

TUBERCULOME INTRAMEDULLAIRE CERVICAL A PROPOS D'UN CAS

BOUAZIZ M.¹, FEKNOUS S.¹, CHELGHOUM A.²

1 Service de Neurochirurgie

2 Service de Médecine Interne

CHU Annaba - Algérie

RESUME

Les lésions tuberculeuses au niveau du système nerveux central sont rares, et restent exceptionnelles au niveau intramédullaire. L'imagerie par résonance magnétique dans le diagnostic de tuberculome intramédullaire et le traitement médical spécifique sont d'un grand intérêt. Nous rapportons un cas de tuberculome cervical intramédullaire chez une jeune femme de 32 ans, secondaire à une localisation rachidienne, ayant entraîné un syndrome de compression médullaire lente. Le diagnostic de nature ayant été retenu sur un faisceau d'arguments à la fois clinique et surtout d'Imagerie, un traitement médical approprié a été instauré, sans recourir à la chirurgie et a permis d'obtenir une guérison totale.

Mots clés : Tuberculome, Mœlle épinière, Compression médullaire.

INTRODUCTION

La tuberculose représente un problème de santé public dans les pays en voie de développement lié à la résistance au traitement dans certaines formes et une recrudescence dans les pays développés devant l'évolution du SIDA [1, 2, 3].

La localisation au niveau du système nerveux central est rare, son incidence est de 0,5 à 2% des patients ayant une tuberculose systémique. Elle est exceptionnelle des au niveau de la moelle épinière [4].

La localisation cérébrale des tuberculomes reste de loin la plus fréquente [3, 4]. Le ratio entre la localisation intramédullaire et intracrânienne est de 1/42 [5]. Autrefois cette lésion était l'apanage de l'enfant, actuellement, elle ne touche pratiquement que l'adulte [6].

Le tuberculome secondaire à un mal de pott n'a pas été décrit dans la littérature récente. La symptomatologie clinique est dominée par une irritation type centrale. L'I.R.M permet de faire un bilan lésionnel complet, préciser les caractéristiques aussi bien de la lésion intramédullaire que la

lésion rachidienne permettant ainsi une approche diagnostic. Si le traitement médical est toujours indiqué, le traitement chirurgical reste très discuté [6, 7].

L'évolution est fonction des troubles neurologiques. Nous rapportons un cas tuberculome secondaire à un mal de pott. La clinique, la radiologie et le traitement sont discutés.

OBSERVATION

Il s'agit d'une femme âgée de 32 ans, sans antécédents particuliers et sans de notion de contag tuberculeux.

L'histoire clinique remonte à 2 mois marquée par l'installation de douleurs lombaires devenant de plus en plus intenses au moindre mouvement, suivie d'une claudication médullaire intermittente avec réduction du périmètre de marche à 50 mètres, une fièvre surtout nocturne et une asthénie.

A l'examen clinique, la patiente, en bon état général, présentait un syndrome rachidien fait de contracture des muscles paravertébraux avec raideur lombaire, et une

discrète paraparésie avec Babinski bilatéral, sans troubles génito-sphinctériens. Il n'existe pas d'atteinte sensitive.

L'examen pleuro pulmonaire, des aires ganglionnaires et des autres appareils étaient sans particularité.

L'I.R.M médullaire a mis en évidence un processus intramédullaire régulièrement arrondi de 4mm de diamètre environ d'intensité régulière en regard de C6-C7 donnant un élargissement de la moelle à ce niveau (Fig.1), hyperintense en T1 et isointense en T2 avec œdème intramédullaire donnant un hypersignal intramédullaire de part et d'autre de la lésion non rehaussé par le produit de contraste (Fig. 2).



Fig.1 IRM cervicale : coupe sagittale en T1 après injection de gadolinium. Lésion intramédullaire hyperintense en regard de C6-C7.



Fig. 2 IRM cervicale : coupe sagittale en T2. Lésion intramédullaire isointense en regard de C6-C7 avec un œdème médullaire important.

D'autre part, il existe une atteinte de L1 avec une destruction du corps vertébral sans lésion des disques sus et sous jacent et un abcès intracanalair comprimant le cône terminal (Fig. 3).



Fig. 3 IRM Lombar : coupe sagittale en T1. Destruction du corps de L1 avec abcès comprimant en antérieur le cône terminal de la moelle.

L'I.D.R est revenue négative et la biologie a montré un syndrome inflammatoire avec une V.S élevée à 100 la première heure et 105 la deuxième heure, la formule de numération sanguine était normale. Le test HIV est négatif. Les examens cliniques et radiographiques pulmonaires étaient normaux.

Des tentatives de ponction scanno-guidée ont été réalisées mais avec un résultat infructueux.

Sur ces données cliniques et radiologiques, le diagnostic d'affection tuberculeuse est retenu.

Un traitement médical a été instauré selon le programme national de lutte antituberculeuse incluant :

- Rifampicine (R) à 10 mg/kg,
- Isoniaside (H) à 5 mg/kg,
- Pyriminazide (Z) à 25 mg/kg
- Et Ethambutol (E) à 15mg/kg.

Le protocole s'est étalé sur une période totale de six mois, scindée en deux phases :

- Deux mois en HRZE, en prise unique quotidienne le matin.
- Quatre mois en RH.

L'évolution a été favorable, avec guérison totale et disparition du tuberculome (Fig. 4 a, b) et des abcès pottiques.



Fig 4 (a, b). IRM cervicale : coupe sagittale en T1 et en T2. Disparition de la lésion intramédullaire.

Une angulation thoraco-lombaire persiste sans conséquence neurologique (Fig. 5).



Fig 5. IRM Lombar: coupe sagittale en T1. Disparition des abcès pottiques, persistance de l'angulation du rachis.

DISCUSSION

Le tuberculome intramédullaire (TIM) est exceptionnelle [5, 8]. Ratliff JK et Connelly ont rapporté 148 cas publiés dans la littérature mondiale jusqu'en 1998 [3]. La fréquence des TIM paraît être calquée sur les localisations systémiques, elles représentent 2 cas sur 100 000 tuberculose et 2 sur 1 000 compression médullaire d'origine tuberculeuse [4, 5, 6, 9]. Si auparavant, le tuberculome touchait préférentiellement les enfants, surtout de sexe masculin, actuellement il touche actuellement beaucoup plus le sujet adulte de sexe féminin. Dans une revue de la littérature faite par MacDonnell AH et coll portant sur 17 cas de TIM, les femmes sont plus touchées que les hommes et l'âge moyen est de 28,6 ans. La localisation pulmonaire associée est présente dans plus de la moitié des cas [5]. La contamination peut se faire par dissémination hématogène d'une tuberculose systémique ou par extension de voisinage d'une tuberculose méningée ou vertébrale [10]. Toutes les localisations médullaires sont possibles, mais la localisation thoracique a été décrite comme prédominante [7, 11, 12].

Certains terrains particuliers ont été retrouvés, notamment l'infection au VIH, une maladie auto-immune telle que le lupus érythémateux disséminé, patient sous immunosuppresseurs surtout après des actes de transplantations.

La symptomatologie neurologique n'est pas spécifique ; le tableau de compression médullaire lente prédomine avec les signes d'imprégnation tuberculeuse associés. D'autres formes cliniques ont été rapportées tel qu'un syndrome de Brown-Séquard ou des épisodes de paraplégies isolées. Les autres localisations tuberculeuses associées permettent parfois de suspecter le diagnostic [13].

L'IRM médullaire est le seul examen diagnostique de référence permettant de faire un bilan lésionnel correcte [4]. Différents aspects sont observés en fonction de l'âge du tuberculome et de son degré de caséification. L'aspect le plus fréquent est celui d'une grosse moelle en iso ou léger hyposignal en T1 et hypersignal en T2. Cet aspect change après injection de gadolinium en fonction du stade évolutif du tuberculome

avec hyposignal homogène au stade initial inflammatoire, hypersignal en cocarde dans un second temps [4,9]. Le diagnostic différentiel peut se poser avec un épéndymome, un astrocytome ou un abcès. L'aspect caractéristique d'une formation en anneau hypointense en T1 et isointense en T2 entourant la lésion et rehaussé par le produit de contraste a été rapporté dans la quasi-totalité des dernières publications. La double localisation des tuberculomes a été rapportée dans quelques rares cas [10].

La confirmation diagnostique est obtenue par l'étude histologique et/ou bactériologique du prélèvement réalisé chirurgicalement ou par ponction scanno-guidée lors d'un mal de pott associé [5,8]. Il peut-être évoqué devant un faisceau d'arguments cliniques et radiologiques ainsi qu'en réponse au traitement anti-bacillaire.

La thérapeutique ne répond à aucun consensus. La chirurgie reste très discutée et garde comme indications une visée diagnostique et décompressive, notamment en cas d'épidurite associée. L'exérèse totale reste difficile et sans grand intérêt, voire même compromettante pour le pronostic fonctionnel, surtout quand le contexte est évocateur d'un TIM. Seul 65 % ont présenté un rétablissement après résection [5, 8, 10].

Le traitement médical semble donner de meilleurs résultats même en absence d'un geste chirurgical, comme le montre notre cas. Il est instauré selon le programme de lutte anti-tuberculeuse selon un régime de six mois 2 RHZE / 4 RH. Upadhyay et coll ont comparé des régimes thérapeutiques de 6, 9, et 18 mois chez des patients présentant un mal de pott opéré, le schéma de 6 mois donne le même résultat que ceux de 9 ou 18 mois. Certains experts de l'OMS recommandent 7 mois de traitement d'entretien. Cependant, la précocité diagnostique, le statut immuno-logique sous jacent, pourraient jouer un rôle dans le pronostic fonctionnel de ces patients [13, 14].

CONCLUSION

Le TIM reste une lésion extrêmement rare, se voit sur des terrains particuliers d'immunodépression et de tuberculose multifocale.

Le nombre de ces lésions est susceptible d'augmenter aussi bien dans les pays en voie de développement que dans les pays développés. L'IRM est l'examen clé. Dans les pays endémique, le diagnostic peut-être retenu sur un faisceau d'arguments cliniques et radiologiques.

Le pronostic vital peut être compromis en absence de traitement. Le pronostic fonctionnel demeure menacé en cas de troubles neurologiques malgré le traitement médical ou médico-chirurgical bien conduit.

RÉFÉRENCES :

- [1] MELHAM ER, WAY H. Intramedullary spinal cord tuberculoma in a patient with AIDS. *AJNR* 1992 ; 13 : 986-988.
- [2] GALLANT JE, MUELLER PS, MC ARTHUR JC. Intramedullary tuberculoma in a patient with H.I.V infection. *AIDS* 1992 ; 6 : 889 - 891.
- [3] RATLIFF JK, CONNOLLY ES. Intramedullary tuberculoma of the spinal cord. Case report and review of literature. *Journal Neurosurg* 1999 ; 90 (1 suppl) : 125 - 128.
- [4] KIOUMEHR F, DADSTEN MR, ROOHOLAMINI SA. Central nervous system tuberculosis : M.R.I. *Neuroradiology* 1994 ; 36 : 93-96.
- [5] MC DONNELL A, BAIRD W, BRONZE MS. Intramedullary tuberculoma of the spinal cord : case report and review. *Rev Infect Dis* 1990 ; 12 : 432-439.
- [6] Citow JS, Ammratti M. Intramedullary tuberculoma of the spinal cord : case report. *Neurosurgery* 1994 ; 35: 327-330.
- [7] VUKUSIC S, HERNEHC D, SINDOV M, TRILLET M, AIWARD VIGHEHO A. Tuberculome intramedullaire. *Rev Neurol* 1998 ; 154 : 535-538.
- [8] SHARMA MC, ARORA R, DEOL PS, MAHAPATRA AK, SINHA SARKAR. Intramedullary tuberculoma of the spinal cord : a series of 10 cases. *Clin Neurol Neurosurg.* 2002 Sep ; 104 (4) : 279-84.

- [9] SANCHEZ-RERNAUTER R, BERCIACIANO J, REBOLLO M. Intramedullary tuberculoma of the spinal cord with syringomyelia. *Neuroradiology* 1996 ; 38 (suppl) : 105-106.
- [10] IBAHIOIN K, EL MALKI M, CHELAOUI A, BERTAL A ET COLL. Les tuberculomes intramedullaires à propos de 5 cas. *Neurochirurgie*, 2004, 50:527-532.
- [11] TORII H, TAKAHASHI T, SHIMIZU H, WATANABE M, TOMINAGA T. Intramedullary spinal tuberculoma: case report. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 2004 May ; 44 (5) : 266-8.
- [12] MIYAMOTO J, SASAJIMA H, OWADA K, ODAKE G, MINEURA. Spinal intramedullary tuberculoma requiring surgical treatment-case report. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 2003 Nov ; 43 (11) : 567-71.
- [13] UPADHYAY SS, SAJI MJ, YAU A C. Duration of antituberculosis chemotherapy in junction with radical surgery in the management of spinal tuberculosis. *Spine* 1996 ; 21 : 1898-1903.
- [14] MAHER D, CHAULET P, SPINACI HARRIES A. Le traitement de la tuberculose: principes à l'intention des programmes nationaux. Programme mondial de Lutte contre la Tuberculose Organisation mondiale de la Santé Genève (Suisse). Organisation mondiale de la Santé 1997 : 25-31.