

Mal de Pott dorsale multi-étagé destructeur...

Destructor multistage Pott's disease...

J.L. Rakotoson (1)*, H. Raherimandimby (2), J. Rajaoarifetra (3),
L. Raharimbohitra (1), L. Raholiharisoa (1), M. Rabarijaona (4),
G.D. Solofomalala (5), A. Ralison (6), R.N. Raharimanana (6)

(1) Service de Pneumo-physiologie du Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa, Madagascar

(2) Service de Biologie du Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa, Madagascar

(3) Service de Cardiologie du Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa, Madagascar

(4) Service de Neurochirurgie du Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa, Madagascar

(5) Service de Traumatologie-orthopédie du Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa, Madagascar

(6) Service de Pneumologie du Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga, Madagascar

Une femme de 42 ans, hospitalisée pour une voussure dorsale présentait depuis plus de 6 mois une dorsalgie d'intensité croissante associée à une déformation vertébrale dorsale progressive, une fièvre vespérale, des sueurs nocturnes, une asthénie et une perte de poids non chiffrée. Cliniquement, elle présentait une déformation vertébrale importante (figures 1) avec cyphoscoliose douloureuse à la palpation profonde sans abcès froid péri-lésionnel. Elle avait une constipation, une paraplégie amyotrophique des 2 membres inférieurs sans troubles sensitifs. La radiographie du rachis dorsolombaire (figures 2) montrait une cyphose importante et une scoliose modérée (angle de Cobb 34°), une destruction vertébrale ostéolytique écrasée et multi-étagée des corps vertébraux du D8, D9, D10 et D11. Ces lésions sont associées à une déformation importante de la cage thoracique. La recherche de bacille de Koch dans les crachats était négative. Le traitement était médical (antituberculeux, antalgique, immobilisation).



Figure 1. Déformation vertébrale dorsale avec gibbosité très importante.



Figure 2. Radiographie de la colonne dorso-lombaire. Spondylodiscites tuberculeuses très avancées avec destruction et écrasement des corps vertébraux du D8, D9, D10, D11 avec angulation cyphotique importante.

Le mal de Pott est la plus fréquente des ostéoarthrites tuberculeuses, 40 à 50% des atteintes ostéo-articulaires [1] dont la colonne dorso-lombaire constitue le siège de prédilection (95%) [2]. L'atteinte simultanément de 4 vertèbres adjacentes est très peu décrite dans la littérature. Le degré de la déformation semble l'élément pronostic fonctionnel essentiel [3]. Les atteintes destructives majeures sont dues au retard diagnostique lié au tableau clinique insidieux de mal de Pott [4]. Au stade évolué, radiologiquement, on a une ostéolyse des corps vertébraux avec tassement, une déformation vertébrale (cyphose, scoliose) et une image de reconstruction (condensation péri-lésionnelle, ostéophytes latéraux) [5].

Références

1. Hamza M. Tuberculose articulaire et vertébrale. *Rev Rhum* 1993; 60 (2): 115-8.
2. Larget-Piet B, Martigny J. Spondylodiscite bactérienne : Etiologie, diagnostic, évolution, pronostic, traitement. *Rev Prat* 1995; 45.
3. Thabut G, Mal H. Trouble ventilatoire restrictif. *Encycl Méd Chir (Paris), Pneumologie*, 6-040-I-10, 2000, 8 p.
4. Meddeb N, Rammeh N, Chahed M, *et al.* Aspects actuels du mal de Pott en Tunisie. À propos d'une série de 29 cas. *Bull Soc Pathol Exot* 2002; 95 (4): 269-71.
5. Duvauferrier R, De Korvin B, Legrand E, *et al.* Imagerie diagnostique de la spondylodiscite infectieuse. *Encycl Méd Chir (Paris), radiodiagnostic. Neurologie appareil locomoteur*, 31- 335-A-10, 1993, 11p.