

TUBERCULOSE LOMBOSACRÉE RÉVÉLÉE PAR UN ABCÈS FESSIER ET UN SYNDROME DE LA QUEUE DE CHEVAL.

LUMBOSACRAL TUBERCULOSIS REVEALED BY GLUTEAL ABSCESS AND CAUDA EQUINA SYNDROME.

GARBA ABDOUL AZIZ¹, DOUTCHI MAHAMADOU^{1*}, HABIBOU M. LAMINOU², MAHAMANE MOUSTAPHA LAMINE³, IBRAHIM ALKASOUM⁴, ADÉHOSSI ERIC⁴

RÉSUMÉ

La principale localisation des tuberculoses ortheoarticulaires (TOA) est vertébrale. La localisation lombosacrée de la tuberculose est rare. La présentation sous forme d'abcès fessier associé à un syndrome de la queue de cheval est inhabituelle. Nous rapportons une tuberculose lombosacrée révélée par un abcès fessier et un syndrome de la queue de cheval. Une patiente AT âgée de 20ans, sans antécédents pathologiques notables était admise en médecine interne pour prise en charge d'un syndrome de la queue de cheval et d'un abcès fessier droit. L'analyse du liquide de ponction mettait en évidence la présence de bacillesacido-alcool-résistant (BAAR) à l'examen direct. La recherche de bacille de Koch (BK) dans le liquide de ponction par gene Xpert MTB/RIF (mycobacterium tuberculosis/resistance to rifampicin) était positive. Le traitement médical reposait sur l'utilisation des antituberculeux. Le traitement chirurgical n'avait pas pu être réalisé.

Mots-clés : tuberculose lombosacrée, abcès fessier, syndrome de la queue de cheval.

ABSTRACT

The main localization of ortheoarticular tuberculosis (TOA) is vertebral tuberculosis. The lumbosacral location of tuberculosis is rare. Its presentation in the form of gluteal abscess and caudaequina syndrome is unusual. We report the case of lumbosacral tuberculosis revealed by a gluteal abscess and a caudaequina syndrome 20-year-old TA patient from a village without a notable pathological history was admitted to internal medicine for management of functional impotence of both pelvic limbs and right gluteal abscess. Analysis of the puncture fluid revealed the presence of acid-fast bacilli (AFB) on direct examination. The search for Koch bacillus (BK) in puncture fluid by gene Xpert MTB / RIF (mycobacterium tuberculosis / resistance to rifampicin) was positive. Medical treatment was based on the use of anti-tuberculosis drugs. Surgical treatment could not be achieved.

Keywords: lumbosacral tuberculosis, gluteal abscess, cauda equina syndrome

1. Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Zinder, Hôpital National de Zinder, Niger.

2. Hôpital National de Zinder, Niger.

3. Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal

4. Faculté des Sciences de la Santé de l'Université Abdou Moumouni de Niamey, Niger.

Auteur correspondant : E-mail: m.doutchi@yahoo.fr téléphone : +22791861000

INTRODUCTION

En 2016 l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estimait l'incidence de la tuberculose à 10,4 millions de nouveaux cas. L'atteinte ostéo articulaire représente 3 à 5% de toutes les tuberculoses [1-2]. La principale localisation des TOA est vertébrale [3-8]. Tous les étages du rachis peuvent être atteints, cependant la localisation lombosacrée est rare [4,9-11]. La présentation clinique de la tuberculose lombosacrée sous forme d'abcès fessier et de syndrome de la queue de cheval est inhabituelle [5,10]. Nous rapportons l'observation d'une tuberculose lombosacrée révélée par un abcès de la fesse droite et un syndrome de la queue de cheval.

PATIENT ET OBSERVATION

Patiente AT âgée de 20ans, nulligeste résidant en milieu rural, sans antécédents pathologiques notables était admise en médecine interne pour prise en charge d'une impotence fonctionnelle des 2 membres pelviens et d'une masse fessière droite (Fig 2). L'anamnèse révélait que le début de la symptomatologie remonterait à environ 7 mois par une fièvre prolongée à recrudescence nocturne accompagnée d'amaigrissement progressif non chiffré, d'anorexie et de lombalgies, puis survenue brutale d'une impotence fonctionnelle des membres pelviens associée à des troubles sphinctériens lors du puisage d'eau au puits. L'examen physique notait une TA à 100/60 mmhg, une température à 37.2°C, un poids à 29Kg, une taille à 1m50 soit un IMC à 12.88kg/m². L'examen physique révélait par ailleurs une pâleur cutaneo-muqueuse, un œdème facial, un syndrome de la queue de cheval fait de paraparesie flasque hypotonique des membres pelviens avec amyotrophie, force musculaire estimée à 2/5 à droite et 3/5 à gauche, abolition des réflexes rotuliens et achilléens des 2 cotés, rétention aigue d'urine, incontinence fécale, douleur rachidienne à la percussion en dessous de L5, il n'y avait pas d'anesthésie en selle. L'examen physique montrait également une tuméfaction fessière droite, tendue, ovalaire d'environ 17cm de grand axe, légèrement sensible, rénitente, sans signes inflammatoires. Le reste de l'examen clinique en particulier respiratoire et ganglionnaire était normal.

L'examen biologique montrait un syndrome inflammatoire avec hyperleucocytose à 16900/mm³ à prédominance neutrophile, une anémie microcytaire hypochrome à 8.4g/dl, une vitesse de sédimentation (VS) à 98mmà la 1ère heure. La sérologie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la goutte épaisse (GE), la recherche de bacille de Koch (BK) dans les crachats et les urines étaient négatives. L'analyse du liquide de ponction mettait en évidence la présence de bacille acido-alcool-résistant (BAAR) à l'examen direct. La recherche de BK dans le liquide de ponction par gene XpertMTB/RIF (Mycobacterium tuberculosis/resistance to rifampicin) était positive. La créatinémie était à 141micromole/l, l'urémie était à 6.98millimoles/l, la glycémie était à 4.57millimoles/l. Au plan radiologique l'échographie de la tuméfaction montrait la présence d'une collection liquidienne localisée à la fesse droite. Le Scanner et l'IRM rachidiens n'avaient pas pu être réalisés. La radiographie du rachis lombosacrée montrait un pincement du disque L5-S1 (Fig 1), il n'y avait pas de géodes ni d'images de destruction osseuse. La radiographie du thorax et l'échographie Abdominopelvienne étaient sans particularité.

La patiente était mise sous traitement antituberculeux pour une durée de 6 mois avec 2 mois de phase d'attaque associant quatre antituberculeux majeurs: Rifampicine, Isoniazide, Ethambutol, Pyrazinamide, suivi d'une phase d'entretien de 4 mois associant Rifampicine et Isoniazide. Le traitement chirurgical complémentaire notamment l'incision-drainage et la décompression rachidienne n'avait pas pu être réalisé.



Figure 1 : radiographie du rachis lombosacré montrant un pincement du disque L5-S1



Figure 2: Abcès froid fessier droit, nonfistulisé

DISCUSSION

La tuberculose oréoarticulaire (TOA) correspond aux localisations osseuses et articulaires de la maladie tuberculeuse. Elle représente 3 à 5 % de toutes les localisations [1-2]. La tuberculose rachidienne représente près de 50% des cas de tuberculose ostéo-articulaire [3-8]. L'atteinte rachidienne concerne dans 42% le rachis thoracique, dans 26% le rachis lombaire, dans 12% le rachis cervical et la jonction thoracolombaire, dans 5% la jonction cervico thoracique [4]. L'atteinte de la jonction lombosacrée comme dans notre cas est rare et concerne uniquement 1 à 3% de cas [4,9-11]. La tuberculose rachidienne affecte principalement des adultes jeunes au cours de leur période d'activité. Notre patiente était âgée de 20 ans. Dans 73% de cas la tuberculose rachidienne survient durant les trois premières décennies. Elle constitue de ce fait un véritable problème de santé publique car elle épuise les ressources des ménages, accule les familles à la pauvreté et impose un coût énorme aux gouvernements des pays endémiques en majorité pauvres [3-4,7]. Notre patiente est séronégative au VIH. Garg RK et al ont rapporté une fréquence de 28% de coinfection VIH-tuberculose vertébrale selon une étude menée en Afrique du sud [3]. La tuberculose rachidienne résulte généralement de la propagation hématogène par voie artérielle ou veineuse de *M. tuberculosis* à partir d'un foyer primaire pulmonaire, génito-urinaire, ganglionnaire ou tout autre viscère [1, 3,12]. Chez notre patiente aucun foyer de dissémination primaire et aucune notion de contagement tuberculeux n'ont été mis en évidence. On note cependant des facteurs prédisposant à la tuberculose comme la pauvreté, la promiscuité, l'analphabétisme, la malnutrition.

La tuberculose rachidienne peut s'étendre aux structures adjacentes perivertébrales sous forme d'abcès froids des parties molles clinique ou radiologique dans 41 à 86% de cas [4-5,13]. Selon la topographie de la tuberculose rachidienne, l'abcès se déve-

loppe dans l'espace rétro pharyngé au niveau du rachis cervical, dans la gaine du psoas et/ou dans le triangle de Scarpa au niveau du rachis lombaire, dans la fesse ou dans le petit bassin dans les localisations sacrées[3, 12,14]. Dans notre observation la localisation rachidienne de la tuberculose est lombosacrée et son extension sous forme d'abcès froid est fessière droite (Fig2). Cependant d'autres voies de formation de l'abcès fessier ont été décrites dans la littérature comme par voie hématogène (abcès primaire) ou par inoculation post injection [5,15-16]. Dans notre cas cette éventualité est peu probable en l'absence de foyer viscéral et d'injection septique.

La présentation clinique de la tuberculose vertébrale est polymorphe. Plusieurs auteurs évoquent le retard diagnostique. Cela s'expliquerait par le caractère insidieux et peu spécifique du tableau clinique. Le délai diagnostique dans la littérature varie entre trois et vingt mois [3-4,12-14]. Dans notre observation le délai diagnostique est de sept mois. Le caractère insidieux concerne également l'abcès satellite de la tuberculose rachidienne qui augmente progressivement de volume sans que le patient ne se rende compte en l'absence de douleur et autres signes inflammatoires locaux. La constatation étant faite fortuitement par la famille lors de soins d'hygiène corporelle, par le médecin lors de l'examen physique ou par la radiographie [3,14]. Concernant notre patiente l'abcès est découvert lors de l'examen physique. La douleur rachidienne est le signe le plus fréquent [1,3,6,12]. Les signes systémiques à type de fièvre prolongée et d'altération de l'état général sont fréquents surtout en cas d'atteinte viscérale associée[8,12-13]. Ils sont retrouvés dans 20 à 30% de cas de tuberculose ostéo articulaire[3]. Au stade tardif on retrouve une déformation du rachis et ou un déficit neurologique dans respectivement 20% et 20-76%[3,14]. Ce déficit neurologique selon les localisations cervicale, cervicodorsale ou dorsolombaire de la tuberculose peut être une monoparesie, une paraparesie ou une tétraparesie[3,12,17]. En l'absence de destruction osseuse majeure, l'atteinte neurologique est rare dans la localisation lombosacrée et sacrée de la tuberculose car les racines nerveuses sacrées sont protégées par l'os[1,8-9,11]. Notre patiente a un déficit neurologique rare à type de syndrome de la queue de cheval. En l'absence de TDM ou d'IRM nous n'avons pas pu faire l'inventaire des lésions vertébrales, radiculaires et de l'extension de l'abcès. Il nous serait alors difficile de préciser s'il s'agit d'une spondylodiscite, d'une épidurite ou d'un abcès intradural avec compression pluriradiculaire. Cette présentation neurologique atypique de la tuberculose lombosacrée a été décrite par Punia VP et al en 2008 chez une femme de 21ans [10]. L'abcès froid est aussi une manifestation clinique de la tuberculose vertébrale. Dans l'atteinte lombosacrée l'abcès se localise au niveau presacrée dans 40% de cas. L'abcès peut rarement se localiser au niveau fessier comme chez notre patiente[2,5]. Le diagnostic de la tuberculose vertébrale repose sur la preuve bactériologique et ou histologique. La preuve bactériologique repose sur la mise en évidence de mycobacterium tuberculosis par l'examen direct, par culture ou par PCR du liquide de ponction de l'abcès adjacent ou par culture d'un fragment de tissu lésé(vertèbre, abcès) obtenu par biopsie scanno guidée ou chirurgicale. La preuve histologique est apportée par la mise en évidence du granulome épithélioïde et géantocellulaire avec nécrose caséuse d'un fragment de tissu lésé(vertèbre, abcès) obtenu par biopsie scanno guidée ou chirurgicale [3,11-12]. Lorsque ces moyens diagnostiques font défaut le diagnostic repose sur la présomption diagnostique appuyée par un faisceau d'argument clinique et radiologique. Dans notre observation le diagnostic est posé par la mise en évidence de bacille acido-alcool-résistant (BAAR) à l'examen direct et la mise en évidence des bacilles de Koch(BK) par PCR (Polymerase Chain Reaction) utilisant le geneXpert MTB/RIF (Mycobacterium tuberculosis/resistance to rifampicin) dans le liquide de ponction de l'abcès fessier.

Le traitement de la tuberculose vertébrale repose sur les antituberculeux pendant 6 mois. Le traitement chirurgical est indiqué en cas de compression médullaire ou radiculaire, d'abcès volumineux extensif, d'instabilité rachidienne liée à l'ostéolyse et à la cyphose et en cas d'échec du traitement médical [3, 6,10-12,17]. Dans notre observation le traitement chirurgical n'a pas pu être effectué car la patiente est décédée en cours d'hospitalisation.

CONCLUSION

La tuberculose vertébrale est un problème de santé publique surtout dans les pays d'endémie tuberculeuse. Sa localisation lombosacrée bien que rare doit être évoquée par le clinicien devant des signes atypiques comme l'abcès fessier et le syndrome de la queue de cheval. Sa prise en charge repose sur le traitement antituberculeux et la chirurgie.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

Tous les auteurs ont contribué à l'élaboration de cette étude et déclarent avoir lu et approuvé ce manuscrit.

REMERCIEMENTS

Au laboratoire de biologie de l'hôpital national de Zinder (Niger) pour son appui au diagnostic bactériologique et moléculaire.

RÉFÉRENCES

1. Lazrak F, Abourazzak FE, Elouzzani FE, Benzagmout M, Harzy T. A rare location of sacral tuberculosis: A report of three cases. *European Journal of Rheumatology*. 2014 Jun 17;49(88):78–80.
2. Dharmshaktu GS, Singhal A, Singh P. Isolated sacrum tuberculosis with presacral and paraspinal abscess: case report of a common disease at uncommon site. *International Journal of Research in Orthopaedics*. 2015 Dec 1;1(1):28.
3. Garg RK, Somvanshi DS. Spinal tuberculosis: A review. *The Journal of Spinal Cord Medicine*. 2011 Sep;34(5):440–54.
4. Kumar R, Chandra A. Gluteal abscess: A manifestation of Pott's spine. *Neurology India*. 2003; 51 (1) :87-88
5. Djaja YP, Phedy P, Silitonga J, Librianto D, Saleh I. Submuscular gluteal abscess: An unusual presentation of rare sacral tuberculosis. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2019;54:55–9.
6. Varatharajah S, Charles Y-P, Buy X, Walter A, Steib J-P. Update on the surgical management of Pott's disease. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*. 2014 Apr;100(2):233–9.
7. Alam MS, Khan AM, Farzana T, Salam MA, Talukder AR. Patient Profiles of Pott's Diseases: Experience of 50 Cases in a Tertiary Care Hospital in Dhaka City. *Journal of National Institute of Neurosciences Bangladesh*. 2016;2(2):48–50.
8. Rekha YB, Rao YP. Atypical sacral tuberculosis: A case report and review of treatment. *Journal of Dental and Medical Sciences*. 2013;10(1) :41-45
9. Osman W, Braiki M, Alaya Z, Mouelhi T, Nawar N, Ben Ayeche M. A Rare Case of Tuberculosis with Sacrococcygeal Involvement Mimicking a Neoplasm. *Case Reports in Orthopedics*. 2016;2016:1–5.
10. Punia VP, Kumar S. Atypical manifestation of sacral tuberculosis as caudaconus syndrome. *J Indian Acad Clin Med*. 2008;9:57–60.
11. Oniankitan O, Fiany E, Kakpovi K, Agoda-Koussema LK, Mijiyawa M. Sacrum Pott's disease: A rare location of spine tuberculosis. *The Egyptian Rheumatologist*. 2014 Oct;36(4):209–11.
12. Rajasekaran S, Soundararajan DCR, Shetty AP, Kanna RM. Spinal Tuberculosis: Current Concepts. *Global Spine Journal*. 2018 Dec;8(4_suppl):96S – 108S.
13. Araujo GCS d., Ferreira Junior D d. S, Escarso Junior L d. R, Gameiro VS. Spinal tuberculosis presenting with hip abscesses: a diagnostic challenge. *Case Reports*. 2014 Sep 24;2014(sep24 1):bcr2014205569–bcr2014205569.
14. Kouassi Kouamé JE, Loukou BY, Niaore JL, M'bra IK, Koffi LK, Grah FL, et al. Abscess froid dorsolombaire révélant un mal de Pott. *Pan African Medical Journal [Internet]*. 2017 [cited 2019 Jan 22];27. Available from: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/27/2/full/>
15. Tomar RPS, Gupta A, Wilkhoo NS, Bhalla PJS. Tubercular abscess following intramuscular injections. *Medical journal, Armed Forces India*. 2007;63(4):374.
16. Yoo JH, Kim EH, Song HS, Cha JG. A case of primary psoas abscess presenting as buttock abscess. *Journal of Orthopaedics and Traumatology*. 2009 Dec;10(4):207–10.
17. Boody BS, Tarazona DA, Vaccaro AR. Evaluation and Management of Pyogenic and Tubercular Spine Infections. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*. 2018 Dec;11(4):643–52.