



Cas clinique

Abcès rétropharyngé révélant un mal de Pott cervical : à propos d'un cas

About a case of retropharyngeal abscess revealing cervical Pott's disease

M Fofana², A Keita¹, I Diallo¹, MMR Diallo¹, M Keita¹, MA Diallo¹, A Camara¹, G Camara¹, S Sacko¹

Résumé

Nous rapportons un cas de Mal de Pott cervical révélé par un abcès parapharyngé chez un jeune homme de 23 ans, reçu en urgence pour tuméfaction latérocervicale droite, douloureuse fluctuante associée à une dysphagie, fièvre vespérale évoluant depuis 3 semaines. L'examen a retrouvé un trismus de 2 cm qui nous a permis d'apercevoir difficilement une voussure rétropharyngée. Le scanner cervical a mis en évidence une collection de densité liquidienne cervicale avec lyse des vertèbres cervicales C2-C5. Une incision drainage sous anesthésie générale par voie combinée cervicale et oropharyngée fût réalisée associée à une antibiothérapie non spécifique par voie générale. Sans suite favorable l'IDR à la tuberculine fut réalisée et qui était de 24 mm et évoquant un Mal de Pott puis le patient était mis sous antituberculeux ayant prouvé leurs efficacités dans les 5 mois qui ont suivi son traitement par la rémission de la symptomatologie et de la masse. Le retard du diagnostic du Mal de Pott est lié à la latence clinique et à un mode de révélation parfois trompeur au stade de début.

L'abcès rétropharyngé est souvent rapporté comme révélateur du Mal de Pott. Le diagnostic est confirmé par l'isolement des bacilles acido-alcool-résistants (BAAR).

Mots clés : Mal de Pott cervical, Abcès rétropharyngé, tuberculose, prise en charge.

Abstract

We report a case of cervical Pott's disease revealed by a parapharyngeal abscess. In a 23-year-old man, received urgently for right lateral erectocervical swelling, fluctuating pain, dysphagia, evening fever. Evolving since 3 weeks. The examination found a trismus of 2 cm which allowed us to perceive with difficulty a retropharyngeal arch. The cervical scanner revealed a collection of cervical fluid density with lysis of C2-C5 cervical vertebrae. A drainage incision under general cervical and oropharyngeal combined anesthesia was performed combined with non-specific antibiotic therapy by the general route. Without success, the tuberculosis IDR was carried out and which was 24 mm and concluded with Pott's disease and he was subjected to antituberculous drugs which proved effective in the 5 months

following his treatment by the cure of the symptomatology and mass. The delayed diagnosis of Pott's Mal is related to clinical latency and a sometimes misleading mode of revelation at the beginning stage. Retropharyngeal abscess is often reported as revealing of Pott's disease. The diagnosis is confirmed by the isolation of acid-fast bacilli (AFB).

Keywords: Cervical Pott's disease, Retropharyngeal abscess, tuberculosis, management

Introduction

Le Mal de Pott cervical est rare dans notre pratique soit 3 à 20% des atteintes ostéoarticulaires [1–6]. Les localisations thoraciques et lombaires sont bien plus fréquentes. L'abcès rétropharyngé est l'un des modes de révélation [7,8]. Nous rapportons un cas de Mal de Pott attoïdoascœdien révélé par un abcès rétropharyngé et rétrotylien très peu rapporté dans la littérature.

Cas clinique

Un jeune homme de 23 ans a été admis en urgence pour douleur cervicale, dysphagie et fièvre vespérale évoluant depuis 3 semaines. Au cours de cette période, il aurait bénéficié d'une automédication et un traitement traditionnel sans succès. À l'admission en plus de la tuméfaction rétropharyngée, on notait une tuméfaction latérocervicale droite douloureuse et fluctuante (Figure 1).



À l'examen général, on notait une fièvre à 38,5°C, une tension artérielle de 110/60 mmHg et fréquence cardiaque à 66 battement/mn. L'examen otorhinolaryngologie (ORL), notait un trismus serré de 2 cm, permettant difficilement d'apercevoir une voussure rétropharyngée étendue à la paroi latérale droite et la loge amygdalienne. Cette tuméfaction est recouverte d'une muqueuse inflammatoire non ulcérée.

Un scanner cérébral a été réalisé et qui a mis en évidence une collection de densité liquidienne cervicale avec lyse des vertèbres cervicales C2-C5.



Figure 1



Figure 2

La numération formule sanguine (NFS) montrait une hyperleucocytose (16 000 éléments/mm³), la CRP était à 20 mg/l (normal <6mg/l), la sérologie HIV était négative et une glycémie normale de 0,99 g/dl. Une incision drainage sous anesthésie générale par voie combinée cervicale et oropharyngée ramena 70 cm³ de pus. L'examen cytobactériologique direct et la culture n'isolaient aucun germe. Un traitement à base de Ceftriaxone (2g x 2/j) en intraveineuse directe et métronidazole 500 mg en perfusion à raison de 1,5 g/l en trois prises a été débuté. Au sixième jour d'hospitalisation, le patient présentait un torticolis et l'auscultation pulmonaire a retrouvé des râles crépitants à la base droite. Une intradermoréaction (IDR) à la tuberculine revenait positive à 24 mm.

La bactériologie suite à un prélèvement profond du pus mettait en évidence la présence de bacilles acido-alcool-résistant (BAAR) à l'examen direct après coloration de Ziehl. Une culture sur milieu de Lowenstein identifiant le BAAR. Une polychimiothérapie antituberculeuse a été instaurée avec un protocole initial associant l'Isoniazide (H) à la dose de 5 mg/kg par jour, la Rifampicine (R) à la dose de 10 mg/Kg/j et la Pyrazinamide (Z) à la dose de 25 mg/Kg/j pendant 4 mois. Puis une seconde phase de traitement associant la Rifampicine (R) et l'Isoniazide (H) pendant 6 mois.

L'évolution était favorable après cinq mois de traitement. On notait une bonne cicatrisation de la plaie de drainage et une reprise pondérale. Par ailleurs, on notait une légère raideur du cou avec limitation des mouvements de rotation qui a fait l'objet d'une kinésithérapie.

Discussion

La localisation du Mal de Pott à la jonction crano-cervicale est souvent rare, représente 0,3 à 1% de toute la localisation vertébrale. L'atteinte de l'articulation atloïdo-axoïdienne est exceptionnelle, représentant 0,3% des cas de tuberculoses rachidiennes. Cependant dans la zone d'endémie tuberculeuse (pays en développement d'Asie, d'Europe de l'Est et d'Afrique) [5]. Il est important d'évoquer ce diagnostic au stade de début.

Le délai de consultation long lié à la latence clinique est rapporté par plusieurs auteurs [1,2,5,9]. Il varie de trois semaines [9] à un an [5] avec une moyenne de 10,8 mois pour Lifeso [6] qui a une plus grande série : 12 cas de patients présentant un Mal de Pott se traduisant par un abcès rétropharyngé dans 57% des cas, pour

Pollard [7] et dans 83% de cas pour Lifeso [6]. L'abcès rétropharyngé isolé révélant un Mal de Pott est rarement rapporté. Diom [9] a décrit un cas en 2011 au Sénégal. Le Torticolis retrouvé chez la majorité des patients n'est pas spécifique pour l'orientation diagnostique [8,9]. La voussure oropharyngée peut être très discrète [8] ou plus bruyante, obstructive occasionnant un trismus, une dysphagie, une dysphonie et parfois une dyspnée [2,9,10]. Les symptômes généraux de la tuberculose (asthénie physique, fièvre, anorexie et l'amaigrissement) sont rarement rencontrés [1,2,9].

L'IDR à la tuberculine et les autres investigations biologiques (NFS, VS, CRP) ne sont pas toujours positives [1,9]. Le diagnostic du Mal de Pott n'est pas aisé dans notre contexte du fait de sa latence clinique. C'est l'examen bactériologique direct après coloration de Ziehl-Neelsen et la culture sur milieu de Lowenstein-tensen qui met en évidence le BAAR. Le bacille de Koch n'est pas toujours immédiatement isolé dans les prélèvements [2,9,11]. Cela explique le retard diagnostique, même en zone d'épidémie tuberculeuse, évoqué seulement après échec d'une antibiothérapie non spécifique.

L'histologie de la paroi de l'abcès ou d'une adénopathie retrouve un granulome épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose centrale qui est pathognomonique. L'imagerie est indispensable au diagnostic. Une radiographie standard du rachis peut objectiver les atteintes vertébrales [2,5,9,10]. La tomographie retrouve généralement, une lyse de la paroi antérieure des plateaux vertébraux et des collections multicloisonées hypodenses entourées d'une coque au niveau prévertébrale, rétro ou parapharyngée. L'IRM objective le plus souvent

une collection ayant un signal hypointense en T1 et hyperintense en T2 [1].

Les moyens et méthodes thérapeutiques sont multidisciplinaires. Ils font appel à une polychimiothérapie antituberculeuse et l'intervention, si nécessaire d'un anesthésiste, d'un spécialiste en ORL, d'un neurochirurgien. Les indications dépendent des situations rencontrées. L'intubation sous fibroscopie est utile en cas d'instabilité du rachis et évite la rupture de l'abcès [7]. Le traitement ORL passe par le drainage de l'abcès lorsque celui-ci est symptomatique. La kinésithérapie s'avère nécessaire pour vaincre la raideur.

Conclusion

Le retard du diagnostic du Mal de Pott est lié à la latence clinique et à un mode de révélation parfois trompeur au stade de début. L'abcès rétropharyngé est souvent rapporté comme révélateur du Mal de Pott. Il faut savoir l'évoquer en zone d'endémie. Le diagnostic est confirmé par l'isolement du BAAR mais la présomption est de règle devant tout faisceau d'argument en faveur. L'imagerie est d'un apport indéniable dans le diagnostic et le suivi sous traitement.

*Correspondance

Abdoulaye Keita
(abdoulayeorl@gmail.com)

Reçu: 29 Avril 2018 ; Accepté: 30 Mai, 2018; Publié: 11 Juin, 2018

¹Service ORL Hôpital National Donka, Conakry, Guinée

²Service ORL Hôpital Regional Kankan, Guinée

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

- [1] Benhammou A, Bencheikh R, Benbouzid M-A, Boulaich M, Essakali L, Kzadri M. Abcès rétropharyngés révélant un mal de Pott cervical. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2007;108(6):543-546.
- [2] Kooli H, Marreckchi M, Tiss M, Kooli M, Hajri H, Najeh D, et al. Les abcès froids parapharyngés sur spondylodiscite. *Presse Médicale*. 2001;30(1):19-21.
- [3] Attia M, Harnof S, Knoller N, Shacked I, Zibly Z, Bedrin L, et al. Cervical Pott's disease presenting as a retropharyngeal abscess. *Isr Med Assoc J*. 2004;6(7):438-439.
- [4] Wurtz R, Quader Z, Simon D, Langer B. Cervical tuberculous vertebral osteomyelitis: case report and discussion of the literature. *Clin Infect Dis*. 1993;16(6):806-808.
- [5] Al Soub H. Retropharyngeal abscess associated with tuberculosis of the cervical spine. *Tuber Lung Dis*. 1996;77(6):563-565.
- [6] Lifeso R. Atlanto-axial tuberculosis in adults. *Bone Jt J*. 1987;69(2):183-187.
- [7] Pollard BA, El-Beheiry H. Pott's disease with unstable cervical spine, retropharyngeal cold abscess and progressive airway obstruction. *Can J Anesth*. 1999;46(8):772-775.
- [8] Lescanne E, Bouetel V, Bakhos D, Pondaven S. Torticolis fébrile: le point de vue de l'ORL. *Réal Pédiatriques*. 2008;128:1-5.
- [9] Diom ES, Ndiaye C, Djafarou AB, Ndiaye IC, Faye PM, Tall A, et al. À propos d'un cas d'abcès parapharyngé révélant un mal de Pott cervical. *Ann Fr Oto-Rhino-Laryngol Pathol Cervico-Faciale*. 2011;128(3):169-172.
- [10] Carroll N, Bain RJ, Tseung MH, Edwards RH. Tuberculous retropharyngeal abscess producing respiratory obstruction. *Thorax*. 1989;44(7):599-600.
- [11] Fraile Rodrigo JJ, Hernandez Martin A, Ortiz Garcia AM. Absceso frio tuberculoso parafaringeo. Presentacion de caso clínico. *Acta Otorrinolaring Esp*. 1988;39:193-5.

Pour citer cet article:

Fofana Mamady Keita Abdoulaye, Diallo Ibrahima et al. Abcès rétropharyngé révélant un mal de Pott cervical : à propos d'un cas . *Jaccr Africa* 2018; 2(2): 251-254