe (3,4). Les formes pédiatriques sont rares (7,8). Le tableau clinique est fait essentiellement de cervicalgies parfois de torticolis ou de névralgie cervico-brachiale (2,5).

La dysphagie et l'abcès rétropharyngien peuvent être aussi un motif de consultation (1, 2, 3,4, 5, 6) comme c'était le cas pour notre malade. L'abcès froid est caractérisé par la lenteur de son évolution (5).

Sur le plan biologique, la vitesse de sédimentation est souvent accélérée mais n'a qu'une valeur d'orientation (5).

L'intradermoréaction à la tuberculine reste un bon moyen de présomption mais elle ne revêt une valeur réelle que si le sujet est un enfant ou un adulte jeune non vacciné (3). Une IDR négative peut s'observer, et n'écarte pas le diagnostic (9,10).

Le diagnostic de certitude d'une spondylodiscite tuberculeuse repose sur la mise en évidence du bacille tuberculeux dans le foyer pottique ou la découverte à l'examen histologique du fragment prélevé par biopsie de lésions hautement évocatrices de tuberculose (4,6). Cette biopsie peut être obtenue par une ponction biopsie vertébrale sous contrôle tomodynamométrique (5). Dans les zones d'endémie, la confirmation bactériologique ou histologique ne paraît pas toujours indispensable pour démarrer un traitement antituberculeux (1,2), devant un tableau clinique et para clinique très évocateur.

L'apport de l'imagerie reste nécessaire pour évoquer le



diagnostic de façon précoce (1,2).

La radiographie standard de la charnière cervico-occipitale et du rachis cervical peut retarder le diagnostic à cause de la difficulté d'interprétation (2,4,11,12) mais reste l'examen radiologique à réaliser de première intention devant toute rachialgie traînante (9,11).

Actuellement l'IRM représente l'examen de choix pour le diagnostic de spondylodiscite tuberculeuse (1,3,4,6,8,11). Elle permet de détecter des anomalies du signal du disque intervertébral, des plateaux et des corps vertébraux, une éventuelle atteinte multifocale, une épidualite infectieuse (11,13) et en particulier l'atteinte des parties molles surtout les collections pré vertébrales et leur extension (13). Les abcès apparaissent sous forme de masse en hyposignal T1 et en hypersignal T2, rehaussée par le gadolinium (4). Elle est plus performante que le scanner pour un diagnostic précoce (4). Cependant, l'IRM ne permet pas de visualiser les éventuelles calcifications au sein des abcès, qui sont plutôt mises en évidence par le scanner (13).

Le scanner et l'IRM permettent d'écartier les autres causes de dislocations atlo-axoïdiennes non traumatiques où il n'existe aucune lésion ostéolytique telles la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante (2,3).

Le traitement de la tuberculose rachidienne repose essentiellement sur la chimiothérapie antituberculeuse d'une durée de 8 à 11 mois et une stabilisation orthopédique de la charnière crânio-cervicale (2,3).

Le traitement antituberculeux est quadruple pendant 2 mois suivi d'une bithérapie pendant 6 à 9 mois faisant appel à l'isoniazide, la Rifadine, le pyrasinamide et la streptomycine.

Les indications chirurgicales restent très discutées (3). La

plupart des auteurs optent pour une décompression chirurgicale rapide et une stabilisation rachidienne chez les patients avec atteintes neurologiques avancées et pour un traitement plutôt conservateur dans les autres cas (1,2,4,5,7,14). Les abcès rétro pharyngiens et épiduals peuvent être drainés afin d'accélérer la guérison (1,4,5). L'évolution se traduit par une amélioration des signes cliniques et radiologiques et par l'apparition de zones de condensation osseuses avec fusion des éléments lysés (2,3,4).

CONCLUSION

La localisation sous occipitale de mal de Pott est rare. Elle peut se manifester par un tableau trompeur à type d'abcès rétropharyngé. Cette localisation de tuberculose rachidienne peut exposer à une instabilité et à de graves complications bulbo-médullaires. En conséquence, un diagnostic précoce et un traitement adéquat permettraient d'atténuer l'incidence des formes graves. Mais la meilleure solution demeure la prévention de la maladie tuberculeuse.

REFERENCES

1. Kooli H, Marreckchi M, Tiss M et al. Cold parapharyngeal abscess in spondylodiscitis. *Presse Med.* 2001; 30(1):19-21.
2. Allali F, Ben Omar A, El Yahyaoui M et al. Mal de Pott sous occipital : trois cas. *Revue du Rhumatisme.* 2000 ; 67 (8) : 641-645.
3. Akhaddar A, Chakir N, El Hassani M et al. Mal de Pott sous occipital : apport de l'imagerie à propos de 2 cas. *Journal of neuroradiology.* 2000 ; 27 (2) : 144-9.
4. Allali N, El Quessar A, Melhaoui A et al. Tuberculose de la jonction crânio-rachidienne. A propos de 8 observations. *J. Neuroradiol.* 2004 ; 31 : 72-73
5. Achouri M, Hilmani S, Lakhdar H et al. Abord antérieur du rachis cervical dans le mal de Pott. A propos de 7 cas. *Revue de chirurgie orthopédique.* 1997 ; 84 : 447-53.
6. Chœur E, Ben Abdelghani K, Ajlani H et al. Mal de Pott sous occipital : à propos d'un cas. *Revue du Rhumatisme* 2006 ; 73 : 1118
7. Tabib W., Sayegh S., Colona d'Istria F., Meyer M. Mal de Pott atloïdo-axoïdien. A propos d'un cas avec revue de la littérature. *Revue de Chirurgie Orthopédique.* 1994 ; 80 :734-738
8. Mabilia Babela J.R., Makosso E., Nzingoula S., Senga P. Aspects radiologiques du mal de Pott chez l'enfant. A propos de 92 cas. *Bull. Soc. Pathol. Exot* 2005 ; 98 (1) : 14-17
9. Pertuiset. E. Tuberculose vertébrale de l'adulte. *Encycl Méd Chir.* Elsevier, Paris, 5-852-A-10, 1998, 8p.
10. Bernard. L, Perrone. C. La tuberculose ostéo-articulaire aujourd'hui. *Presse Med* 1997 ; 26 : 308- 310
11. Le Page L., Feydy A., Lefort A. et al. Mal de Pott cervico-occipital : valeur de l'IRM et du scanner pour le bilan lésionnel. *Revue Méd Interne* 2003 ; 24:4.
12. Ousehal. A, Abdelouafi. A, Chikhaoui. N, Kadiri. R. Localisations inhabituelles du Mal de Pott. A propos de quatorze cas. *Ann Radiol* 1992 ; 35 (4) : 204-211.
13. Cotton A., Flipo R.M., Drouot MH. et al. La tuberculose vertébrale. Etude des aspects cliniques et radiologiques à partir d'une série de 82 cas. *J Radiol* 1996; 77 : 419-426
14. Lifeso R. Atlanto-axial tuberculosis in adults. *J Bone Joint Surg* 1987; 69: 183-187.