



**HAL**  
open science

## Un déficit moteur fébrile

J. Maquet, M. Faruch, G. Martin-Blondel

► **To cite this version:**

J. Maquet, M. Faruch, G. Martin-Blondel. Un déficit moteur fébrile. *La Revue de Médecine Interne*, 2021, 42 (12), pp.883-884. 10.1016/j.revmed.2021.09.001 . hal-03689542

**HAL Id: hal-03689542**

**<https://ut3-toulouseinp.hal.science/hal-03689542>**

Submitted on 5 Jan 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

## **Un déficit moteur fébrile**

### **A febrile motor deficit**

J. Maquet<sup>1</sup>, M. Faruch<sup>2</sup>, G. Martin-Blondel<sup>3\*</sup>

<sup>1</sup> Service de médecine interne, CHU Toulouse Purpan, Place du Docteur Baylac TSA 40031, 31059  
Toulouse Cedex 9, France

<sup>2</sup> Service de radiologie, CHU Toulouse Purpan, Place du Docteur Baylac TSA 40031, 31059 Toulouse  
Cedex 9, France

<sup>3</sup> Service de maladies infectieuses et tropicales, CHU Toulouse Purpan, Place du Docteur Baylac TSA  
40031, 31059 Toulouse Cedex 9, France

#### **\*Auteur correspondant**

G. Martin-Blondel, Service de maladies infectieuses et tropicales, CHU Toulouse Purpan, Place du  
Docteur Baylac TSA 40031, 31059 Toulouse Cedex 9, France

Email : [martin-blondel.g@chu-toulouse.fr](mailto:martin-blondel.g@chu-toulouse.fr)

Téléphone : +33 5 61 77 96 99

Fax : +33 5 61 77 21 38

**Mots clés** : épidurite ; tuberculose

**Keywords**: epiduritis ; tuberculosis

## **1. L'histoire**

Une femme, âgée de 23 ans, originaire d'Inde, présentait une douleur interscapulaire et un déficit moteur des extenseurs des doigts et des muscles interosseux de la main gauche depuis 48 heures. Elle n'avait pas d'antécédent notable. Elle décrivait une fièvre et un amaigrissement évoluant depuis six mois et une claudication intermittente indolore obligeant l'arrêt de la marche après quelques centaines de mètres depuis deux semaines. Le scanner cérébral sans injection de produit de contraste était normal. Le scanner thoracique montrait une polyadénomégalie médiastinale. Une IRM médullaire était pratiquée (Fig. 1).

## **2. Le diagnostic**

Une épidurite tuberculeuse.

## **3. Les commentaires**

L'IRM médullaire montrait un abcès épidual s'étendant de C4 jusqu'au sacrum, compressif au niveau cervical, associé à une spondylite L3 sans discite et de volumineux abcès des psoas. Le déficit moteur disparaissait après une laminectomie C7-T1-T2. La PCR *Mycobacterium tuberculosis* Xpert MTB/RIF était positive sur les prélèvements peropératoires. Les cultures mycobactériologiques des prélèvements peropératoires et de liquide gastrique mettaient en évidence *M. tuberculosis* de phénotype sauvage. La sérologie VIH était négative. La patiente était traitée par deux mois de rifampicine, isoniazide, éthambutol et pyrazinamide, puis dix mois de rifampicine et isoniazide, initialement associés à une corticothérapie. La rémission était maintenue après plus de deux ans de suivi.

La tuberculose rachidienne représente environ 50 % des tuberculoses ostéo-articulaires. Elle se manifeste dans la moitié des cas par une spondylite sans discite comme dans le cas présenté. Dans la quasi-totalité des tuberculoses rachidiennes, avec ou sans discite, il existe

des abcès paravertébraux (froids le plus souvent) et une extension épidurale. Les déficits neurologiques concernent la majorité des observations, et sont en majorité réversibles après traitement [1–3]. La particularité de notre observation est l'étendue de l'abcès épidural. En effet, alors que la spondylite était lombaire, la compression médullaire révélant le diagnostic était cervicale. Cela est expliqué en partie par l'évolution torpide de l'infection tuberculeuse, qui peut se révéler trompeuse. Les abcès paravertébraux, quasi constants en cas d'atteinte tuberculeuse rachidienne, auraient pu orienter le diagnostic avant la réalisation de l'IRM si le scanner d'entrée avait comporté des coupes abdominales.

### **Déclarations de liens d'intérêts**

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

### **Références**

1. Khanna K, Sabharwal S. Spinal tuberculosis: a comprehensive review for the modern spine surgeon. *Spine J* 2019;19:1858-70.
2. Sharma A, Chhabra HS, Chabra T, Mahajan R, Batra S, Sangondimath G. Demographics of tuberculosis of spine and factors affecting neurological improvement in patients suffering from tuberculosis of spine: a retrospective analysis of 312 cases. *Spinal Cord* 2017;55:59–63.
3. Jain AK, Kumar J. Tuberculosis of spine: neurological deficit. *Eur Spine J* 2013;22 Suppl 4:624–33.

### **Légende de la figure**

**Fig. 1.** IRM médullaire montrant un abcès épidual s'étendant de C4 jusqu'au sacrum (étoiles), compressif au niveau cervical, associé à une spondylite L3 (flèche) et de volumineux abcès des psoas (triangles).

