



CAS CLINIQUE

Cervicalgies chez une enfant : cas exceptionnel d'une actinomycose vertébrale

A child with vertebral pain: An exceptional case report of vertebral actinomycosis

B. Dervaux^{*}, R. Buscot, C. Guery, J. Crepieux, R. Coche

Service des urgences—SMUR, pôle urgence, centre hospitalier de Douai, route de Cambrai, BP 740, 59507 Douai cedex, France

Accepté le 17 juin 2008

Disponible sur Internet le 14 septembre 2008

MOTS CLÉS

Spondylodiscite ;
Actinomycose

KEYWORDS

Vertebral osteomyelitis;
Actinomycosis

Résumé

Introduction. — L'actinomycose est méconnue et rarement décrite chez l'enfant ; l'atteinte osseuse et notamment vertébrale dans cette pathologie est exceptionnelle.

Cas clinique. — Nous rapportons le cas d'une enfant de neuf ans, venue consulter aux urgences pour des douleurs cervicales persistantes et chez qui le diagnostic de spondylodiscite secondaire à une actinomycose a été posé grâce à l'examen anatomopathologique de biopsies cutanées et osseuses. Un traitement prolongé par pénicilline a permis une évolution favorable de la symptomatologie.

Conclusion. — À travers ce cas, les principales caractéristiques de l'actinomycose sont rappelées.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Introduction. — Actinomycosis is an unknown disease and rarely affects children. The affected bones, especially vertebral, are exceptional in this pathology.

Case report. — We report the case of a nine-year-old child who came to the emergency room because of persistent cervical pain, and for whom the diagnosis of spondylitis secondary to actinomycosis had been detected following an anatomopathological exam of the skin and bone biopsies. Long-lasting penicillin M allowed complete cure of the symptoms.

Conclusion. — This case allowed us to describe the principal features of this unusual infectious disease.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

^{*} Auteur correspondant.

Adresse e-mail : benjamin.dervaux@ch-douai.fr (B. Dervaux).

1. Observation

Une fillette de neuf ans, dernière d'une fratrie de six enfants, est amenée par ses parents aux urgences pour l'apparition progressive de douleurs dorsales hautes et cervicales basses. Il n'existe aucun antécédent, les vaccinations sont à jour. Le BCG a été réalisé à la naissance sans contrôle ultérieur de l'immunité. L'interrogatoire des parents retrouve une symptomatologie d'apparition très progressive, sur trois mois, avec des douleurs cervicales intermittentes, aggravées trois semaines avant son admission aux urgences. Les parents nous signalent également la présence d'un état fébrile avec sueurs nocturnes.

L'examen clinique aux urgences met en évidence une enfant pâle, asthénique. On observe un empâtement latéro-cervical et une tuméfaction cervicale basse, fistulisée à la peau, chez une enfant apyrétique présentant un torticolis gauche antalgique, partiellement réductible. L'examen neurologique ne retrouve ni déficit sensitivomoteur, ni névralgie cervicobrachiale. Les aires ganglionnaires sont libres, il n'existe pas d'hépatosplénomégalie. L'auscultation cardiopulmonaire est sans particularité.

Le bilan biologique réalisé aux urgences met en évidence un syndrome inflammatoire :

- globules blancs (GB) : 23 300 par millimètre cube ;
- polynucléaires neutrophiles : 18 173 par millimètre cube ;
- CRP : 132 mg/L ;
- plaquettes : 935 000 par millimètre cube.

On observe également une anémie microcytaire :

- hémoglobine : 7,5 g/dL ;
- volume globulaire moyen : 65 μm^3 .

La radiographie de thorax (Fig. 1) montre la présence d'un syndrome alvéolaire avec condensation des deux apex pulmonaires. L'index cardiothoracique est de taille normale, les culs-de-sac pleuraux sont libres.

Un scanner (Fig. 2) et une IRM du rachis cervicodorsal (Fig. 3) sont alors réalisés. On retrouve une spondylodiscite

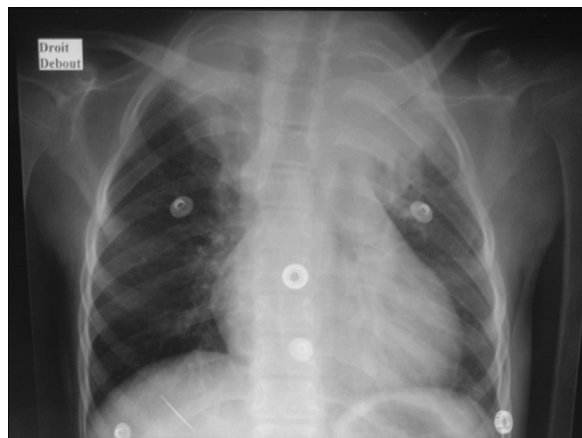


Figure 1 Radiographie pulmonaire de face : opacités alvéolaires non systématisées.



Figure 2 Scanner, coupes axiales : atteintes alvéolaires pneumoniques non systématisées, atteinte des corps vertébraux.



Figure 3 IRM séquence T2 STIR, reconstruction sagittale.

multiétagée de C5 à D5, associée à une épidurite antérieure et postérieure allant de C6 à D5. On observe également une atteinte abcédée des parties molles, avec atteinte parenchymateuse pulmonaire des deux apex.

Par la suite, la réalisation d'une biopsie au bloc opératoire objective au niveau du tissu sous-cutané des foyers de nécrose suppurés. Les germes retrouvés sont basophiles, formant des expansions radiées plus larges en périphérie. Ils sont colorés par le PAS et la technique de Gram, mais ne sont pas colorés par la technique de Ziehl, évoquant une actinomycose et l'absence d'éléments en faveur de mycobactéries. Les prélèvements osseux et cutanés retrouvent un aspect de fibrose et d'inflammation chronique.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2765929>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2765929>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)