



Mal de Pott à Abidjan : expérience du service de rhumatologie du CHU de Cocody à propos de 420 cas

Pott's disease in Abidjan: experience of the department of rheumatology of university teaching hospital of Cocody: about 420 cases

Mohamed Diomandé¹, Yaya Coulibaly¹, Jean Jacques Goua², Aboubakar Bamba¹, Nina Carmelle Kpami You¹, Edmond Eti¹

1. Service de rhumatologie CHU de Cocody (Abidjan) / Université Félix Houphouët-Boigny/UFR Sciences médicales d'Abidjan
2. Service de rhumatologie CHU de Cocody (Abidjan) / Université Alassane Ouattara

RÉSUMÉ

Introduction : La spondylodiscite tuberculeuse continue de sévir principalement dans notre contexte ivoirien. Cette étude de grande envergure présentant notre expérience dans la gestion de cette maladie.

But : Déterminer le profil épidémiologique, clinique, paraclinique, thérapeutique et évolutif du mal de Pott à Abidjan et identifier les facteurs associés aux compressions neurologiques.

Méthodes : Etude rétrospective et analytique de 420 dossiers de patients souffrant d'une spondylodiscite tuberculeuse probable ou confirmée, hospitalisés au service de rhumatologie du CHU de Cocody de Janvier 2010 à Décembre 2019.

Résultats : La fréquence hospitalière de la spondylodiscite tuberculeuse était de 10,2%. Notre population d'étude était constituée de 223 hommes et de 197 femmes avec une moyenne d'âge de 43,8 ± 15,5 ans. Un antécédent tuberculeux et une notion de contagion tuberculeux ont été notés dans respectivement 4,3 % et 13,8 % des cas. Le délai diagnostique moyen était de 9,67±10,11 mois. Les principaux signes cliniques étaient le syndrome rachidien (98,80%) ainsi que les signes d'imprégnation tuberculeuse (84,76%). Des complications neurologiques étaient notées dans 11,66% des cas. La bacilloscopie et la PCR BK étaient positives dans 33,71% et 57,14% des cas respectivement. La tomodensitométrie avait été l'imagerie diagnostique la plus demandée et réalisée (92,86%). Les atteintes tuberculeuses associées (11,2%) étaient viscérales (78,70%) notamment pulmonaires (75,67%). La durée moyenne de traitement antituberculeux était de 12,42 mois avec une guérison de 97,14% des patients. Le délai diagnostique (P=0,01), la gibbosité (P=0,009) et la présence des abcès des parties molles (P=0,004) étaient significativement associés aux compressions neurologiques.

Conclusion : La spondylodiscite tuberculeuse est fréquente à Abidjan et touche les adultes jeunes. Elle se manifeste par un syndrome rachidien avec des signes d'imprégnation tuberculeuse. La tomodensitométrie était l'imagerie diagnostique la plus réalisée. Les facteurs associés aux compressions neurologiques sont: le délai diagnostique, la gibbosité et les abcès des parties molles.

Mots-clés : Mal de Pott - profil - complications neurologiques - Abidjan

ABSTRACT

Background: Pott's disease continues to be rife primarily in Ivorian's setting. This large-scale study presents the Ivorian experience in the management of this disease.

Aim : To determine the epidemiological, clinical, paraclinical, therapeutic and evolutionary profile of Pott's disease in Abidjan and to identify the factors associated with neurological compressions.

Methods : Retrospective and analytical study of 420 files of patients suffering from presumptive or confirmed Pott's disease, hospitalized in the rheumatology department of Cocody University Hospital from January 2010 to December 2019.

Results: The hospital frequency of tuberculous spondylodiscitis was 10.2%. Our study population consisted of 223 men and 197 women with an average age of 43.8 ± 15.5 years. A tuberculosis history and a notion of tuberculosis contagion were noted in 4.3% and 13.8% of cases respectively. The mean diagnostic time was 9.67 ± 10.11 months. The main clinical data were spinal syndrome (98.80%) and also tuberculous impregnation signs (84.76%). Neurological complications were noted in 11.66% of cases. Bacilloscopy and PCR BK were positive in 33.71% and 57.14% of cases respectively. Computed tomography was the most requested and performed diagnostic imaging (92.86%). The associated tuberculous targets (11.2%) were visceral (78.70%), in particular pulmonary (75.67%). The mean duration of anti-tuberculosis treatment was 12.42 months with a cure of 97.14% of patients. Diagnostic delay (P = 0.01), gibbosity (P = 0.009), and presence of soft tissue abscesses (P = 0.004) were significantly associated with neurological compressions.

Conclusion : Pott's disease is common in Abidjan and affects young adults. It manifests as a spinal syndrome with tuberculous impregnation signs. Computed tomography was the most performed diagnostic imaging. The factors associated with neurological compressions are: diagnostic delay, gibbosity and soft tissue abscesses.

Keywords: Pott's disease - profile - neurological complications - Abidjan

Correspondance

Mohamed Diomandé

Service de rhumatologie CHU de Cocody (Abidjan) / Université Félix Houphouët-Boigny/UFR Sciences médicales d'Abidjan

E-mail : diomandemohamed48@yahoo.fr

INTRODUCTION

Le mal de Pott ou spondylodiscite tuberculeuse (SDT) est la principale forme de tuberculose vertébrale (50% des cas) et est très fréquente à l'échelle mondiale [1,2]. Son diagnostic est le plus souvent présomptif dans notre contexte [2,3]. Du fait du retard diagnostique, des complications neurologiques sous forme de compressions neurologiques émergeront [4]. Les études sur le mal de Pott dans la littérature portaient sur des effectifs plutôt faibles ou relativement bas [3,5-10]. C'est ce qui a motivé la réalisation de cette étude de grande envergure présentant l'expérience ivoirienne dans la gestion de cette maladie dont l'objectif était de déterminer le profil épidémiologique, clinique, paraclinique, thérapeutique et évolutif du mal de Pott à Abidjan et d'identifier les facteurs associés aux compressions neurologiques.

MÉTHODES

Cadre de l'étude

Notre étude a été menée au service de rhumatologie du CHU de Cocody à Abidjan (Côte d'Ivoire) qui constitue l'un des 2 seuls services de rhumatologie dans notre pays.

Période d'étude

Les patients ont été colligés sur une période de 10 ans allant du 1er Janvier 2010 au 31 Décembre 2019.

Population d'étude

Quatre cent vingt patients répondant aux critères suivants ont été recrutés:

Critères d'inclusion: tout patient âgés de 16 ans et plus souffrant d'une SDT probable ou avec confirmation diagnostique.

Critères de non inclusion : patients perdus de vue (patient diagnostiqué mal de Pott mis sous traitement antituberculeux et dont on n'a plus aucune nouvelle par la suite).

Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective et analytique. Une fiche de collecte de données a permis de recenser les données suivantes :

- *Caractéristiques sociodémographiques:* âge, genre, lieu de provenance, niveau socioéconomique (NSE), notion de promiscuité

- *Caractéristiques cliniques:* antécédents (notion de contagement tuberculeux, antécédent de tuberculose, statut VIH), motif de consultation, délai diagnostique ou durée d'évolution de

la maladie au moment du diagnostic et signes fonctionnels (caractères de la douleur rachidienne et impotence fonctionnelle), signes d'imprégnation tuberculeuse (SIT), données de l'examen clinique (syndrome rachidien: point douloureux exquis palpatoire, raideur rachidienne, gibbosité, abcès froid, contracture musculaire paravertébrale ; syndrome radiculaire ; et les complications neurologiques : syndrome de compression médullaire et syndrome de la queue de cheval).

- *Caractéristiques paracliniques:*

Biologie: vitesse de sédimentation (VS), C réactive protéine (CRP), recherche de bacille acido-alcool-résistant (BAAR) et polymérase chain reaction (PCR).

Histologie: de la pièce de biopsie discovertébrale.

Imagerie: radiographie standard, tomographie assistée par ordinateur (TDM) et imagerie par résonance magnétique (IRM).

- *Caractéristiques diagnostiques ou étiologiques:* foyers tuberculeux extra-rachidiens.

- *Caractéristiques thérapeutiques et évolutives:* traitement médicamenteux (antituberculeux et corticothérapie), immobilisation vertébrale, traitement chirurgical et guérison ou décès.

La comparaison des variables qualitatives et quantitatives ont été effectuées grâce au test de Chi carré de Pearson et le test de Student. Le test était significatif lorsque p était strictement inférieur à 0,05.

La SDT est probable lorsqu'elle est basée sur des arguments épidémiologiques (zone d'endémie tuberculeuse, notion de contagement tuberculeux, promiscuité, précarité et pauvreté), cliniques (gibbosité, abcès froid, SIT), paracliniques (syndrome inflammatoire biologique avec VS accélérée (supérieure à 20 mm à la première heure) et CRP élevée (supérieure à 6 mg/l); image de spondylodiscite plus ou moins abcès calcifiés à l'imagerie), thérapeutiques et évolutifs (évolution favorable sous traitement antituberculeux) [3].

Le diagnostic de la SDT est confirmé par l'identification de bacille tuberculeux (diagnostique bactériologique): BAAR à l'examen direct dans les liquides biologiques ou à la culture ou par la PCR Bacille de Koch (PCR BK) ou par la mise en évidence du follicule tuberculeux à l'histologie de la pièce de biopsie discovertébrale.

Le NSE a été défini de façon arbitraire sur la base du salaire minimum interprofessionnel garanti en vigueur en Côte d'Ivoire (à 60000 franc CFA soit environ 90 euros): ainsi le NSE était bas (revenu mensuel inférieur à 250000 franc

CFA soit environ 380 euros), moyen (revenu mensuel situé entre 250000 et 500000 franc CFA) et élevé (revenu mensuel supérieur à 500000 franc CFA soit environ 760 euros).

Les informations sur le devenir des patients ont été recueillies dans le dossier ou quand ce n'était pas mentionné par appel téléphonique (guérison et durée totale du traitement).

Pour le volet analytique, nous avons formé 2 groupes: un groupe avec des compressions neurologiques (compression médullaire ou syndrome de la queue de cheval) et un groupe contrôle (sans compression neurologique). Nous avons confronté ces 2 groupes aux différents facteurs sociodémographiques, cliniques, paracliniques pour rechercher les facteurs associés à la présence de compressions neurologiques.

Le syndrome rachidien désigne présence d'un ensemble de signes de l'examen physique rachidien traduisant l'atteinte du rachis (spinalgie palpatoire et/ou raideur rachidienne et/ou gibbosité et/ou abcès froid). Le syndrome radiculaire désigne la présence d'un ou plusieurs de ces signes de l'examen physique traduisant l'irritation de racines nerveuses: signe de la sonnette, signe de lasègue, signe de Leri, signe du talon, signe de la pointe.

Les compressions neurologiques correspondaient à la présence du syndrome de compression médullaire ou du syndrome de la queue de cheval et il s'agissait de syndromes cliniques.

RÉSULTATS

La fréquence hospitalière de la SDT était de 10,20 % soit 420 patients recrutés sur 4115 dossiers recensés pendant la période d'étude. Notre effectif était constitué de 223 hommes (53,81 %) et 197 femmes (46,19%) avec une moyenne d'âge de $43,84 \pm 15,53$ ans (Extrêmes: 16 et 94 ans). Le NSE était bas, moyen et élevé dans respectivement 65,95%, 32,38% et 1,67% des cas. Nos patients vivaient en milieu urbain dans 76,90% des cas et rural dans 23,10% des cas. Une notion de promiscuité a été retrouvée dans 40,71% des cas. Un antécédent tuberculeux, une notion de contagement tuberculeux et le statut VIH positif ont été notés respectivement dans 4,30%, 13,81% et 11,19% des cas. Les motifs de consultation étaient la lombalgie (70,48%), la dorsolombalgie (15,24%), la cervicodorsalgie (6,19%), la dorsalgie (5,95%), la cervicalgie (2,14%). Le délai diagnostique moyen était

de $9,67 \pm 10,11$ mois. La fièvre (84,76%), l'altération de l'état général (93,25%), les sueurs nocturnes (49,15%) et l'aménorrhée non gravidique (6,17%) constituaient les SIT. Les complications neurologiques (syndrome de compression médullaire 79,59% et syndrome de la queue de cheval 20,41%) se résumaient en des troubles moteurs 57,25% constitués de paraparésie (45,07%), tétraparésie (4,22%), paraplégie (42,25%) tétraplégie (8,45%) et en des troubles sensitifs (42,74%) composés de hypoesthésie (66,03%), anesthésie en selle (14,28%), niveau sensitif (71,69%). Le tableau 1 regroupe les autres données cliniques. La CRP et la VS moyennes étaient de $49,77 \pm 52,3$ mg/l et $51,34 \pm 35,31$ mm. Le tableau 2 illustre les taux de réalisation et les résultats de la recherche de BAAR et la PCR BK. Les lésions observées aux différentes imageries étaient mentionnées dans le tableau 3. Les étages touchés à l'imagerie étaient: rachis lombaire (57,14%), rachis dorsal (12,86%), la charnière rachidienne lombosacrée (11,19%), la charnière rachidienne dorsolombaire (6,90%), rachis cervical (1,6%) et l'atteinte multi-étagée (10,24%). L'histologie a été réalisée sur une pièce de biopsie discovertébrale dans 1 seul cas et a mis en évidence le follicule de Koester. Les atteintes tuberculeuses associées représentaient 11,2% des cas et elles étaient majoritairement viscérales (78,70%), notamment pulmonaires (75,67%), pleurales (10,81%), péritonéales (5,41%), ganglionnaires (2,7%), oculaires (2,7%) et urogénitales (2,7%). Les atteintes non viscérales (21,30%) étaient osseuses (20%) et articulaires (80%). Tous les patients avaient eu un protocole antituberculeux basé sur 2 mois de l'association Rifampicine + Isoniazide + Pyrazinamide + Ethambutol (RHZE) suivi de 10 mois de RH. La durée totale du traitement était de 12 mois, de 18 mois et de 24 mois dans respectivement 95,10%, 4,65% et 0,25% des cas, avec une durée moyenne de traitement de $12,42 \pm 6,22$ mois. La corticothérapie a été utilisée dans 50,80% des cas. La neurochirurgie n'a concerné que 5,95% des patients. La guérison a été notée dans 97,14% des cas (n=408). Les 12 décès étaient dus à des causes autres que le mal de Pott (2,86%). Le tableau 4 montre la corrélation entre les facteurs sociodémographiques, cliniques et paracliniques et la présence de compressions neurologiques et révèle que le délai diagnostique tardif ($P=0,01$), la présence d'une gibbosité ($P=0,009$) et des abcès des parties molles ($P=0,004$) étaient significativement associés à la présence de compressions neurologiques.

Tableau 1. Données cliniques des patients

Données cliniques		Effectif	%	
Horaire	Inflammatoire	320	76,19	
	Mécanique	79	18,81	
	Mixte	21	05,00	
Mode d'évolution	Subaigüe	118	28,10	
	Chronique	302	71,90	
Type d'irradiation	Systématisée	71	19,03	
	NCB	05	07,04	
	NIC	30	42,25	
	Cruralgie	11	15,49	
	Sciatalgie	25	35,21	
	Mal systématisée	302	80,97	
SIT		356	84,76	
Syndrome rachidien		415	98,88	
	Point douloureux exquis palpatoire	385	91,66	
	Raideur rachidienne multidirectionnelle	286	68,09	
	Gibbosité	123	29,28	
	Abcès froid	19	04,52	
	Contracture musculaire paravertébrale	248	59,04	
	Syndrome radiculaire	92	22,00	
	Impotence fonctionnelle	365	87,00	
	Syndrome neurologique	Compression médullaire	39	09,28
		Compression de la queue de cheval	10	02,38

% : Pourcentage
SIT: signes d'imprégnation tuberculeuse
NCB : névralgie cervicobrachiale
NIC : névralgie intercostale

Tableau 2. Taux de réalisation et résultats des examens bactériologiques.

	Recherche de BAAR		PCR BK	
	Effectif (n=420)	%	Effectif (n=420)	%
Examens réalisés	89	21,19	35	08,33
Positive	30	33,71	20	57,14
Négative	59	66,29	15	42,86
Type de prélèvements				
Liquide articulaire	03	03,37	01	02,85
Abcès des parties molles	26	29,31	16	45,71
Crachats	12	13,48	03	08,57
Liquide de tubage gastrique	47	52,80	18	51,42
Ascite	02	02,24		
Liquide pleural	01	01,12		
Urines			01	02,85

% : pourcentage BAAR: bacille acido-alcool-résistant PCR: polymérase chain reaction

Tableau 3. Lésions observées aux différentes imageries

Lésions observées	Radiographie standard n(%)	TDM n (%)	IRM n (%)
Pincement discal	160 (100)	39 (100)	74 (100)
Suspicion de spondylodiscite	103 (64,37)	17 (4,36)	
Spondylodiscite	26 (16,25)	371 (95,13)	73 (98,65)
Fracture vertébrale	23 (14,37)	31 (07,95)	04 (05,41)
Abcès des parties molles	-	234 (60)	37 (50)
Epidurite non abcédée	-	180 (46,15)	37 (50)
Taux de réalisation (%)	44,52	92,86	17,62

%: Pourcentage TDM: tomodynamométrie IRM: imagerie par résonance magnétique

Tableau 4. Corrélation entre les facteurs sociodémographiques, cliniques, paracliniques et les compressions neurologiques

Différents facteurs		Compressions neurologiques (+)	Compressions neurologiques (-)	P
Facteurs sociodémographiques				
Age moyen (ans)		45,5±16,21	43,41±15,86	0,8
Genre	Féminin	29	197	0,4
	Masculin	20	174	
NSE	Moyen	31	246	0,5
	Bas	18	118	
Antécédent tuberculeux		02	16	0,9
Contage tuberculeux		03	55	0,09
VIH positif		05	42	0,8
Facteurs cliniques				
Mode d'évolution	Subaigüe	05	70	0,2
	Chronique	34	267	
Délai diagnostique moyen (mois)		24,8±17	18,14±11,11	0,01
SIT		42	314	0,1
Gibbosité		21	102	0,009
Impotence fonctionnelle		57	73	0,12
Raideur rachidienne		32	254	0,6
Spinalgie palpatoire		47	336	0,2
Facteurs paracliniques				
VS moyenne (mm)		58,12±36,5	50,5±35,14	0,75
CRP moyenne (mg/l)		75,9±70	46,6±49	0,65
Bacilloscopie positive		02	28	0,7
PCR BK positive		02	18	0,6
Abcès des parties molles		27	207	0,004
Epidurite (non abcédée)		17	163	0,5
Siège multi-étagée		12	79	0,14
Atteintes tuberculeuses associées		04	41	0,9

(+): Présence (-): Absence NSE: niveau socioéconomique

Tableau 5. Comparaison des données de notre étude et de la littérature

	Lamini [5]	Gbané [6]	Houzou [8]	Abdelmoula [21]	Bounkhal [26]	Baba [25]	Wibaux [14]	Notre étude
FH % ou n cas/an	6,4	4,9	1,27	49 cas en 12ans	34 cas en 12ans	41 cas en 5 ans	3 cas en 5 ans	10,2
Age (ans)	46	47,3	39	51,8	42,8	38	57,9	44
Genre (%)	♂ 56,4	♂ 58,2	♀ 50,8	♀ 53	♀ 48	♂ 87,8	♂ 54,6	♂ 53,8
DD (mois)	6,6	7	8,15	6,65	5,57	4,6	5,7	9,67
Gibbosité %	57,27	13,4	51,51		18	9		29,28
CN (%)	49,1	44	18,72	34,7	21,21	29	28,33	6,78
APM (%)	33		8,02	14,3	21,21	7	40,76	4,52
Etage lombaire %	48,2	34,7	59,19	67,3		41,46	54,61	57,14
Etage dorsal (%)	26,4	30,5	26,08	47		63,41	49,23	12,86
Poumons %	13,6	9,7		14,2	15,15	19,5		25,38
CD (%)	5,4	13,4	3,44	15	74	90,24	49,23	7,38
DT (mois)		7	6 à 12	13,5	9	13,5	16,5	12,42

FH= fréquence hospitalière ♂= Homme ♀= Femme DD= délai diagnostique CD= confirmation diagnostique CN= compression neurologique PM= abcès parties molles
DT= durée du traitement

DISCUSSION

Cette étude a permis de révéler une fréquence hospitalière plutôt élevée du mal de Pott dans notre contexte. Les patients avaient un grand retard diagnostique occasionnant des complications neurologiques notamment la gibbosité et les abcès des parties molles qui apparaissaient comme des facteurs permettant de prédire la survenue. Malgré le diagnostic le plus souvent présomptif dans lequel la TDM était l'imagerie majeure, le traitement antituberculeux initié s'était avéré efficace.

Sur le plan sociodémographique

La fréquence hospitalière était de 10,2% soit 420 cas de SDT parmi les 4115 affections rhumatologiques recensées pendant la période d'étude. Cette fréquence apparaît à notre connaissance comme la plus élevée du mal de Pott dans toute la littérature: 4,3% en Afrique de l'ouest au Bénin comme au Niger; en Afrique centrale au Congo on notait 6,4% et au Maghreb 0,25% en Tunisie et 0,40% au Maroc [5,6,10-12] (tableau 5). En Occident, la fréquence était encore plus basse avec de rares cas importés provenant des sujets migrants [13,14]. La fréquence et la persistance du mal de Pott en milieu africain en l'occurrence dans notre contexte subsaharien est multifactorielle: est-ce l'information, la communication et l'éducation sur la prévention de la tuberculose qui présenterait des insuffisances ou est-ce la comorbidité VIH-tuberculose ? Et ce malgré la baisse du VIH dans la tuberculose dans notre pays: 4,7% en 2005 contre 2,9% en 2018 [15,16]. Une autre

explication pourrait être le sous-développement économique à savoir la pauvreté, la précarité, la promiscuité et la surpopulation qui constitue un terrain favorable à l'émergence de la tuberculose. La maladie touchait les adultes jeunes ou d'âge murs avec une moyenne d'âge de 44 ans comme dans la littérature [6,9,17-19]. Cependant tous les auteurs s'accordaient sur le fait qu'elle touche toutes les tranches d'âge [1,9,13,19,20]. Il en a été de même pour le sexe pour lequel les publications ne notaient pas de véritable prédominance de l'un ou l'autre genre [1,9,13,19]. Aucun des facteurs sociodémographiques analysés dans notre étude n'était associé à la survenue de compressions neurologiques.

Sur le plan clinique

La majorité de nos patients avait un retard diagnostique avec un délai diagnostique moyen de 9,67 ± 10,11 mois [Extrêmes: 2 et 75 mois] comme dans la plupart des études en Afrique dans lesquelles ce délai variait de 5 à 13 mois avec une moyenne de 8,05 mois [5,6,8,21-24]. Notre contexte africain est caractérisé généralement par un retard diagnostique pouvant s'expliquer par la tradition thérapeutique, l'automédication, l'insuffisance de moyens financiers des patients, l'absence d'une assurance maladie ou encore l'errance diagnostique. Cela a pu favoriser l'apparition de signes tels que la gibbosité (notre étude 29,28% ; Toloba et al au Mali 38,7% ; Lamini et al au Congo 57,27%), les abcès froids (notre étude 4,52% ; Sawadogo au Burkina Faso 9,8% ; Baba-Aïssa et al en France 7%) ou encore les compressions neurologiques (notre étude 11,16% ; Toloba et al au Mali 26,4% ; Lamini et al au Congo

49,1% ; El Khattabi et al et Bounkhal et al au Maroc respectivement 25% et 21,21%) [5,7,10,18,25,26] (tableau 5). D'ailleurs le long délai diagnostique dans notre étude était significativement associé à la survenue de compressions neurologiques ($P=0,01$). De même la présence d'une gibbosité était prédictive d'une compression neurologique ($P=0,009$). Ces compressions étaient constituées dans notre étude du syndrome de compression médullaire (79,59%) et du syndrome de la queue de cheval (21,41%). Notons que la première cause de compression médullaires dans notre pays toutes étiologies confondues restait le mal de Pott (52%) [4].

Sur le plan paraclinique et thérapeutique

La bacilloscopie avait été peu réalisée (21,19%) et avait été positive chez plus d'un tiers de nos patients (33,71%) principalement dans le liquide de tubage gastrique (52,8%) nettement supérieure à celui de Lamini et al (8,2%) et dans les abcès des parties molles (29,21%) légèrement inférieure au taux de El Khattabi et al (37,5%) [5,10]. La présence de BK dans le liquide de tubage gastrique traduisait une atteinte tuberculeuse associée notamment pulmonaire, identifié dans 75,67% des cas dans notre étude comme chez Lamini et al (83,33%), Mafta et al (86%) et Gbané et al (72,22%) [5,6,27]. La fréquence des abcès des parties molles étant très élevée dans notre contexte, la recherche de BK surtout par la PCR BK (réalisée dans 8,33% des cas et positive dans près de 58% des cas dans notre étude) constitue pour nous une alternative devant la difficulté à réaliser la biopsie discovertébrale ou chirurgicale et ce en raison du coût économique et du plateau technique défaillant. Une étude de Diomandé et al la chiffrait à près de 73% dans la tuberculose vertébrale [28]. Ailleurs la fréquence des abcès était nettement moins élevée variant de 8,02 à 33,7% [5-8,21,26]. Leur présence était prédictive de complications neurologiques dans notre étude ($P=0,004$). La TDM avait permis de confirmer la présence de la spondylodiscite (95,13% des cas) plus fréquemment identifiée à l'étage lombaire (57,14%) comme dans les travaux de Abdelmoulah (67,3%) et Houzou et al (59,19%) [8,21]. Cependant l'atteinte multi-étagée n'était pas négligeable (10,24%) dans notre travail. Elle n'était pas associée à la survenue de compressions neurologiques dans notre étude ($P=0,14$) bien qu'elle pouvait y contribuer [29]. La quasi-majorité des patients était guérie (97,14%) avec une durée moyenne de traitement de $12,42 \pm 6,22$ mois. Cette durée était très proche de celles retrouvées dans la majorité des études [3,8,14,19,21,30]. Cependant, cette durée était de 9 mois dans d'autres pays (tableau 5) [31-34].

Il est très rare d'observer dans la littérature un échantillon aussi conséquent de maux de Pott (420 cas) dans lequel nous avons partagé notre expérience de la prise en charge globale. En revanche, bien que notre série soit importante, ce travail a été réalisé dans le seul service de rhumatologie d'Abidjan donc ne saurait refléter la réalité en Côte d'Ivoire et on notait chez la plupart des patients un diagnostic de présomption.

CONCLUSION

La spondylodiscite tuberculeuse est fréquente à Abidjan et touche les adultes jeunes. Elle se manifeste par un syndrome rachidien associé à des signes d'imprégnation tuberculeuse. Sur le plan de l'imagerie, la tomodensitométrie était l'imagerie diagnostique la plus réalisée. Le diagnostic du mal de Pott est le plus souvent présomptif. Le délai diagnostique, la gibbosité et les abcès des parties molles sont les facteurs associés aux compressions neurologiques.

RÉFÉRENCES

1. Pertuiset E. Tuberculose vertébrale de l'adulte. Encl Med Chir Appareil locomoteur, 15-852-A-10, 2010
2. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la tuberculose dans le monde 2020 : résumé d'orientation. Genève: IRIS; 2020: 10p.
3. Eti E, Daboiko JC, Brou K, Ouali B, Ouattara B, Koffi KD, Kouakou NM. Tuberculose vertébrale : notre expérience à partir d'une étude de 147 cas dans le service de rhumatologie du CHU de Cocody (Abidjan, Côte d'Ivoire). Med Afr Noire 2010;57(5):288-92.
4. Diomandé M, Nseng-Nseng RIO, Kouamé-Assouan AE, Gbané-Koné M, Coulibaly AK, Djaha KJM. Compressions médullaires lentes: prévalence et étiologies, expérience du service de rhumatologie du CHU de Cocody à Abidjan Rev Mar de Rhum 2015;33:27-30.
5. Lamini NNE, Moyikoua R, Moussounda MGS, Ntsiba H, Bileckot R. Diagnostic du Mal de Pott en rhumatologie au centre hospitalier universitaire de Brazzaville. Health Sci Dis 2019;20(6) Suppl 1: 53-7.
6. Gbané M, Gado G, Bamba A, Ouattara B, Rachidou A, Coulibaly Y, Diomandé M, Adehossi E, Sanoussi S, Saidou A, Eti E. Aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques du mal de Pott à l'hôpital National de Niamey (Niger) : à propos de 134 cas. Rev Mar Rhum 2020;53:40-5.
7. Toloba Y, Diallo S, Maiga Y, Sissoko BF, Ouattara K, D Soumare D, Sidibe S. Tuberculose vertébrale (mal de Pott) : aspects épidémiologique, radiologique et évolutif au CHU du point-G. Mali Med 2011;26(2) :8-11.
8. Houzou P, Oniankitan O, Koffi-Tessio VES, Fianyo E, Kakpovi K, Mijiyawa M. Profil du mal de Pott en consultation rhumatologique à Lomé (Togo). J Rech Sci Univ Lomé (Togo)

- 2014;16(2): 495-9.
9. Mann TN, Schaaf HS, Dunn RN, Dix-Peek S, Du Preez K, Lamberts RP, Du Toit J, Davis JH. Child and adult spinal tuberculosis at tertiary hospitals in the Western Cape, South Africa: 4-year burden and trend. *Epidemiology and Infection* 2018;146:2107-15.
 10. El Khattabi W, Aichane A, Moussali N, Riah A, Berrada Z, Afif H, Abdelouafi A, Bouayad Z. Mal de Pott (à propos de 16 cas). *Rev Pneumol Clin* 2012;68(5):275-81
 11. Zomalheto Z, Gounongbé M, Avimadjé M, Dossou-Yovo H. Facteurs liés à l'atteinte discovertébrale de la tuberculose à Cotonou. *Bénin Med* 2010;44:30-2.
 12. Saidane O, Sellami M, Cheikhrouhou I, Mahmoud A, Ben Tekaya R, Tekaya L, Abdelmoula L. Profil clinique et facteurs pronostiques du mal de Pott au nord de la Tunisie : à propos de 60 cas. *Bull Soc Pathol Exot* 2019;112:71-8.
 13. Pertuiset E , Beaudreuil J, Lioté F, Hrusitzky A, Kemiche F, Richette P et al. Spinal tuberculosis in adults. A study of 103 cases in a developed country, 1980-1994. *Medecine (Baltimore)* 1999;78(5):309-20.
 14. Wibaux C, Moafo-Tiatsop M, Andrei I, Biver E, Cotten A, Cortet B, Duquesnoy B, Flipo RM. Évolution de l'incidence et de la prise en charge de la tuberculose vertébrale au sein d'un service universitaire français de rhumatologie, de 1966 à 2010. *Rev Rhum* 2013;80(3):286-9.
 15. Organisation mondiale de la santé. Coopération OMS-Côte d'Ivoire, rapport biennal. Abidjan: OMS; 2013 :21-2.
 16. Plan d'urgence américaine pour la lutte contre le VIH-SIDA (PEPFAR). Evaluation de l'impact du VIH dans la population générale en Côte d'Ivoire CIPHA 2017-2018. Abidjan: PEPFAR.
 17. Koné HC. Etude des aspects épidémiologiques de la spondylodiscite tuberculeuse (ou mal de Pott) : à propos de 33 cas au CHU du Point G. Thèse Med. Bamako: Université de Bamako; 2007:98p.
 18. Sawadogo M. Mal de Pott : épidémiologie, aspects cliniques et traitement. Thèse Med. Ouagadougou : Univ Ouagadougou. 1998; 147p.
 19. Pertuiset E. Tuberculose osseuse et articulaire des membres. *Encycl Med Chir Rhumatologie Orthopédie* 2004;1:463-86.
 20. Diomandé M, Eti E, Ouali B, Kouakou ESCL, Ouattara-Yaconon M, Djaha-Kouassi JM, Gbané-Koné M, Kouakou MN. Profil des affections ostéoarticulaires des sujets âgés noirs africains: à propos de 157 cas vus à Abidjan. *Tunis Med* 2015;93(5):312-5.
 21. Abdelmoula L, Ben Tekaya A, Cheikhrouhou S, Saidane O, Mahmoud I, Tekaya R. Spondylodiscite tuberculeuse: 12 ans d'expérience dans un centre hospitalier en Tunisie. *Rev Malienne Infectiol Microbiol* 2017;9:63-80.
 22. Zabsonré-Tiendrebeogo WJ, Zabsonré DS, Kakpovi K, Kaboré F, Diallo I, Kambou-Tiemtoré B, Ouédraogo DD. Mal de Pott à Ouagadougou (Burkina Faso): étude comparative selon le statut sérologique du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). *Rhumatologie Africaine Francophone* 2017;1(1) :55-9.
 23. Ben Taarit C, Turki S, Ben Maïz H. La tuberculose ostéoarticulaire en Tunisie: étude retrospective de 180 cas. *Med Mal Infect* 2003;33:210-4.
 24. Fedoul B, Chakour K, El Faiz Chaoui M. Pott's Diseases: Report of 82 Cases. *Pan Afr Med J* 2011;8(22):1-8.
 25. Baba-Aïssa M, Remili S, Mardini A, Lambert F. La tuberculose vertébrale: à propos de 41 cas. *Lettr Rhumatol* 2002;287:30-6.
 26. Bounkhal A. La tuberculose ostéo-articulaire chez l'adulte dans la région de Marrakech. Thèse Med. Marrakech: Université Cadi Ayyad; 2018 :060,141p.
 27. Maftat M, Lmejjati M, Mansouri A, El Abbadi N, Bellakhdar F. Pott's disease about 320 cases. *Med Maghreb*. 2001;90:19-22.
 28. Diomandé M, Sessou-Toho V, Kouakou ESCL, Coulibaly AK, Gbané-Koné M, Ouattara B, Djaha KJM, Eti E, Daboiko JC, Kouakou MN. Patterns of abscesses of soft tissue in spinal tuberculosis: frequency, topography and therapeutic means of 311 cases observed in Abidjan (Ivory Coast). *Br J Med Med Res* 2016;15(2):1-6.
 29. Diomandé M, Kouakou ESCL, Mégné TE, Gbané-Koné M, Coulibaly AK, Eti E, Kouakou MN. Multilevel cervicothoracic and lumbar Pott's disease: about three new and unusual cases in the rheumatology department of the teaching Hospital of Cocody in Abidjan (Côte d'Ivoire). *Open J Rheumatol Autoimmune Dis* 2015;5(2):23-27.
 30. Tsiaremy MG, Bemora JS, Rakotozanany PS, Ratovondrainy W, Rabarijaona M, Andriamamonjy C. Difficultés diagnostiques et thérapeutiques dans la prise en charge neurochirurgicale de Mal de Pott à Madagascar. *Int J Med Health Sci* 2019;5(9):21-36.
 31. Meddeb N, Rammeh N, Chahed M, Sahli H, Elleuch M, Cheour E et al. Aspects actuels du mal de Pott en Tunisie: à propos de 29 cas. *Bull Soc Pathol Exot* 2002;95(4):269-71.
 32. Rajasekaran S, Gaurav Khandelwal G. Drug therapy in spinal tuberculosis *Eur Spine J* 2013; 22(Suppl 4): 587-93.
 33. Donald PR. The chemotherapy of osteo-articular tuberculosis with recommendations for treatment of children *J Infect* 2011 Jun;62(6):411-39.
 34. Varatharajaha S, Charlesa YP, Buy X, Waltera A, Steib JP. Update on the surgical management of Pott's disease. *Orthopaedics & Traumatology: Surg Res* 2014; 100:233-9.