

Les arthrites septiques sous-occipitales

Dominique Lechevalier, Frédéric Banal, Adbou Rajack Ndiaye, David Rogez, Julien Samy.
Service de rhumatologie, Hôpital d'Instruction des Armées Bégin, 69 avenue de Paris, 94160 Saint-Mandé.

Les arthrites septiques sous-occipitales sont rares avec moins de 200 cas décrits. Elles posent de difficiles problèmes diagnostics et parfois thérapeutiques. Elles exposent à de redoutables complications neurologiques et orthopédiques. Nous rapportons deux observations.

Observation n° 1

Un homme de 72 ans, diabétique non insulino-dépendant, est hospitalisé pour cervicalgies aiguës avec composante nocturne, accompagnées de céphalées postérieures et d'une photophobie, puis d'une dysphagie dans un contexte de fièvre à 39°C avec frissons. La CRP est à 260 mg/l, la PL normale de même que les radiographies du rachis cervical de face, de profil et bouche ouverte. Une TDM montre alors une lyse de l'odontoïde avec voussure postérieure, une IRM un hypersignal de la dent en T1 injecté et T2. Des hémocultures systématiques isolent un Staphylocoque coagulase moins méthisensible alors que ECBU, RP, sinus, échocardiographie sont normaux. Une immobilisation par orthèse thoraco-cervicale pendant 2 mois et une antibiothérapie par oxacilline et ofloxacine aux doses de 6 g/j/15j et 400 mg/j/45j permet une guérison sans séquelles.

Observation n° 2

Un haïtien de 40 ans, immuno-compétant, est porteur de cervicalgies depuis 4 mois, de rythme mixte avec raideur et céphalées postérieures rebelles à tous traitements, sans signes neurologiques. Les radiographies simples sont normales. L'IRM objective une arthrite interapophysaire C1-C2 gauche avec abcès épidual, ainsi qu'une ostéite de l'odontoïde.

Il est en fait porteur d'une tuberculose multifocale avec tuberculome cérébelleux, spondylite de L3, abcès des muscles fessiers, psoas et iliaque gauche. L'IDR à la tuberculine est phlycténulaire, les tubages bronchiques négatifs. La ponction de l'abcès fessier isole un BK sensible. Le traitement a comporté 4 antituberculeux classiques (isoniazide, rifadine, éthambutol, pyrazinamide) / 2 mois puis isoniazide, rifampicine / 10 mois. L'immobilisation thoraco-cervicale par minerve pendant 4 mois à été mal tolérée. L'évolution a été marquée par l'installation d'une lyse de la masse latérale de C2 avec apparition d'une subluxation rotatoire et d'une ascension de l'odontoïde au contact du foramen magnum. En l'absence de signes neurologiques, le patient n'a pas été opéré.

Discussion

Il s'agit de l'atteinte infectieuse d'articulations synoviales, contrairement aux spondylodiscites. Elle peut-être soit atlanto-occipitale, soit atlanto-axoïdienne avec généralement arthrite articulaire latérale, exceptionnellement arthrite atlanto-odontoïdienne.

Les atteintes tuberculeuses sont observées dans environ 50 % des cas rapportés. Elle représenterait 1% des tuberculoses vertébrales. Les pyogènes prédominent ces dernières années : staphylocoque doré dans 50% des cas, puis streptocoques et gram moins. Un terrain favorisant (immunodépression, diabète) est fréquemment retrouvé.

Les signes d'appel sont représentés essentiellement par des cervicalgies aiguës fébriles avec raideur cervicale, parfois des céphalées postérieures, parfois des cervicalgies chroniques d'allure mécanique trompeuses (tuberculose). Une complication peut être révélatrice: dysphagie par abcès rétro-pharyngé, troubles de la déglutition, dyspnée, signes neurologiques radiculaires ou médullaires.

Le syndrome inflammatoire peut manquer, surtout dans la tuberculose. Les radiographies simples, même avec incidences bouche-ouverte, sont souvent prises en défaut. L'IRM est l'examen le plus performant pour le diagnostic précoce.

L'isolement du germe est capital avant toute antibiothérapie. Il repose sur la pratique d'hémocultures, la ponction d'un éventuel abcès rétro-pharyngé par voie trans-orale, voire la ponction d'une autre lésion plus abordable. L'abord direct des masses latérales sous scanner est périlleux et peu pratiqué.

En dehors des urgences neurologiques, le traitement est médical associant antibiothérapie pendant 2 à 3 mois pour les germes banals, 9 mois pour la tuberculose et immobilisation stricte par minerve, halo-corset ou halo-traction.

L'évolution peut être favorable, ou défavorable avec apparition de complications: Les signes neurologiques (entre 5 et 50 % des cas) sont liés soit à un abcès épidual, soit à une dislocation de la charnière avec compression osseuse. Il s'agit de névralgies d'Arnold, d'atteinte du XII avec neck-tongue syndrome, de NCB, d'une hémiplégie ou de tétraplégie. Les complications orthopédiques sont les luxations antérieures (par rare fracture de l'odontoïde ou destruction du ligament transverse), les instabilités verticales avec impression basilaire (destruction des masses latérales) ou rotatoires avec parfois apparition d'une rotation fixée atlanto-axoïdienne.

La chirurgie est réservée aux complications neurologiques et orthopédiques: laminectomie, drainage et décompression pour les abcès, réduction et stabilisation des déplacements par arthrodèse chirurgicale cervico-occipitale postérieure, en général par plaque cervico-occipitale.