

Abcès froid frontal révélant une tuberculose multifocale

Frontal cold abscess revealing multifocal tuberculosis

Bamba A¹, Gbané M¹, Djaha KJ-M¹, Traoré A², Coulibaly Y¹,
Kpami YNC¹, Coulibaly AK¹, Ouattara B¹, Diomandé M¹, Zannou V¹, Simo I¹, Eti E¹

1. Service de Rhumatologie du CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire
2. Service de Rhumatologie du CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : Dr BAMBA Aboubakar

Résumé

L'ostéite tuberculeuse de la voûte crânienne (os frontal) demeure exceptionnelle. Nous rapportons un cas d'abcès froid frontal révélant une ostéite frontale tuberculeuse associée à une atteinte neuro-méningée, une spondylodiscite et une miliare.

Mots clés : Abcès froid frontal - Ostéite de la voûte crânienne - Tuberculose multifocale

Summary

Tuberculous osteitis of the cranial vault (frontal bone) remains exceptional. We report a case of frontal cold abscess revealing tuberculous frontal osteitis associated with neuro-meningeal involvement, spondylodiscitis and miliary.

Keywords : Cold frontal abscess - Osteitis of the cranial vault - Multifocal tuberculosis.

Introduction

La tuberculose ostéoarticulaire représente 2 à 5 % de toutes les tuberculoses et 11 à 15 % des tuberculoses extra-pulmonaires [1-5]. L'atteinte rachidienne est la localisation la plus fréquente de la tuberculose ostéoarticulaire (TOA) [6, 7]. La localisation au niveau de la voûte du crâne est exceptionnelle [8, 9].

Nous rapportons un cas d'abcès froid frontal révélant une tuberculose multifocale (ostéite frontale associée à une atteinte neuro-méningée, une spondylodiscite et une miliaire tuberculeuse).

Observation

Un patient de 27 ans sans antécédent pathologique particulier présentait depuis environ 5 mois une tuméfaction frontale droite d'apparition spontanée ; cette tuméfaction était indolore augmentant rapidement de volume en 3 semaines. Cette symptomatologie était associée à

une lomboradiculalgie bilatérale chronique inflammatoire avec apparition récente (un mois avant son hospitalisation) de troubles génito-sphinctériens, de trouble de la marche et deux jours avant son admission d'une confusion avec propos incohérents. Le tout évoluant dans un contexte de fièvre vespéro-nocturne, d'hypersudation nocturne et d'altération de l'état général.

L'examen physique à l'admission mettait en évidence : une tuméfaction frontale droite, luisante de consistance molle sans signes locaux d'inflammation mesurant 5 cm de grand d'axe (figure 1) ; un trouble de la vigilance avec un score de Glasgow à 11 /15 ; une raideur méningée franche ; un syndrome rachidien lombaire avec présence d'une gibbosité lombaire ; une paraparésie à 3/5 avec vivacité des réflexes ostéotendineux aux membres inférieurs. L'examen pulmonaire était normal.



Figure 1 : Abcès frontal immédiatement après la mise à plat

Le bilan paraclinique retrouvait : une anémie normochrome normocytaire à 11g/dl ; un syndrome inflammatoire (une CRP élevée à 70 mg/l) ; une sérologie VIH négative. Le bilan rénal et hépatique était normal. La tomodensitométrie (TDM) cranio-encéphalique montrait un aspect d'ostéolyse frontale droite en regard de la tuméfaction avec un empyème sous dural et un œdème cérébral diffus (figure 2). La tomodensitométrie (TDM) du rachis lombaire

avait objectivé une spondylodiscite L3-L4 et L4-L5 (figure 3) avec fragment osseux intracanalair, une épидurite compressive et abcès calcifiés des muscles paravertébraux. La radiographie pulmonaire de face avait mis en évidence une image de miliaire. La mise à plat de la tuméfaction frontale effectuée avait permis d'objectiver un liquide purulent non malodorant avec la présence de Bacilles Acido-Alcoolo Résistants (BAAR) à la bactériologie.

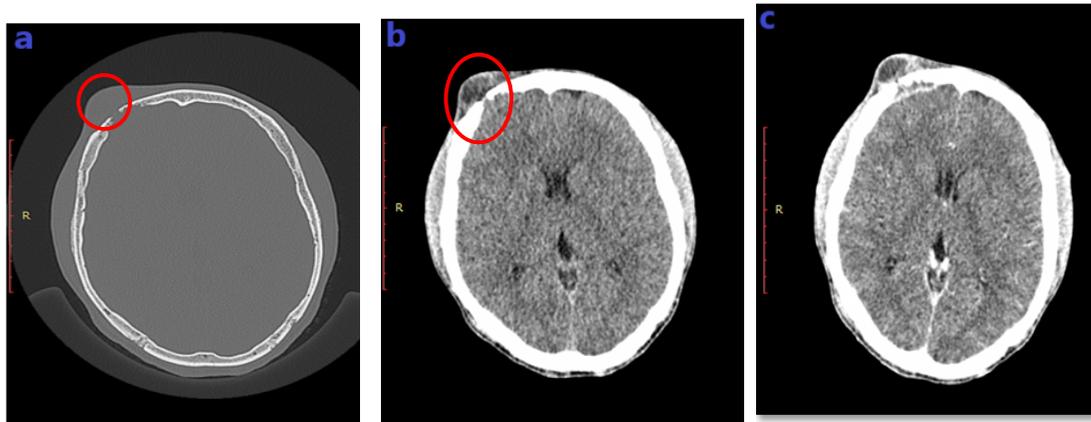


Figure 2. Tomodensitométrie cranio-encéphalique en fenêtre osseuse.

a : coupe axiale une lyse osseuse frontale droite ;

b et c : fenêtres parenchymateuses montrant un empyème sous dural frontal.



Figure 3 : Tomodensitométrie du rachis lombaire : fenêtre osseuse, coupe sagittale a ; fenêtre parenchymateuse, coupe sagittale b et axiale c : spondylodiscite L3-L4, L4-L5, fragment osseux intra canalaire, épidurite et abcès paravertébraux.

Le diagnostic de tuberculose multifocale associant une ostéite frontale, une atteinte neuro-méningée, pulmonaire et un mal de POTT avait été retenu.

Un traitement fait d'antituberculeux (Rifampicine, Isoniazide, Ethambutol, Pyrazinamide) et d'une corticothérapie avait été institué. Une chirurgie de décompression rachidienne avait été indiquée également mais non réalisée du fait des difficultés financières annoncées par le patient.

L'évolution sous traitement antituberculeux avait été marquée par la régression des signes neurologiques avec normalisation de l'état de vigilance, la disparition de la raideur méningée, de la paraparésie et de la fièvre après 3 semaines. La cicatrisation de la plaie secondaire à la mise à plat de l'abcès frontal survenait après 2 mois de suivi.

Discussion

L'ostéite tuberculeuse de la voûte crânienne est rare, elle représente 0,2 à 1,3 % des tuberculoses osseuses [8, 9, 10, 11] et dans une étude menée dans notre service de 2005 à 2014 sur la tuberculose ostéoarticulaire extra vertébrale, l'ostéite des os plats représentait 06,1% et on ne notait pas d'atteinte crânienne [12]. Cette rareté s'expliquerait par la faible vascularisation de la voûte crânienne [13]. Les atteintes frontales et pariétales, riches en diploé, sont décrites par de nombreux auteurs comme les localisations les plus fréquentes, suivies par l'atteinte occipitale [13].

L'extension méningo-encéphalique est exceptionnelle et se retrouverait dans moins de 5% des cas [14]. Le retard au diagnostic, pourrait expliquer la complication neuro-méningée observée chez notre patient.

Le diagnostic de notre patient a été posé par la mise en évidence du Bacille Acido-Alcool

Résistant à la bactériologie du liquide de ponction de la tuméfaction du front.

Le diagnostic de certitude d'une tuberculose ostéo-articulaire repose sur la mise en évidence de la bactérie (Bacille de Koch) sur différents prélèvements : le liquide de ponction articulaire, la biopsie synoviale, le liquide d'abcès, la ponction-biopsie osseuse au trocart ou biopsie chirurgicale. Ce diagnostic de certitude pouvant être fait soit par : une analyse bactériologique par un examen direct après coloration de Ziehl-Neelsen ou coloration à l'auramine (recherche de BAAR) ; ou par culture (milieu solide de Loewenstein Jensen ou milieu liquide de Bactec) avec antibiogramme. Soit par un examen anatomopathologique avec mise en évidence d'un granulome épithélioïde et géantocellulaire avec nécrose caséeuse. Soit par la biologie moléculaire avec mise en évidence d'ADN mycobactérien par la méthode de polymérase chain reaction (PCR)

Notre patient a eu un traitement fait d'antituberculeux Rifampicine, Isoniazide, Ethambutol, Pyrazinamide (RHZE). Le traitement de la TOA reste médical associant une tri ou quadrithérapie anti-tuberculeuse [1]. Les médicaments les plus utilisés sont la rifampicine, l'isoniazide, la pyrazinamide et l'ethambutol [13]. La plupart des auteurs recommandent une durée minimale de 12 mois dans le traitement de la TOA [15-17].

Conclusion

La tuberculose frontale est une localisation osseuse rare cependant elle doit être évoquée devant tout abcès froid frontal. Le diagnostic de certitude se fait par les examens histologiques et bactériologiques. La bonne observance de traitement antituberculeux permet la guérison.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Pertuset E. Tuberculose ostéoarticulaire extravertébrale. *Revue du Rhumatisme*. 2006 ; 73(4) : 387-393
2. Annabi H, Abdelkafi M, Trabelsi M. La tuberculose ostéo-articulaire. *Tunisie Orthopédique*. 2008 ; 1 : 7-17
3. Houshian S, Poulsen S, Riegels-Nielsen P. Bone and joint tuberculosis in Denmark. Increase due to immigration. *Acta Orthop Scand* 2000, 71: 312-5
4. Monach PA, Daily JP, Rodriguez-Herrera G, Solomon DH. Tuberculous osteomyelitis presenting as shoulder pain. *J Rheumatol* 2003, 30: 851-6
5. Jutte PC, Van Loenhout-Rooyackers JH, Borgdorff MW, Van Horn JR. Increase of bone and joint tuberculosis in the Netherlands. *J Bone Joint Surg Br* 2004; 86-B: 901-4
6. Rajasekaran S, Dilip Chand Raja Soundararajan, Ajoy Prasad Shetty, Rishi Mugesh Kanna. Spinal Tuberculosis: Current Concepts. *Global Spine J*. 2018 Dec; 8(4 Suppl): 96S-108S
7. Mohammad R, Maryam M, Alexander RV, Kourosh KY, Vafa R-M. Spinal Tuberculosis: Diagnosis and Management. *Asian Spine J*. 2012 Dec; 6(4): 294-308
8. Strauss DC. Tuberculosis of the flat bones of vault of the skull. *Surg Gynecol Obstet* 1993; 57: 384-98
9. Tirona JP. The roentgenological and pathological aspects of tuberculosis of the skull. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1954; 72: 762-8
10. Ramdurg SR, Gupta DK, Suri A et al. Calvarial tuberculosis: uncommon manifestation of common disease--a series of 21 cases. *Br J Neurosurg* 2010; 24: 572-7
11. Haider M, Chachar AZK, Shafqat N, Zaheer W. A Case of Calvarial Tuberculosis in an Elderly Male Patient. *J Islamabad Med Dental Coll*. 2021; 10(1): 376-79
12. Gbané-Koné M, Koné S, Ouali B, Djaha KJ-M, Akoli EO, Nseng Nseng I, Eti E, Daboiko J-C, Touré SA, Kouakou NM. Tuberculose ostéoarticulaire (mal de Pott exclu) : à propos de 120 cas à Abidjan. *Pan African Medical Journal*. 2015 ; 21 : 279
13. Diyora B, Kumar R, Modgi R, Sharma A. Calvarial tuberculosis: a report of eleven patients. *Neurol India* 2009; 57: 607-12
14. Eschard JP, Leone J, Etienne JC. Tuberculose osseuse et articulaire des membres. *Ed techniques Encycl Med Chir* 1993 ; A10 : 14-185
15. Zliti M, Kassab MT. Spondylodiscites tuberculeuses (Mal de Pott). *Ency Méd Chir (Paris-France). Appareil locomoteur* 1988 ; 15852 : A10, 4
16. Bernard L, Perronne C. La tuberculose ostéoarticulaire aujourd'hui. *Presse Med* 1997 ; 26 : 308-10
17. Pertuset E, Beaudreuil J, Horowitzky A, Lioté F et al. Traitement de la tuberculose ostéo-articulaire, étude rétrospective de 143 cas chez l'adulte. *Rev Rhum* 1999 ; 6(1) : 26-31