

Spondylodiscite cervicale en milieu hospitalier à Lomé (Togo)

Cervical spondylodiscitis in hospital environment in Lomé (Togo)

Owonayo Oniankitan*, Kodjo Kakpovi*, Lama K. Agoda-Koussema**, Komi C. Tagbor*, Eyram Fianyo*, Prénom Houzou*, Viwalé ES. Koffi-Tessio*, Moustafa Mijiyawa*

* *Service de rhumatologie, CHU-Sylvanus Olympio de Lomé, Togo*

** *Servie de Radiologie, CHU-Sylvanus Olympio de Lomé, Togo*

RÉSUMÉ

Prérequis : Le rachis est un siège fréquent de l'infection mais l'atteinte du rachis cervical semble rare.

Objectif : Déterminer la fréquence et le profil sémiologique de la spondylodiscite cervicale au cours d'une consultation rhumatologique à Lomé (Togo).

Méthodes : Etude transversale menée sur 20 ans et portant sur les dossiers des patients admis en hospitalisation rhumatologique. Le diagnostic positif de spondylodiscite infectieuse a été radio-clinique. La présomption étiologique a reposé sur des arguments cliniques et épidémiologiques.

Résultats : Des 2881 patients examinés, 356 souffraient d'une spondylodiscite infectieuse dont 15 cervicales (huit hommes, sept femmes). Les 15 patients avaient en moyenne 37 ans au début de la maladie dont la durée moyenne d'évolution était de six mois. Elle siégeait essentiellement aux étages C3C4 (sept patients) et C5C6 (quatre patients). Elle était d'origine probablement tuberculeuse chez 10 patients et probablement à germe banal chez les cinq autres. Une infection par le VIH était présente chez trois patients. La symptomatologie d'installation progressive chez tous les 10 patients atteints de spondylodiscite tuberculeuse, a comporté des douleurs inflammatoires (10 patients), des douleurs mécaniques (cinq patients), et une gibbosité (quatre patients).

Conclusion : Cette étude témoigne de la rareté de la localisation cervicale de la spondylodiscite infectieuse.

Mots-clés

Afrique Noire, cervicalgie, spondylodiscite

SUMMARY

Background : The spine is a frequent site of infection but cervical spine localization seems to be rare.

Objective: to determine the frequency and features of cervical spondylodiscitis in patients attending the Sylvanus Olympio University Hospital Center in Togo.

Methods: A retrospective study of patients hospitalized in the Department of Rheumatology over a 20-year period was conducted. The positive diagnosis of infectious spondylodiscitis has been clinical and radiological. The etiological presumption was founded on clinical and epidemiological arguments.

Results: Of the 2881 patients hospitalized, 356 had infectious spondylodiscitis of which 15 cases of cervical spondylodiscitis (eight men and seven women). The average age of these 15 patients was 37 years at the onset of the disease of which the mean disease duration was six months. The disease was essentially located at the levels of C3C4 (seven patients) and C5C6 (four patients). Spondylodiscitis was related to presumptive tuberculosis in 10 patients and banal germ in the remaining five others. There were three HIV infected patients. The onset of the symptomatology was progressive in all the 10 patients suffering from tuberculosis spondylodiscitis. The symptomatology has been characterized by inflammatory pains (10 patients), mechanic pains (five patients), and a gibbosity (four patients).

Conclusion: This study attests of the scarcity of the cervical spondylodiscitis.

Key-words

Black Africa, neck pain, spondylodiscitis

Les études consacrées aux affections rhumatismales en Afrique ont permis d'établir la place prépondérante de la pathologie infectieuse [1-5]. Le rachis est un siège fréquent de l'infection mais la localisation cervicale semble rare. La présente étude a eu pour but de déterminer la fréquence et le profil sémiologique de la spondylodiscite cervicale au cours d'une consultation rhumatologique à Lomé, Togo (Afrique de l'Ouest).

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude transversale sur dossiers, menée sur 20 ans. Les patients dont l'hospitalisation a été motivée par une spondylodiscite cervicale y ont été inclus. Les données démographiques, cliniques et para cliniques des patients ont été recueillies à partir de leurs dossiers. Le diagnostic positif de spondylodiscite infectieuse a été radioclinique. Le diagnostic étiologique a reposé sur l'isolement d'un germe (infection certaine), ou sur une forte présomption : contexte épidémiologique, existence d'une autre localisation infectieuse, notamment une tuberculose pulmonaire, aspect typique à l'imagerie, réponse favorable au traitement antibiotique (infection probable). Le logiciel SPSS Statistics version 17.0 a été utilisé par l'analyse statistique des données.

RÉSULTATS

Des 2881 patients examinés en 20 ans, 356 souffraient d'une spondylodiscite infectieuse dont 15 cervicales (4,2%). Les 15 patients (huit hommes, sept femmes) atteints d'une spondylodiscite cervicale avaient en moyenne 37 ans au début de la maladie (spondylodiscite tuberculeuse : 33 ans ; spondylodiscite à germe banal : 42 ans) dont la durée moyenne d'évolution était de six mois (spondylodiscite tuberculeuse 11 mois ; spondylodiscite à germe banal : deux semaines). La spondylodiscite affectait un seul disque chez 14 patients et deux chez le quinzième. Elle siégeait essentiellement aux étages C3C4 (sept patients) et C5C6 (quatre patients). Les manifestations cliniques étaient dominées par la douleur inflammatoire (10 cas) et des complications neurologiques (10 patients) (Tableau 1).

Tableau 1 : Manifestations cliniques et biologiques observées chez les 15 patients atteints de spondylodiscite cervicale

	Spondylodiscite tuberculeuse (10 cas)	Spondylodiscite à germe banal (5 cas)
	Nombre	Nombre
Installation progressive	10	0
Douleur inflammatoire	5	5
Douleur mécanique	5	0
Siège C3C4	5	2
Siège C5C6	3	1
Siège C4C5	1	2
Siège C3C4-C4C5	1	0
Raideur globale	7	5
Gibbosité	4	0
Forte fièvre	0	5
Syndrome radiculaire	3	1
Compression médullaire	7	0
Vitesse de sédimentation 20 mm	8	5

La spondylodiscite était d'origine probablement tuberculeuse chez 10 patients et probablement à germe banal chez les cinq autres. Les conditions de vie difficiles et l'insuffisance d'hygiène étaient les facteurs de risque observés chez tous les patients. Une infection par le VIH était présente chez trois patients. L'évolution sous 12 mois de protocole antituberculeux ou sous deux mois de double antibiothérapie à large spectre selon l'étiologie, a été favorable chez tous les patients. Les différentes complications neurologiques ont régressé sous traitement médicamenteux associé à la rééducation fonctionnelle.

DISCUSSION

Cette étude témoigne de la rareté de la localisation cervicale de l'infection en consultation rhumatologique à Lomé. La spondylodiscite cervicale a motivé durant les 20 ans de l'étude la consultation de 4,2% des spondylodiscites. En dépit de ses insuffisances (recrutement hospitalier, étroitesse du plateau technique), cette étude, tout comme celles effectuées dans d'autres pays, témoigne de la rareté de la spondylodiscite cervicale en Afrique malgré l'importance de la pathologie infectieuse [1, 3, 4]. Les caractères démographiques et sémiologiques de nos patients sont comparables à celles des patients d'autres pays africains [2,6].

Nos résultats concordent ceux des études qui font de l'atteinte vertébrale par le Bacille de Koch la plus fréquente des infections ostéoarticulaires en Afrique noire [2, 7]. Ces études contrastent avec les données classiques qui font de l'infection à germes banals l'étiologie la plus fréquente des spondylodiscites. Notre étude tout comme celle de Bileckot et al [8] n'ont pas trouvé d'influence de l'infection à VIH sur la fréquence des spondylodiscites. Cette constatation contraste avec une étude faite en Côte d'Ivoire où la localisation discovertébrale du Bacille de Koch semble liée à l'infection par le VIH [2]. Les spondylodiscites semblent être avant tout le fait du sous-développement et d'insuffisance d'hygiène. Des études prospectives avec analyse statistique rigoureuse permettront d'établir l'existence d'un éventuel lien de causalité entre la fréquence de cette affection dans nos pays, les conditions de vie des populations et l'augmentation de l'infection par le VIH. L'importance de la gibbosité et des troubles neurologiques observée également par Maftah et al. [3] témoigne de la fréquence des formes évoluées de la maladie dans nos pays en rapport avec le retard diagnostique. Les infections ostéo-articulaires bactériologiques documentées sont rares en Afrique noire. Dans les pays développés, le germe est isolé dans près de 80 % des cas [9]. Cette situation observée dans les pays du Tiers-monde s'expliquerait par le retard diagnostique, l'insuffisance du plateau technique local, le bas niveau socio-économique et l'antibiothérapie aveugle préalable.

CONCLUSION

Cette étude témoigne de la rareté de la localisation cervicale de la spondylodiscite infectieuse en Afrique Noire malgré l'importance des infections osté-oarticulaire.

Références

1. Oniankitan O, Bagayogo Y, Fianyo E, et al. Spondylodiscites infectieuses en milieu hospitalier à Lomé, Togo. *Med Trop* 2009;69:581-2.
2. Daboiko JC, Eti E, Yapi ID, Ouali B, Ouattara B, Kouakou MN. Les affections rhumatologiques inflammatoires ayant motivé une hospitalisation au centre hospitalo- universitaire de Cocody (Abidjan) entre mars 1998 et mars 2000. *Rev. Rhum [Ed Fr]* 2004; 74:1215-20.
3. Maftah M, Lmejjati M, Mansouri A, El Abbadi N, Bellakhdar F. Mal de Pott. A propos de 320 cas. *Médecine du Maghreb* 2001;90:19-22.
4. Ben Taarit C, Turki S, Ben Maiz H. Spondylodiscites infectieuses étude d'une série de 151 cas. *Acta orthop belg* 2002;68:381-7.
5. Bileckot RR, Miakoundoba RC. Aspects bactériologiques et évolutifs des arthrites septiques à Brazzaville [résumé]. *Bull Soc Pathol Exot* 2007;100:308.
6. Sakho Y, Badiane SB, N'Dao AK, N'Diaye A, Gueye M, N'Diaye IP. Pott's disease in Senegal. *Eur J Orthop Surg Traumatol* 2003;13:13-20.
7. Mijiyawa M, Oniankitan O. Maladies rhumatismales en Afrique subsaharienne. *Revue de Méd de Tours* 1999;33:235-8.
8. Bileckot R, Mouaya A, Makuwa M. Prevalence and clinical presentations of arthritis in HIV- positive patients seen at a rheumatology department in Congo- Brazzaville. *Rev rhum [Eng Ed]* 1998;65:549-54
9. Dubost JJ, Soubrier M, Sauvezie B. Pyogenic arthritis in adults. *Joint Bone Spine* 2000; 67: 11-21.