

Jeune homme de 20 ans, AVP VL/VL faible cinétique en Juin 2017, lombalgies basses dans les suites motivant la réalisation d'un bilan avec radiographies standards (non disponible) suivi d'une IRM lombaire devant la découverte d'une lésion ostéolytique de L5



Le patient consulte 4 mois plus tard en rhumatologie.

En reprenant l'anamnèse, le patient se plaint de **lombalgies mixtes depuis 2 ans** de faible intensité. **L'examen clinique est sans particularité**, notamment l'examen neurologique. Il n'y a pas d'altération de l'état général, pas de syndrome infectieux.

particulier.

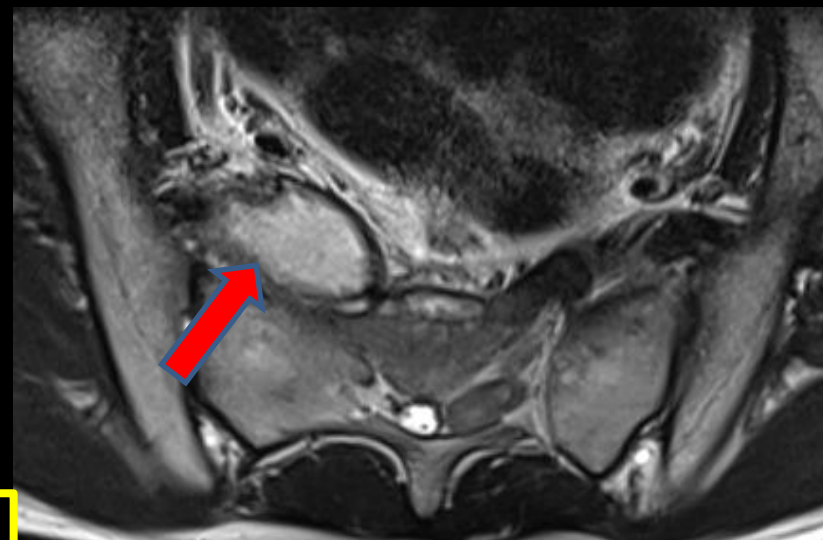
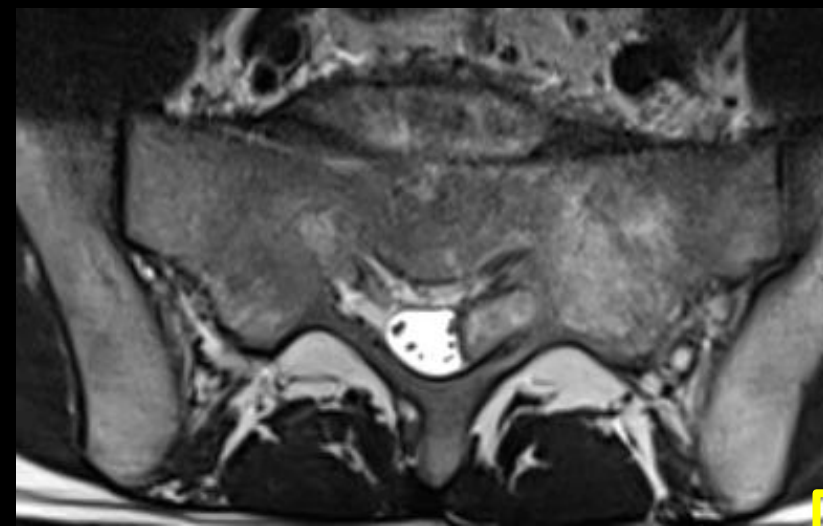
Sag T1
C-

Sag T2

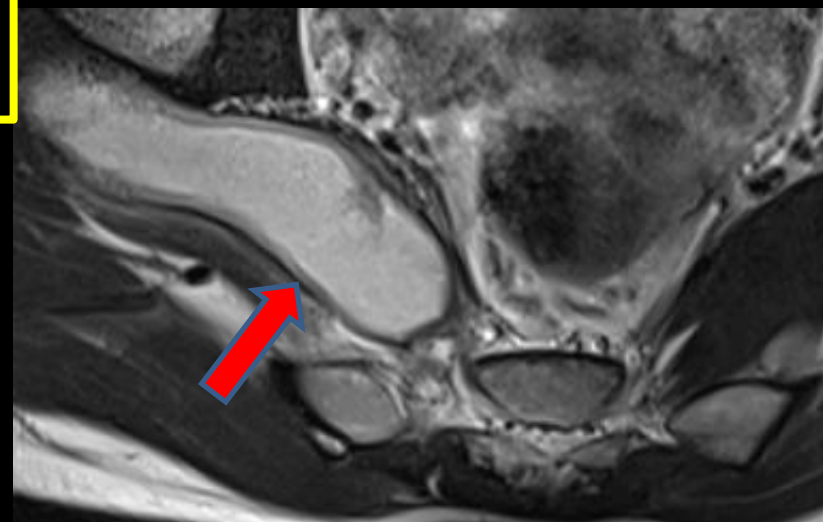
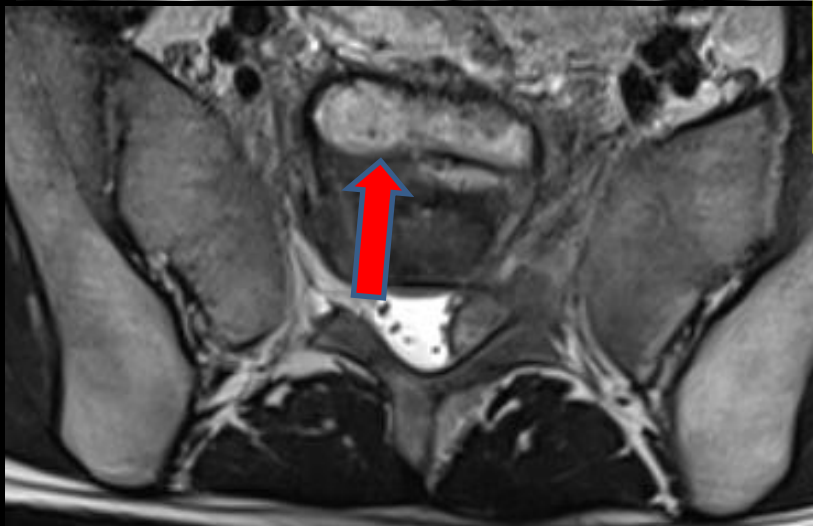
Destructions et érosions
du plateau supérieur de S1
et inférieur de L5

Collection centrée sur le
disque inter somatique L5-
S1

Collection refoulant les
ligaments longitudinaux
antérieur et postérieur



Ax
T2

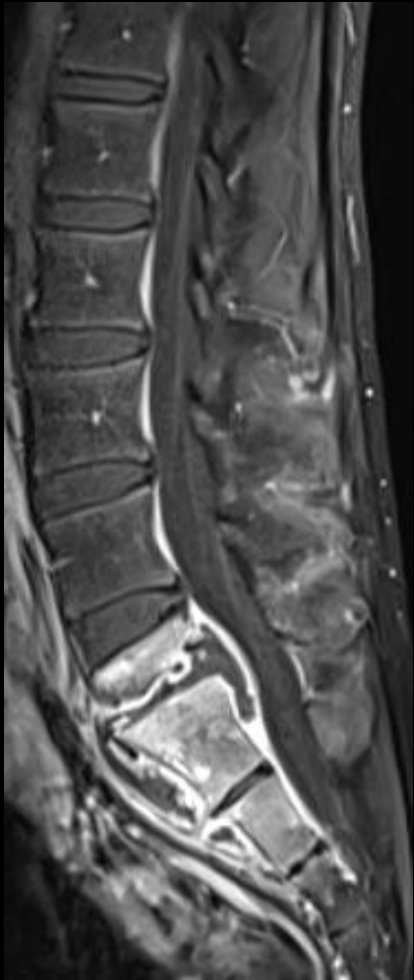


Collection s'étendant dans l'espace épidural entraînant un rétrécissement canalaire modéré

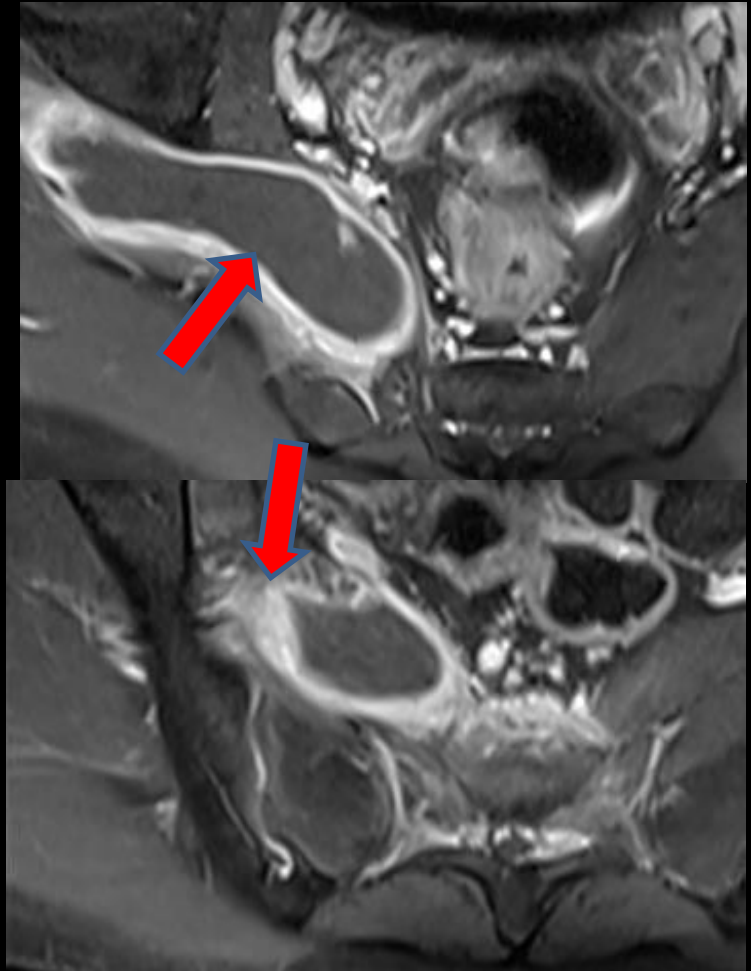
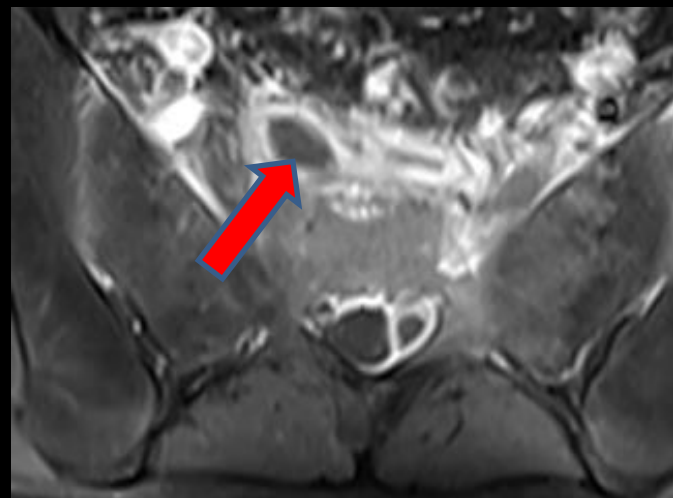
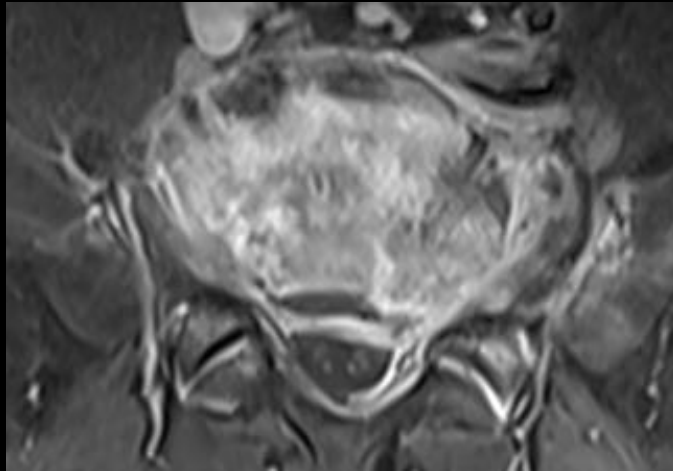
Passe à travers le foramen ischiatique droit, en avant du muscle grand fessier

Œdème osseux associé des corps vertébraux de L5, S1 et S2

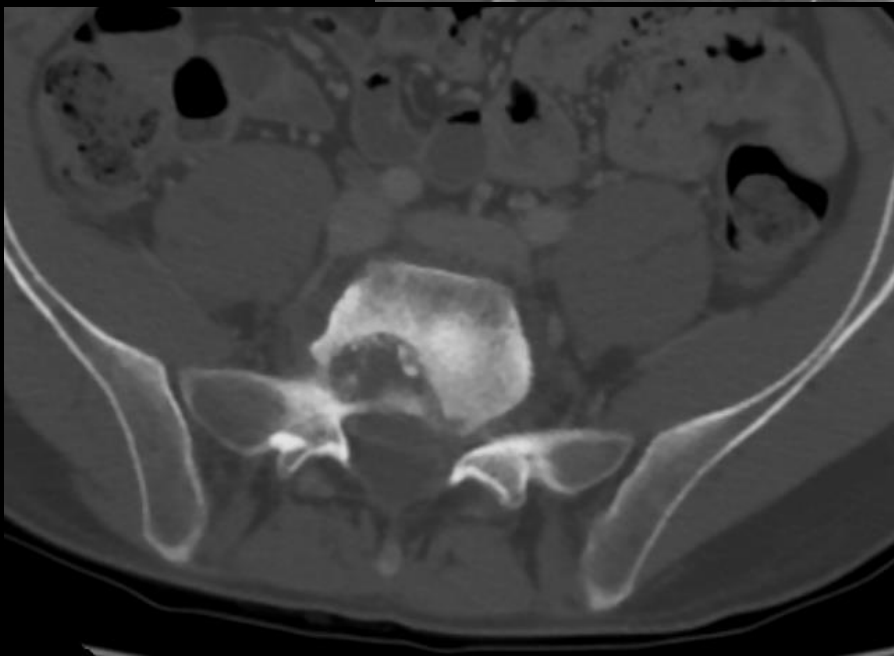
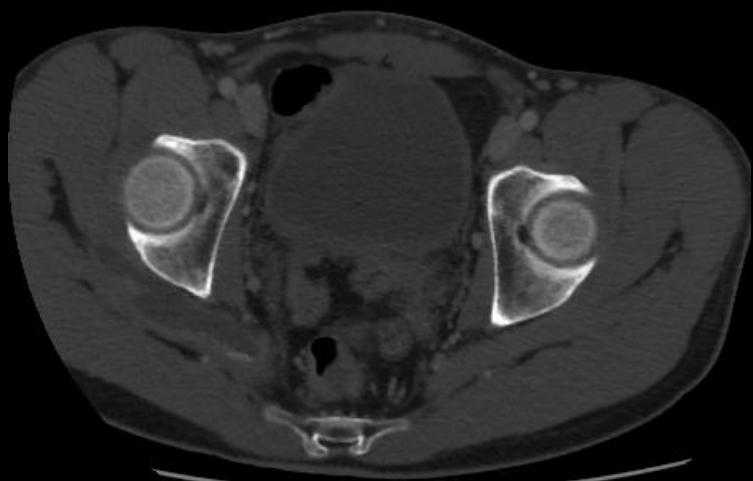
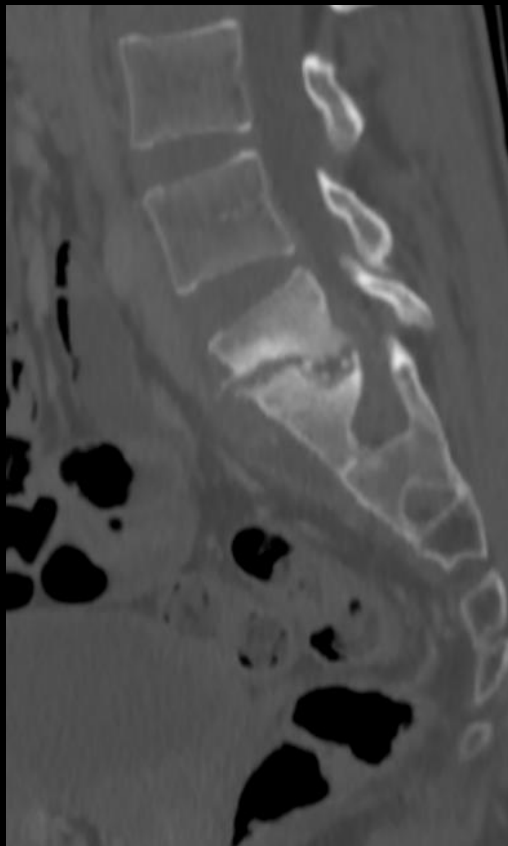
Prise de contraste hétérogène, marquée et **intense des parois (épaisses)** de la collection

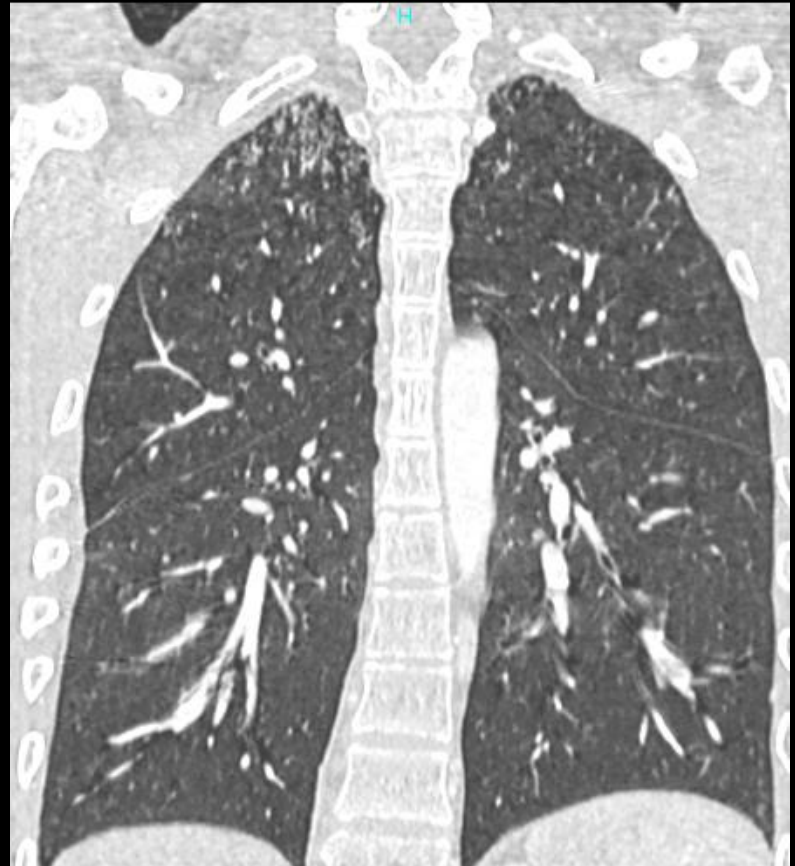
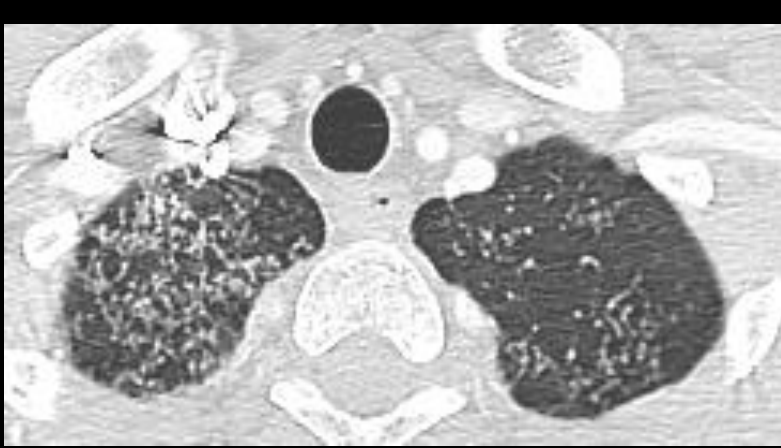


Sag T1 Fat
Sat C+



Ax T1 Fat Sat
C+



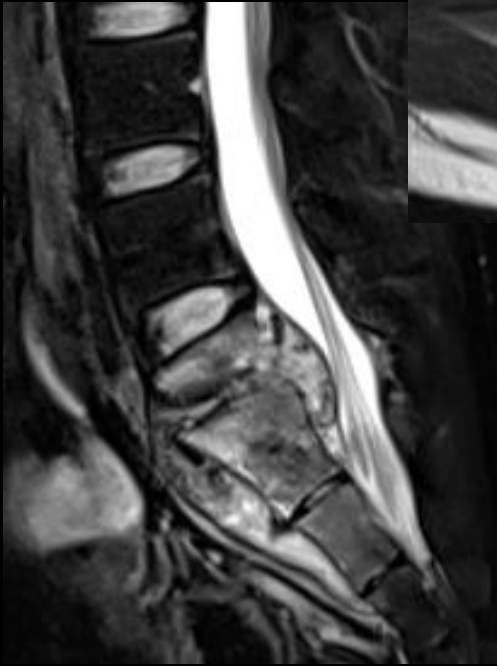
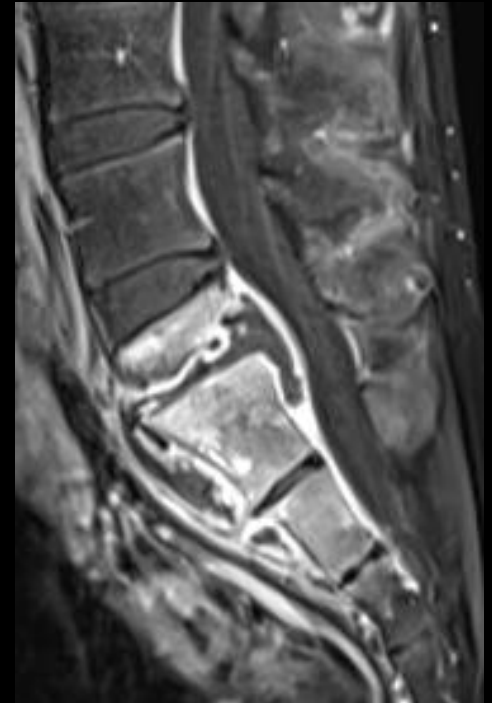
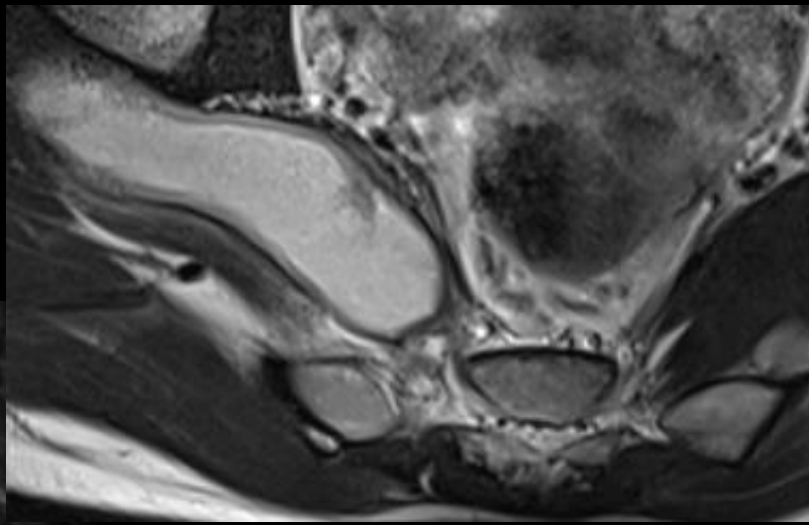


Micro nodules bi apicaux prédominant à droite
essentiellement centrolobulaires, dont certains
 calcifiés

distribution segmentaire, bronchogène

rétraction modérée symétrique des lobes
 supérieurs D et G , plus marquée à droite

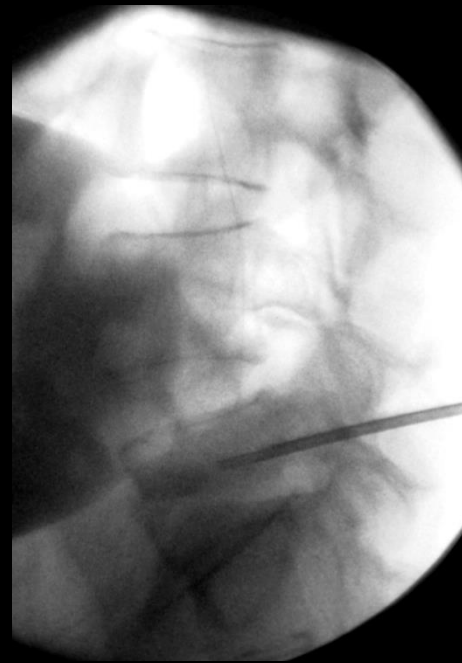
Au total



Collection à paroi épaisse s'étendant dans l'espace épidural, pré sacré et au travers de l'échancrure sciatique droite , sans signes infectieux (abcès froid+++)

Destructions et érosions du plateau supérieur de S1 et inférieur de L5, avec ostéocondensation périphérique

Biopsie scano guidée



Premiers résultats PCR BK +



Pas de **contage**, pas de voyage en zone d'endémie

Intervention dans des zones où l'hygiène est précaire

Ensemble des **sérologies négatives**

L'atteinte rachidienne dans la tuberculose

Spondylodiscite BK = mal de Pott

Représente 40 % des spondylodiscites dans le monde (1^{ère} cause)

Clinique fruste entraînant des révélations tardives

2/3 des patients n'ont pas de fièvre

1/4 des patients ont un bilan biologique normal

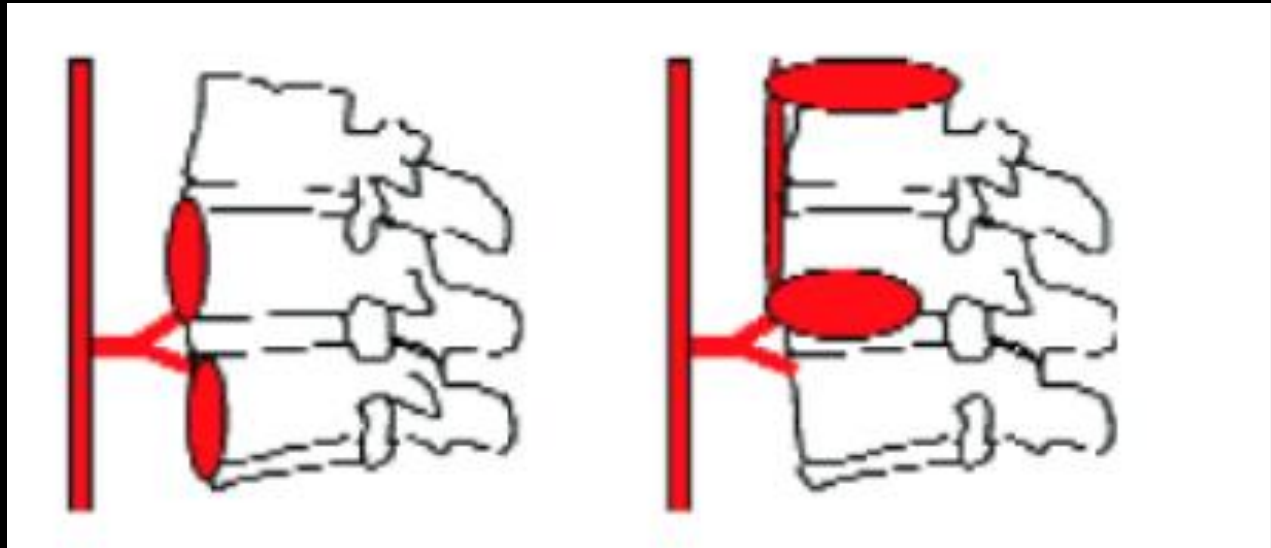
Physiopathologie

Atteinte des régions sous chondrales antérieures du corps vertébral (**spondylite**, fréquente chez les sujets jeunes géographiquement transplantés)

Diffusion de l'infection au disque intervertébral par contiguité puis à la vertèbre sus et sous jacente (**spondylodiscite**)

Extension fréquente vers l'espace épidural (**épidurite**)

Extension de la nécrose caséuse dans les parties molles de voisinage (**abcès froids**, ossifluents)



Imagerie

Atteinte préférentielle de la
charnière thoraco-lombaire.

Macro-géodes "en miroir" des plateaux
vertébraux

Ostéocondensation périphérique

(souvent peu marquée liée à la vitesse
de progression lente)

Atteinte discale tardive



Mal de Pott

Spondylodiscite à pyogènes

Pincement discal

Tardif et marqué

Précoce et modérée

Condensation osseuse

Tardive et modérée

Précoce et marquée

Destruction vertébrale

Importante

Importante

Abcès des tissus mous

Fréquents, volumineux et bien limités

Taille variable, mal limités

Localisation préférentielle

Thoracique et thoracolumbaire

Rachis lombaire

Abcès para vertébraux = abcès froids

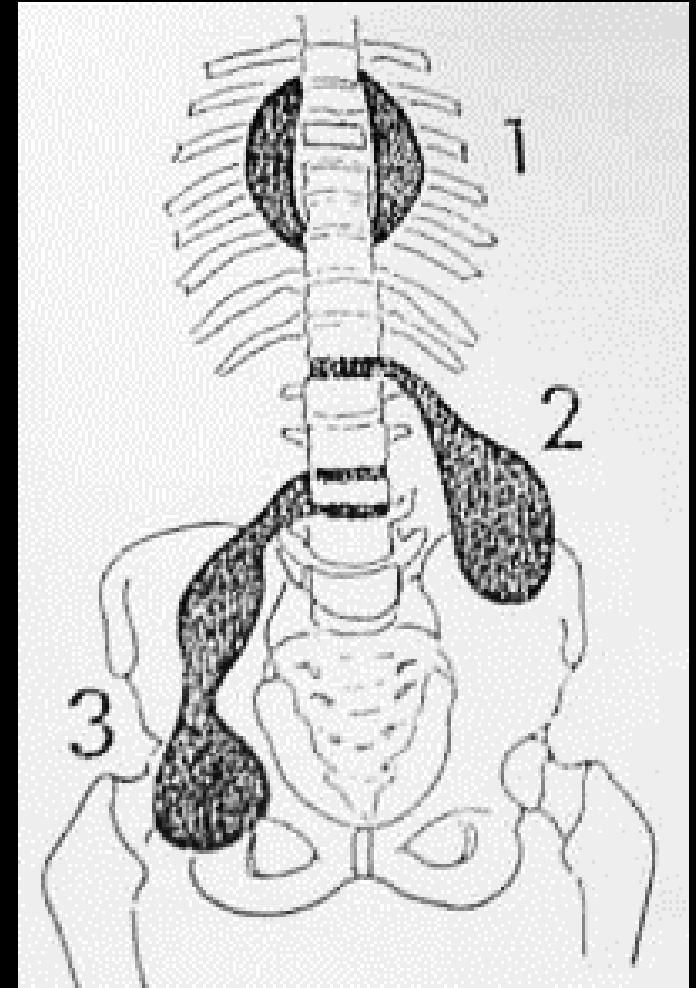
Pas de réaction inflammatoire périphérique

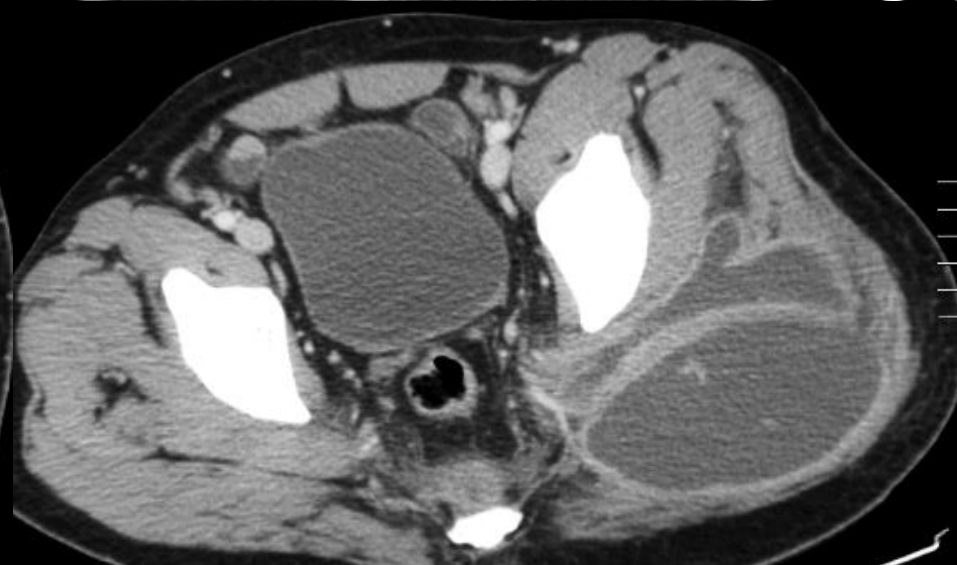
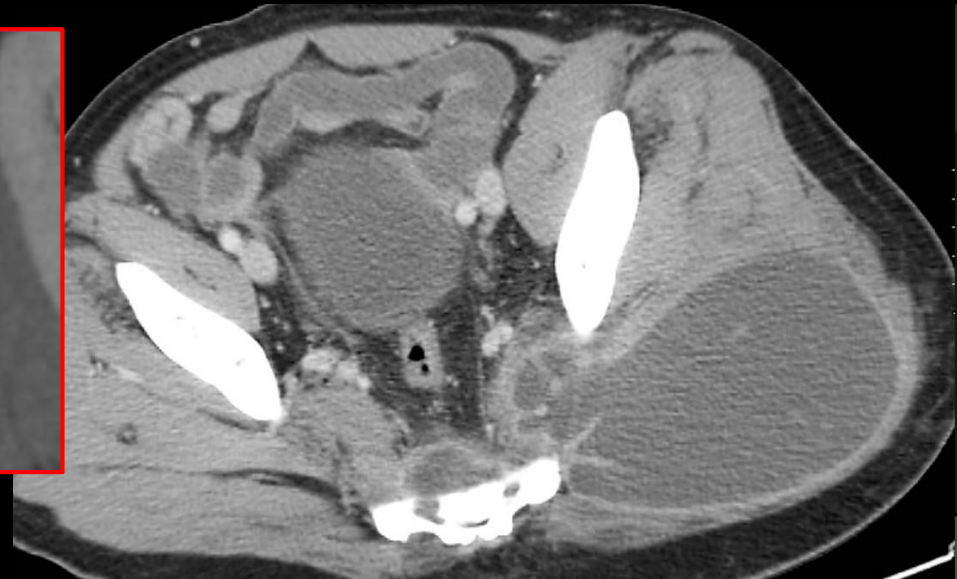
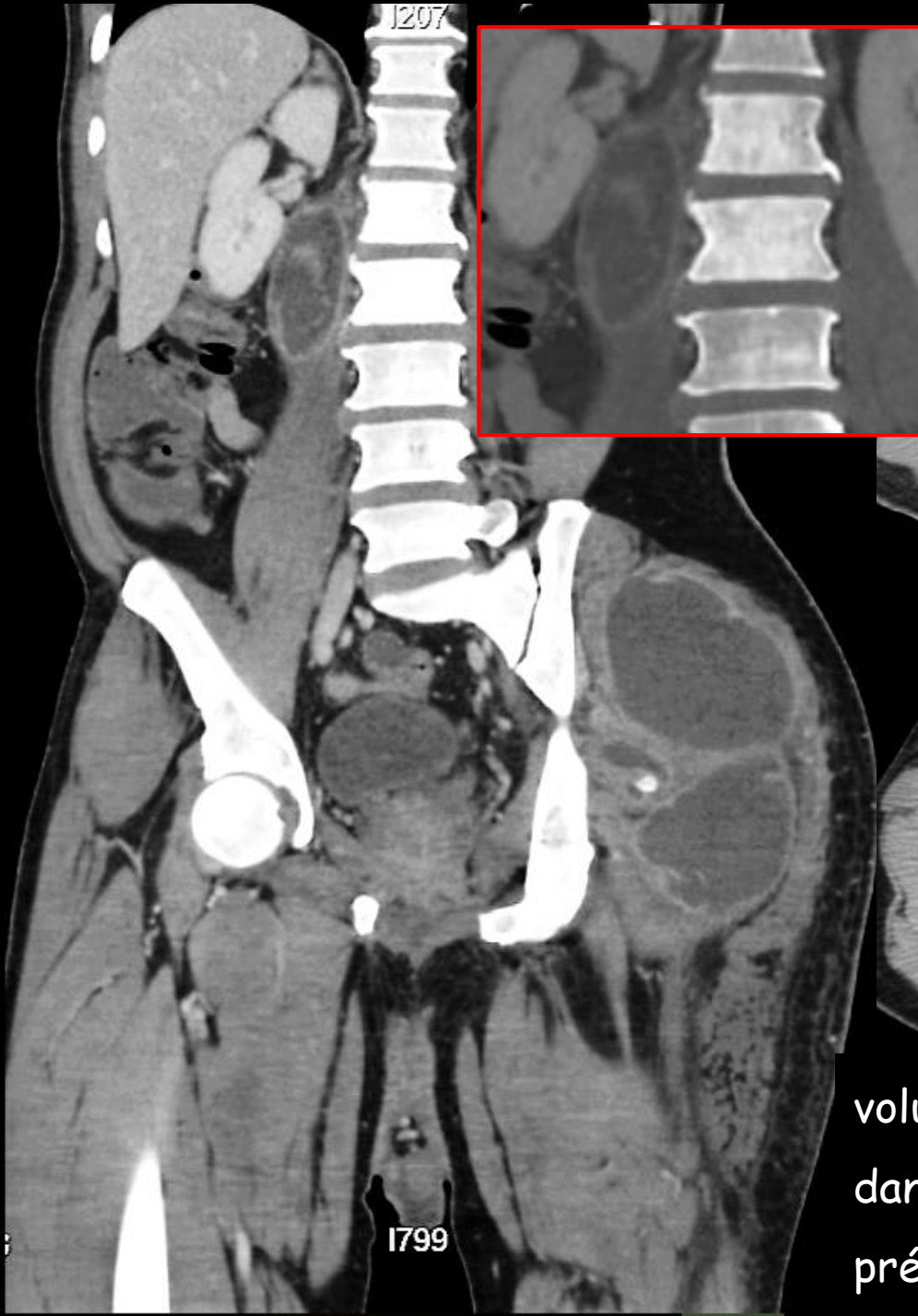
Coque fibreuse se rehaussant après injection

HypoT1 et HyperT2

Calcifications caséuses peuvent se rencontrer et sont évocatrices du diagnostic

La forme dépend de la localisation





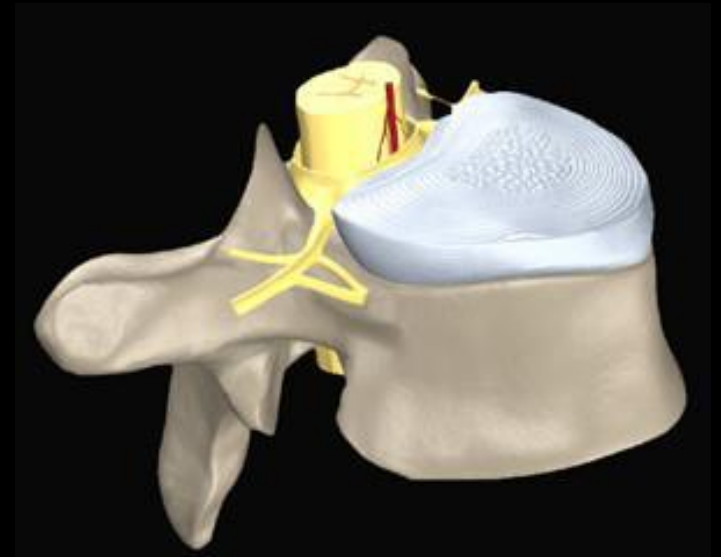
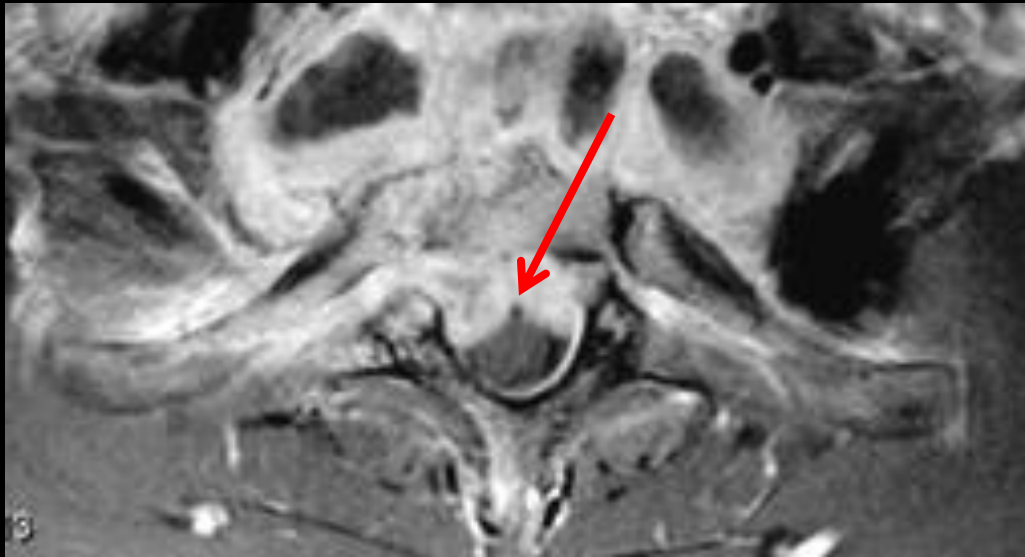
volumineux abcès froids ossifluents migrés
dans les régions fessière , ischiatique ,
pré-sacrée, para-rachidienne....

Epidurite

Respecte classiquement le **ligament longitudinal postérieur** et l'**artère spinale antérieure**

Forme une empreinte = signe de **l'embrasse du rideau**

La dure-mère est une barrière les méningites sont rares mais sévères



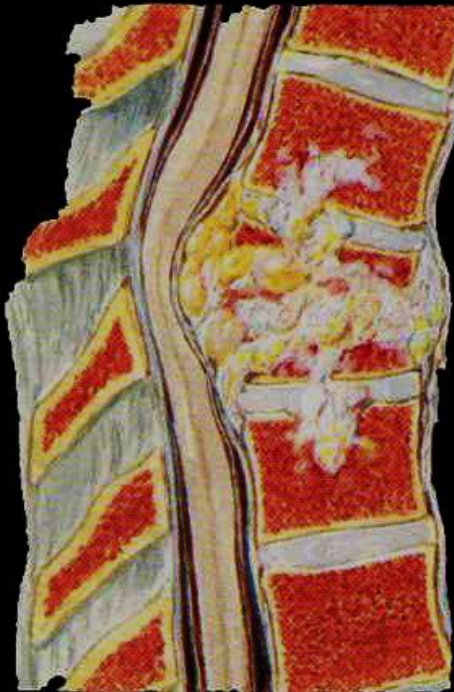
Spondylites

Tassement central du corps vertébral
avec **bombement intra-canalair** du **mur postérieur** fréquent

Ostéolyse centrée du corps vertébral

Atteinte multifocale

Propagation par voie sous ligamentaire



Spondylites T11 et L4

Au total

Mal de Pott = cause de spondylodiscite la plus fréquente

En recrudescence, dans les zones d'endémie et lié au VIH et aux terrains immunodéprimés

Processus lent

Syndrome inflammatoire souvent absent

Destruction osseuse marquée, ostéo-condensation modérée

Abscès des parties molles volumineux à coque épaisse

Aspect variable selon la topographie

Bibliographie

- Momjian R, George M. Atypical imaging features of tuberculous spondylitis: case report with literature review. J Radiol Case Rep. 2014;8(11):1-14.
- OsmanagicA, EmamifarA, Christian Bang J, Jensen Hansen IM. A Rare Case of Pott's Disease (Spinal Tuberculosis) Mimicking Metastatic Disease in the Southern Region of Denmark. Am J Case Rep. 2016;17:384-8.
- Sivalingam J, Kumar A. Spinal Tuberculosis Resembling Neoplastic Lesions on MRI. J Clin Diagn Res. 2015;9(11) :TC01-3.
- Rauf F, Chaudhry UR, Atif M, ur Rahaman M. Spinal tuberculosis : Our experience and a review of imaging methods. Neuroradiol J. 2015;28(5):498-503.
- Esendagli-Yilmaz G, Uluoglu O. Pathologic basis of pyogenic, nonpyogenic, and other spondylitis and discitis. Neuroimaging Clin N Am. 2015;25(2):159-61.