

Cervicalgies irradiant dans le membre supérieur gauche

Cervical pain radiating to the upper limb

I. Bold¹, A. Devriendt², E. Maillart³ et A. Noseda¹

¹Service de Pneumologie, ²Service de Radiologie, ³Service d'Infectiologie, C.H.U. Brugmann, ULB

RESUME

Un homme de 31 ans, HIV négatif, ayant des antécédents de sarcoïdose avec atteinte articulaire et pulmonaire, sans traitement immuno-supresseur, présente deux ans plus tard des cervicalgies à gauche avec irradiation au niveau du membre supérieur. L'imagerie cervicale documente plusieurs collections para-vertébrales ainsi que des lésions lytiques osseuses. Un diagnostic d'ostéo-arthrite tuberculeuse est posé sur base de l'imagerie et des prélèvements mycobactériologiques.

Rev Med Brux 2017 ; 38 : 154-7

ABSTRACT

A 31 years old male, HIV negative, with past history of sarcoidosis with articular and pulmonary involvement, without immunosuppressive therapy, presents two years later with cervical pain radiating to the upper limb. Cervical imaging shows several para vertebral collections and lytic bone lesions. A diagnosis of tuberculous osteo-arthritis is established based on imaging and mycobacterial data.

Rev Med Brux 2017 ; 38 : 154-7

Key words : tuberculosis, cervical osteoarthritis, magnetic resonance imaging

INTRODUCTION

La tuberculose est une maladie infectieuse, transmissible par les voies aériennes, causée par *Mycobacterium tuberculosis* complex, et caractérisée sur le plan anatomopathologique par des granulomes inflammatoires avec nécrose, au niveau pulmonaire (environ 85 % de cas) et/ou au niveau de sites extra-pulmonaires¹. Avec une atteinte d'un tiers de la population mondiale (tuberculose latente) et huit millions de nouveaux cas évolutifs par an², la tuberculose reste un problème de santé publique au niveau mondial. Non traitée elle a une mortalité d'environ 70 %³. Au cours des deux siècles derniers, la tuberculose a tué un billion de personnes¹.

L'atteinte tuberculeuse de l'os est secondaire à une extension par contigüité (ostéite) ou à une propagation par voie hématogène (ostéomyélite). Plus fréquente chez l'enfant, elle atteint l'adulte surtout dans les zones d'endémie².

Son association à une atteinte rachidienne et/ou pulmonaire⁴ est fréquente. Nous présentons un cas

d'ostéo-arthrite tuberculeuse, chez un patient immuno-compétent ayant des antécédents de sarcoïdose.

CAS CLINIQUE

Cet homme de 31 ans, d'origine turque, HIV négatif, avait consulté 2 ans auparavant pour des douleurs articulaires au niveau des genoux, chevilles et poignets. A l'époque, le CT du thorax documentait des micronodules bilatéraux et des adénopathies hilaires, les volumes pulmonaires étaient normaux et l'enzyme de conversion de l'angiotensine était à trois fois la limite supérieure de la normale. Le lavage broncho alvéolaire (LBA) montrait une alvéolite lymphocytaire à 71 % (normale 0-15 %), avec un rapport CD4/CD8 à 3,4 (normale 0,6-2,8). Au niveau microbiologique, l'examen direct, la PCR et la culture pour *Mycobacterium tuberculosis* étaient négatifs. Le diagnostic de sarcoïdose avec atteinte articulaire et pulmonaire avait été retenu. En dehors d'un anti-inflammatoire non stéroïdien pour les arthralgies, aucun traitement n'avait été prescrit.

Deux ans plus tard, le patient consulte pour

cervicalgies (à gauche) depuis un mois, irradiant dans l'omoplate et la face dorsale du bras jusqu'au niveau du coude, sans amélioration sous paracétamol, ni sous tramadol. Il rapporte également des épisodes de sudations nocturnes profuses et une perte de poids d'environ 6 kg en deux mois. L'examen clinique montre une contracture musculaire au niveau du sternocléidomastoïdien gauche, la présence de ganglions sous-maxillaires et un déficit moteur distal, avec diminution de la force musculaire à 4/5 au niveau du membre supérieur gauche. Les examens biologiques montrent un syndrome inflammatoire avec une CRP à 161 mg/L. L'imagerie cervicale (CT et IRM) documente des collections cervicales abcédées à gauche, avec extension dans le trou de conjugaison C6-C7, comprimant la racine C7 et s'étendant au niveau épidual, ainsi que des lésions osseuses lytiques au niveau des processus articulaires C6-C7 (figures 1 à 3).

Vu le déficit neurologique, un avis neurochirurgical est demandé. Le neurochirurgien ne retient pas l'indication opératoire, mais ponctionne l'une des collections, sous contrôle CT. Le diagnostic d'ostéo-arthrite tuberculeuse est évoqué et une quadrithérapie anti-tuberculeuse est débutée à base d'isoniazide (INH), rifampicine (RMP), pyrazinamide (PZA) et ethambutol (ETB).

Le CT du thorax documente des infiltrats micronodulaires au niveau des lobes moyen et supérieur à droite. Un lavage brocho-avéolaire (LBA) est réalisé par bronchoscopie. La culture revient positive pour *Mycobacterium tuberculosis*, à la fois sur le pus prélevé par ponction cervicale et sur le LBA.

L'origine de la contamination tuberculeuse n'a pas pu être établie (patient vivant en Belgique depuis l'âge de un an, seul voyage récent à Majorque, aucun contact tuberculeux connu).

L'ethambutol a été arrêté après réception de l'antibiogramme (INH, RMP, PZA S, ETB R). Après 10 jours de traitement, un corticoïde a été adjoint empiriquement, vu l'absence de récupération motrice. Le suivi en consultation a documenté une reprise de poids et une récupération motrice complète.

DISCUSSION

Notre patient, présentait un tableau clinique et radiologique d'ostéo-arthrite cervicale, avec une étiologie tuberculeuse documentée par des prélèvements microbiologiques. A priori, le diagnostic différentiel incluait une infection à germe ordinaire (principalement staphylocoque doré), une bartonellose (improbable chez un sujet séronégatif pour HIV) une pasteurellose (improbable en l'absence de notion de morsure d'animal)⁵. Pour les tuberculoses extra-pulmonaires, l'atteinte osseuse ne représente que 10 % des cas, loin derrière les atteintes pleurale et ganglionnaire⁶. La colonne est le site le plus fréquemment concerné (environ 50 % des atteintes

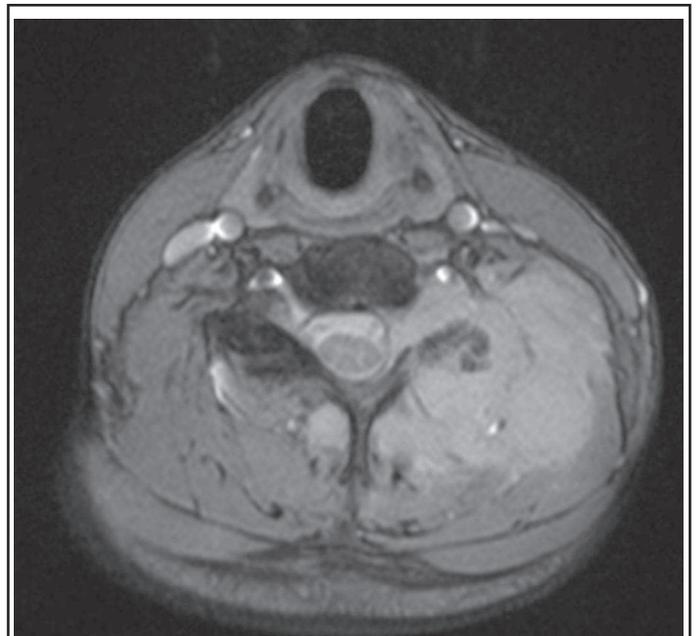


Figure 1 : IRM : coupe axiale cervicale, mettant en évidence des lésions lytiques à hauteur de l'articulation inter-apophysaire postérieure gauche C6-C7.

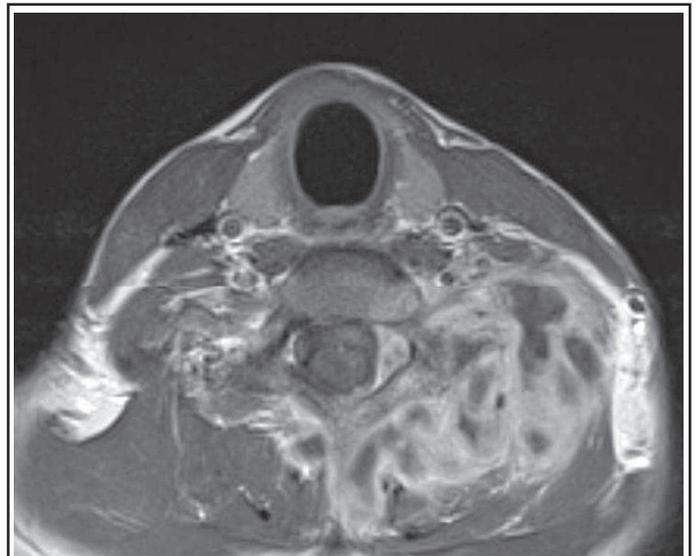


Figure 2 : IRM : coupe axiale de la région cervicale pondérée T1 avec injection de gadolinium, mettant en évidence de multiples collections liquidiennes latéro-cervicales gauches, avec extension épidurale latérale gauche. Discrète prise de contraste à hauteur de l'hémivertèbre C7 gauche.



Figure 3 : CT-Scanner : coupes coronales et axiales mettant en évidence des lésions lytiques à hauteur des berges de l'articulation inter-apophysaire postérieure gauche C6-C7.

osseuses). Dans les pays développés, la plupart des cas de tuberculose vertébrale sont diagnostiqués chez les immigrants en provenance de pays où la tuberculose est endémique⁷. Ce n'est pas le cas de notre patient qui, quoique d'origine turque, vivait en Belgique depuis 30 ans au moment du diagnostic.

La lésion apparaît au niveau de la portion antéro-inférieure du corps vertébral et s'étend ensuite vers le centre du corps vertébral ou le disque intervertébral, avec destruction du disque et des corps vertébraux adjacents^{2,7}. Dans l'ostéo-arthrite tuberculeuse les sites les plus touchés sont les régions lombaire haute et thoracique basse⁷. Inversement, dans l'ostéite cervicale, toutes étiologies confondues, la tuberculose est l'étiologie la plus fréquente⁸. L'évolution est lente et insidieuse, sur une durée de quelques mois à quelques années⁹.

Les symptômes généraux sont présents chez 20-30 % des tuberculoses ostéo-articulaires. La douleur est le symptôme le plus fréquent en cas d'atteinte vertébrale. Localisée au niveau du site atteint, elle est aggravée par le mouvement, la toux et le port de charges. Un déficit neurologique est présent chez environ un patient sur deux⁷. Le diagnostic de tuberculose osseuse est évoqué sur base des plaintes et de l'imagerie⁷. L'IRM de la colonne est l'examen de premier choix, avec une sensibilité et une spécificité supérieures à celles du CT scan^{2,7}. Chez certains patients, une biopsie vertébrale est nécessaire pour poser formellement le diagnostic et pour s'assurer de la sensibilité de la mycobactérie aux agents antituberculeux classiques¹⁰.

En cas d'atteinte osseuse, le traitement antituberculeux est à débiter au plus vite. Plusieurs études ont montré que la majorité des patients (82-95 %) avec tuberculose osseuse répondent au traitement médical⁷. Par contre en cas de paraplégie, le taux de récupération neurologique atteint à peine 40 %. La durée optimale du traitement est controversée. L'Organisation Mondiale de la Santé recommande un traitement en deux phases : une première phase intensive de deux mois avec INH, RMP, PZA et une 4^e molécule (ETB ou streptomycine), ensuite une phase de consolidation de 7 mois avec INH et RMP¹¹. Par contre l'*American Thoracic Society* et la *British Thoracic Society* ne recommandent qu'une durée classique de 6 mois au total⁷. Les données de la littérature sont insuffisantes pour justifier la chirurgie en routine. Il n'y a pas de preuve de supériorité de l'association chirurgie-traitement médical par rapport au traitement médical seul⁷. Le traitement médical reste donc la base de la stratégie thérapeutique¹². La chirurgie est indiquée uniquement en cas de déficit neurologique, soit sévère, soit progressant en dépit d'un traitement anti-tuberculeux bien mené, ou en cas d'abcès froid¹².

La corticothérapie additionnelle a une indication démontrée en cas de méningite tuberculeuse^{13,14} ou de péricardite tuberculeuse¹⁵. D'autres indications plus relatives sont la pleurésie tuberculeuse et la

tuberculose pulmonaire avec perte de poids sévère¹⁶. En ce qui concerne la tuberculose osseuse, il n'y a aucune étude contrôlée démontrant le bénéfice d'une corticothérapie. Dans l'ostéo-arthrite avec déficit neurologique, comme chez notre patient, l'indication est raisonnée, sur base d'un parallélisme avec l'épidurite carcinomateuse.

CONCLUSION

L'ostéo-arthrite tuberculeuse vertébrale représente une forme extra-pulmonaire sévère et, malgré les possibilités d'avoir un diagnostic rapide, reste un défi pour le médecin¹⁰. La présence d'une douleur inflammatoire au niveau vertébral, avec ou sans déficit neurologique, doit évoquer, même en l'absence de fièvre, et d'atteinte de l'état général, une possible infection tuberculeuse vertébrale^{10,17}.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dheda K, Barry CE 3rd, Maartens G. Tuberculosis. *Lancet*. 2016;387(10024):1211-26.
2. Bousset L, Marchand B, Blineau N, Pariset C, Hermier M, Picaud G *et al*. Imagerie de la tuberculose ostéo articulaire. *J Radiol*. 2002;83(9 Pt 1):1025-34.
3. Tiemersma EW, van der Werf MJ, Borgdorff MW, Williams BG, Nagelkerke NJ. Natural history of tuberculosis: duration and fatality of untreated pulmonary tuberculosis in HIV negative patients: a systematic review. *PLoS One*. 2011;6(4):e17601.
4. Vohra R, Kang HS, Dogra S, Saggarr RR, Sharma R. Tuberculous osteomyelitis. *J Bone Joint Surg Br*. 1997;79(4):562-6.
5. Lew DP, Waldvogel FA. Osteomyelitis. *Lancet*. 2004;364(9431):369-79.
6. Ketata W, Rekik WK, Ayadi H, Kammoun S. Les tuberculoses extrapulmonaires. *Rev Pneumol Clin*. 2015;71(2-3):83-92.
7. Garg RK, Somvanshi DS. Spinal tuberculosis: a review. *J Spinal Cord Med*. 2011;34(5):440-54.
8. Prasad KC, Prasad SC, Mouli N, Agarwal S. Osteomyelitis in the head and neck. *Acta Otolaryngol*. 2007;127(2):194-205.
9. Merino P, Candel FJ, Gestoso I, Baos E, Picazo J. Microbiological diagnosis of spinal tuberculosis. *Int Orthop*. 2012;36(2):233-8.
10. Colmenero JD, Ruiz-Mesa JD, Sanjuan-Jimenez R, Sobrino B, Morata P. Establishing the diagnosis of tuberculous vertebral osteomyelitis. *Eur Spine J*. 2013;22 Suppl 4:579-86.
11. Mak KC, Cheung KM. Surgical treatment of acute TB spondylitis: indications and outcomes. *Eur Spine J*. 2013;22 Suppl 4:603-11.
12. Khoo LT, Mikawa K, Fessler RG. A surgical revisit of Pott distemper of the spine. *Spine J*. 2003;3(2):130-45.
13. Van de Beek D, de Gans J, McIntyre P, Prasad K. Corticosteroids in acute bacterial meningitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(3):CD004405. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(1):CD004405.
14. Thwaites GE, Nguyen DB, Nguyen HD, Hoang TQ, Do TT, Nguyen TC *et al*. Dexamethasone for the treatment of tuberculous meningitis in adolescents and adults. *N Engl J Med*. 2004;351(17):1741-51.

15. Mayosi BM, Ntsekhe M, Bosch J, Pandie S, Jung H, Gumedze F *et al.* Prednisolone and Mycobacterium indicus pranii in tuberculous pericarditis. *N Engl J Med.* 2014;371(12):1121-30.
16. Critchley JA, Orton LC, Pearson F. Adjunctive steroid therapy for managing pulmonary tuberculosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(11):CD011370.
17. Schlesinger N, Lardizabal A, Rao J, Rao J, McDonald R. Tuberculosis of the spine: experience in an inner city hospital. *J Clin Rheumatol.* 2005;11(1):17-20.

Correspondance et tirés à part :

I. BOLD
C.H.U. Brugmann
Service de Pneumologie
Place Van Gehuchten 4
1020 Bruxelles
E-mail : ionela.bold@yahoo.com

Travail reçu le 28 avril 2016 ; accepté dans sa version définitive le 28 septembre 2016.