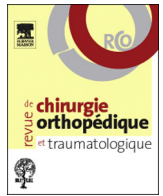




Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Mise au point

Traitement chirurgical actuel du mal de Pott[☆]

Update on the surgical management of Pott's disease

S. Varatharajah^{a,c}, Y.-P. Charles^{a,*,c}, X. Buy^{b,c}, A. Walter^{a,c}, J.-P. Steib^{a,c}

^a Service de chirurgie du rachis, hôpitaux universitaires de Strasbourg, 1, place de l'Hôpital, BP 426, 67091 Strasbourg cedex, France

^b Service de radiologie interventionnelle, hôpitaux universitaires de Strasbourg, 1, place de l'Hôpital, BP 426, 67091 Strasbourg cedex, France

^c Fédération de médecine translationnelle de Strasbourg (FMTS), université de Strasbourg, 4, rue Blaise-Pascal, 67400 Strasbourg, France



INFORMARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 7 octobre 2013

Mots clés :

Mal de Pott

Tuberculose spinale

Abcès

Cyphose

Traitement chirurgical

Spondylarthrite

RÉSUMÉ

La tuberculose est une maladie qui concerne un tiers de la population mondiale. Depuis 2011, on note un premier recul à l'échelle globale malgré la disparité interrégionale et l'augmentation des résistances aux traitements médicamenteux. L'atteinte rachidienne, le mal de Pott, représente la moitié des tuberculoses ostéo-articulaires. Le traitement médical s'accompagne d'un temps chirurgical devant un tableau de compression médullaire ou radiculaire, devant un abcès volumineux et devant une ostéolyse importante de la colonne antérieure entraînant une cyphose et une instabilité. L'abord antérieur permet un meilleur débridement et la réalisation d'une bonne fusion osseuse. L'ostéosynthèse postérieure quant à elle est la plus adaptée pour réduire et maintenir à long terme l'équilibre sagittal. De nouvelles possibilités combinent les techniques chirurgicales classiques, le drainage et la décompression médullaire à foyer fermé en radiologie interventionnelle ou utilisent l'ostéosynthèse percutanée.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Les localisations osseuses et articulaires de la maladie tuberculeuse restent rares : 1 à 3 % des tuberculoses [1,2]. Leur incidence évolue en parallèle de la tuberculose en général. Le dernier rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de lutte mondiale contre la tuberculose montre pour la première fois un recul de la maladie [3]. Un second rapport de « Surveillance et suivi de la tuberculose en Europe 2012 » constate la même évolution [4].

L'atteinte rachidienne, le mal de Pott, constitue la moitié des tuberculoses ostéo-articulaires [1]. L'inoculation vertébrale survient par voie hématogène et le processus s'étend au disque intervertébral, voire à la vertèbre adjacente. Des abcès paravertébraux peuvent se développer à partir de cette atteinte. La localisation est souvent thoracique [5]. La douleur est le point d'appel clinique le plus fréquent, mais la paucisymptomatologie et l'absence de spécificité radiologique au début de l'infection explique le diagnostic souvent tardif. Ce dernier est toutefois facilité par la tomodensitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance

magnétique (IRM), et confirmé par la présence de bacille de Koch dans les prélèvements pulmonaires, dans le liquide de ponction d'abcès ou par la biopsie osseuse.

Le traitement est généralement médical : quadrithérapie anti-tuberculeuse et corset. Il existe néanmoins deux situations pouvant nécessiter un traitement chirurgical : l'effondrement de l'équilibre sagittal du rachis suite à une ostéolyse importante ainsi que l'extension majeure de l'abcès dans les structures périvertebrales et le canal. Hodgson et al. [6] ont décrit en 1960 la prise en charge chirurgicale du mal de Pott pour les lésions cervicales, thoraciques et lombaires sur 412 patients. L'abord antérieur avec débridement était considéré comme fondamental. Les modalités de traitements chirurgicaux actuels ont en partie conservé ce principe. Néanmoins, elles ont fortement évolué ces dernières années avec les techniques d'ostéosynthèse à foyer ouvert associées à un traitement antituberculeux, l'arrivée de l'ostéosynthèse percutanée et le développement de la radiologie interventionnelle.

Le but de ce travail est de revoir l'épidémiologie récente, les critères diagnostiques, la prise en charge médicale et chirurgicale de la pathologie du mal de Pott.

2. Épidémiologie

Après la constante progression de la maladie tuberculeuse ces dernières années, le rapport de l'OMS de 2011 se démarque par une stabilisation du nombre de nouveaux cas dépistés. En 2010, l'incidence de la tuberculose était de 8,8 millions et le taux de

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2013.09.013>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : yann.philippe.charles@chru-strasbourg.fr (Y.-P. Charles).

mortalité de 1,4 millions. Entre 1990 et 2010, le taux de mortalité lié à la tuberculose a néanmoins chuté de 40% [2,7].

Il persiste de grandes variabilités régionales. En Europe, les critères de disparité actuels sont : le VIH/sida, la paupérisation, l'inégalité des moyens alloués par les gouvernements aux structures de lutte contre la tuberculose, le développement de la résistance du bacille de Koch aux médicaments antituberculeux, les migrations de population à partir des pays à haute prévalence. La France reste un pays à faible incidence mais avec quelques zones et certains groupes de population plus exposés : les cas de tuberculose se concentrent souvent dans les grandes villes et les populations les plus atteintes sont les toxicomanes par voie intraveineuse, les sans-abri et les migrants [8–10].

Basée sur la détection du bacille de Koch dans le crachat des malades, le test de dépistage actuel utilisé dans le plan OMS « Halte à la tuberculose » ne permet de détecter que les personnes présentant une forme pulmonaire de la maladie. On estime qu'un tiers de la population mondiale est porteur. La stratégie de traitement de courte durée sous surveillance directe consiste, en cas de découverte du bacille de Koch, à administrer au quotidien les médicaments antituberculeux sous la surveillance directe du personnel médical. On comprend aussi aisément les limites des politiques de lutte contre la maladie à l'échelle mondiale lorsque l'atteinte est extrapulmonaire. Le premier problème des atteintes rachidiennes de la tuberculose reste avant tout le retard de diagnostic [11,12].

3. Diagnostic

En France, on pratique toujours l'intradermoréaction (IDR) à la tuberculine pour le diagnostic d'infection latente. Chez les personnes vaccinées par le vaccin Bilié de Calmette et Guérin (BCG), présentant une réaction positive, on a recouru aux tests *in vitro* sur des prélèvements veineux à la recherche de l'interféron gamma sécrété par les lymphocytes T infectés. La Haute Autorité de santé (HAS) reconnaît cet examen dans le diagnostic des formes extrapulmonaires de la tuberculose maladie en remplacement de l'IDR. Par ailleurs, la recherche de bacille de Koch à l'examen microscopique direct (crachats, tubages gastriques chez l'enfant en particulier, prélèvements de l'abcès, urines) aide à poser le diagnostic. Les techniques de biologie moléculaire restent des moyens complémentaires lors d'une forte suspicion de tuberculose clinique et ne sont pas à réaliser de manière systématique du fait de sensibilités et spécificités inférieures au *gold standard* qu'est la mise en culture [13]. Il convient d'y associer un examen histologique lors de tout prélèvement, à la recherche d'un granulome épithélioïde et géantocellulaire [14–16].

Les lésions évocatrices du mal de Pott sont l'ostéolyse des corps vertébraux ainsi que la cyphose secondaire à la destruction osseuse. Ces lésions sont appréciées sur des radiographies de profil debout et analysés en détail par TDM (Fig. 1). Actuellement, l'IRM présente la meilleure sensibilité avec une spécificité satisfaisante dans l'atteinte rachidienne [17], car les séquences T2 STIR peuvent détecter de manière précoce l'œdème inflammatoire. Par ailleurs, l'IRM permet de visualiser l'étendue de l'abcès ainsi que l'atteinte médullaire (Fig. 2), pouvant être mise en évidence avant son expression clinique. Le diagnostic d'infection, quand à lui, ne peut être posé par l'imagerie seule. Cependant, l'imagerie reste utile pour quantifier l'étendue des lésions, pour guider les prélèvements permettant d'identifier le germe, et pour orienter le traitement du mal de Pott par la suite.

4. Traitement médical

Le traitement médical de la tuberculose doit être rigoureusement suivi pour prévenir les souches multi-résistantes. L'Europe

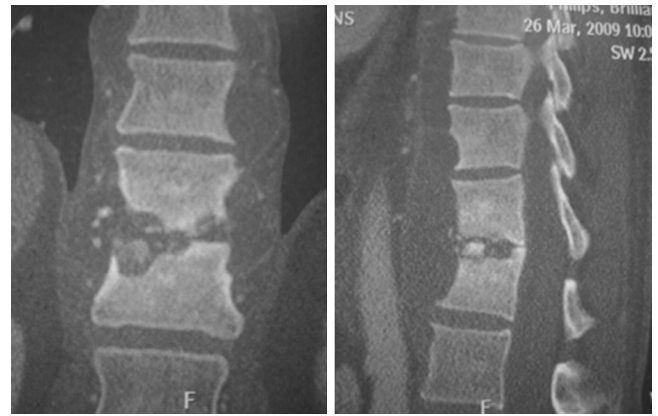


Fig. 1. TDM en coupes frontale et sagittale montrant l'ostéolyse chez un patient de 40 ans présentant un mal de Pott en T11-T12.

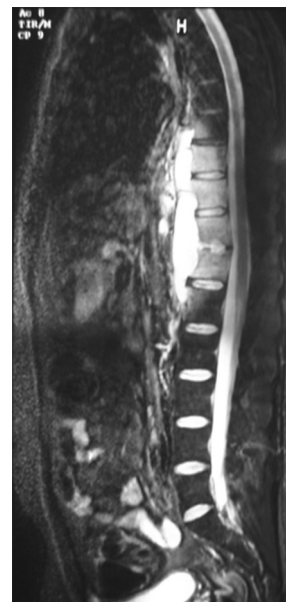


Fig. 2. IRM en coupe sagittale T2 STIR montrant l'abcès rétro-aortique T8-L2 (même patient qu'en Fig. 1).

se place entre 2005 et 2010 parmi les plus faibles taux de réussite thérapeutique pour les territoires les plus touchés, 69% chez les nouveaux patients et 48% chez les patients précédemment traités [18]. Le schéma reste la quadrithérapie les deux premiers mois avec :

- isoniazide 5–15 mg/kg ;
- rifampicine 10–20 mg/kg ;
- ethambutol 15–25 mg/kg ;
- pyrazinamide 30–40 mg/kg.

Les quatre mois suivants, on procède à une bithérapie par isoniazide et rifampicine. Les fluoroquinolones restent une alternative en première ligne. Dans les dernières recommandations, le traitement médical d'un mal de Pott correspond à celui de l'atteinte pulmonaire (étendu à un an chez les enfants selon l'OMS en 2010). Devant des signes cliniques, biologiques et radiologiques en faveur de la persistance d'une activité inflammatoire, les soignants l'étendent au-delà, favorisant un régime de neuf mois pour la plupart [16,19,20].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4090900>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4090900>

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