

## Spondylodiscites infectieuses en milieu hospitalier à Lomé (Togo)

Oniankitan O, Bagayogo Y, Fianyo E, Koffi-Tessio V, Kakpovi K, Tagbor KC, Houzou P, Mijiyawa M

Service de rhumatologie. CHU- Tokoin de Lomé. Togo

*Med Trop* 2009 ; **69** : 581-582

**RÉSUMÉ** • *Objectif*. Déterminer la fréquence et le profil sémiologique de la spondylodiscite infectieuse observée en pratique hospitalière au CHU-Tokoin de Lomé. *Patients et Méthodes*. Il s'agissait de l'étude rétrospective sur 17 ans chez des consultants de rhumatologie. *Résultats*. 222 (108 femmes, 114 hommes) des 14 708 patients (1,5%) examinés ont souffert d'une spondylodiscite. L'âge moyen à la consultation était de 38 ans, et la durée moyenne d'évolution de 6 mois. La spondylodiscite était d'origine tuberculeuse probable chez 169 patients (76,1 %). Elle siégeait le plus souvent aux segments lombaire (56,8 %) et dorsal (21,6 %). Elle était associée à une localisation pulmonaire chez 39 patients (17,6 %). Outre le sous-développement et l'insuffisance d'hygiène observés chez la plupart de nos patients, les autres facteurs de risque identifiés étaient l'infection par le VIH (23 cas), l'éthylisme (27 cas), le diabète (sept cas) et la drépanocytose (sept cas). L'évolution, sous traitement médical, a été favorable chez 197 patients (88,7 %). *Conclusion*. Les spondylodiscites infectieuses restent un motif fréquent de consultation dans ce pays.

**MOTS-CLÉS** • Infection. Tuberculose. Spondylodiscite. Afrique Noire.

### SPONDYLODISCITIS AT A HOSPITAL OUTPATIENT CLINIC IN LOME, TOGO

**ABSTRACT** • *Purpose*. This investigation was carried out to determine the frequency and features of spondylodiscitis in patients attending the Tokoin University Hospital Center in Togo. *Patients and Methods*. A retrospective study of patients examined in the Rheumatology Outpatient Clinic over a 17-year period was conducted. *Results*. Out of 14708 patients examined during the study period, 222 (1.5%) presented spondylodiscitis. There were 108 women and 114 men with a mean age of 38 years. The mean duration of symptoms was 6 months. Spondylodiscitis was related to presumptive tuberculosis in 169 patients (76.1%). The most common locations were the lumbar (56.8%) or thoracic (21.6%) spine. It was associated with a pulmonary location in 39 patients (17.6%). In addition to underdevelopment and poor hygiene in most patients, risk factors for spondylodiscitis included HIV infection (n=23), alcoholism (n=27), diabetes mellitus (n=7), and sickle cell anemia (n=7). Response to medical treatment was favorable in 197 patients (88.7%). *Conclusion*. Spondylodiscitis is still a frequent reason for seeking medical care in Black Africa.

**KEY WORDS** • Infection. Tuberculosis. Spondylodiscitis. Black Africa.

Les études consacrées aux affections rhumatismales en Afrique, bien que souvent hospitalières, ont permis d'établir la place prépondérante de la pathologie infectieuse (1-4). Il ressort de ces études que le rachis est un siège fréquent de l'infection. La présente étude a eu pour but de déterminer la fréquence et le profil sémiologique de la spondylodiscite infectieuse en milieu rhumatologique à Lomé, Togo.

#### Patients et méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective sur dossiers menée sur 17 ans. Les patients dont la consultation et/ou l'hospitalisation rhumatologique a été motivée par une spondylodiscite infectieuse y ont été inclus. Les données démographiques, cliniques et para cliniques des patients ont été recueillies à partir de leurs dossiers. Le diagnostic positif d'une spondylodiscite 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 tuber-

culeuse pulmonaire, aspect typique à l'imagerie, réponse favorable au traitement antibiotique (infection probable).

#### Résultats

Des 14 708 patients examinés en 17 ans, 222 (1,5 % : 108 femmes et 114 hommes) souffraient d'une spondylodiscite infectieuse. L'âge moyen à la consultation était de 38 ans, et la durée moyenne d'évolution de  $6 \pm 7$  mois. La spondylodiscite siégeait essentiellement au rachis lombaire (126 patients : 56,8 %). Les manifestations cliniques étaient dominées par la douleur inflammatoire (128 cas ; 57,7 %) et des complications neurologiques (116 patients ; 52,3 %) (Tableau 1). La spondylodiscite était d'origine tuberculeuse chez 169 patients (probable : 163 cas ; certaine : 6 cas) et à germe banal chez les 53 autres (probable : 50 cas ; certaine (*Staphylococcus aureus*) : 3 cas). Le sous-développement et l'insuffisance d'hygiène étaient les principaux facteurs de risque identifiés (Tableau 2). 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 197 patients (88,7 %). Les différentes complications neurologiques ont régressé sous traitement médicamenteux associé à la rééducation fonctionnelle. Dix patients (4,5 %) sont décédés et 15 autres (6,8 %) ont été perdus de vue.

• Correspondance : mijiyawa@tg.refer.org

• Article reçu le 28/04/2009, définitivement accepté le 02/10/2009.

Tableau 1. Manifestations cliniques et biologiques observées chez les 222 patients atteints de spondylodiscite infectieuse.

	Spondylodiscite tuberculeuse (169 cas) Nombre (%)	Spondylodiscite à germe banal (53 cas) Nombre (%)
Installation progressive	159 (94,1)	00 (0,0)
Douleur inflammatoire	75 (44,4)	53 (100)
Douleur mécanique	94 (55,6)	00 (0,0)
Siège lombaire	98 (57,9)	28 (52,8)
Siège dorsal	40 (23,7)	08 (15,1)
Charnière dorsolombaire	19 (11,2)	09 (16,9)
Siège cervical	07 (4,1)	05 (9,4)
Charnière lombosacrée	05 (2,9)	03 (5,7)
Localisations multifocales	14 (8,3)	02 (3,8)
Raideur globale	106 (62,7)	53 (100)
Gibbosité	101 (59,8)	03 (5,7)
Abcès froid	19 (11,2)	00 (0,0)
Forte fièvre	21 (12,4)	34 (64,1)
Syndrome radiculaire	70 (41,4)	23 (43,4)
Compression médullaire	19 (11,2)	04 (7,5)
Vitesse de sédimentation $\geq$ 20 mm	145 (85,8)	53 (100)

### Discussion

En dépit de ses insuffisances (recrutement hospitalier, étroitesse du plateau technique), cette étude, tout comme celles effectuées dans d'autres pays, témoigne de l'importance de la pathologie infectieuse en Afrique (3, 4). Les caractères démographiques et sémiologiques de nos patients sont comparables à ceux de leurs homologues africains (2-4). Le long délai avant la consultation, conséquence du mode insidieux de début et l'inconstance de la fièvre témoignent du rôle majeur du bacille tuberculeux dans la genèse de cette affection comme l'ont également constaté d'autres auteurs africains (3-5). 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

Tableau 2. Facteurs de risque identifiés chez les 222 patients atteints de spondylodiscite infectieuse.

	Spondylodiscite tuberculeuse (169 cas) Nombre (%)	Spondylodiscite à germe banal (53 cas) Nombre (%)
Faible niveau de vie économique et insuffisance d'hygiène	160 (94,7)	49 (92,4)
Ethylisme	15 (8,9)	12 (22,6)
Infection à VIH	18 (10,6)	05 (9,4)
Diabète	2 (1,2)	5 (9,4)
Drépanocytose	2 (1,2)	5 (9,4)

par le VIH. L'importance de la gibbosité et des troubles neurologiques observée également par Maftah *et al.* (2) témoigne de la fréquence des formes évoluées de la maladie dans nos pays. La rareté de l'atteinte multifocale du rachis dans notre série observée également par Ousehal *et al.* (5) pourrait s'expliquer en partie par l'insuffisance du plateau technique (absence d'IRM).

### Conclusion

Il ressort de cette étude que les spondylodiscites infectieuses restent un motif fréquent de consultation en Afrique noire.

### Références

- Mijiyawa M, Oniankitan O. Maladies rhumatismales en Afrique sub-saharienne. *Rev Med Tours* 1999; 33 : 235-8.
- Maftah M, Lmejjati M, Mansouri A, El Abbadi N, Bellakhdar F. Mal de Pott. A propos de 320 cas. *Medecine du Maghreb* 2001; 90 : 19-22.
- 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.
- Ben Taarit C, Turki S, Ben Maiz H. Spondylodiscites infectieuses étude d'une série de 151 cas. *Acta Orthop Belg* 2002; 68 : 381-7.
- Ousehal A, Gharbi A, Zamiati W, Saïdi A, Kadiri R. Résultats de l'imagerie à partir de 122 cas de mal de Pott. *Neurochirurgie* 2002; 48 : 409-18.