

UN CAS DE TUBERCULOSE TESTICULAIRE VU À ANTANANARIVO

La tuberculose extra-pulmonaire (TEP) pose souvent des problèmes diagnostique et thérapeutique liés à sa faible fréquence et à la difficulté d'identifier les bacilles tuberculeux (1).

Nous rapportons dans ce travail un cas de tuberculose testiculaire associée à une pleurésie récidivante sans preuve bactériologique, observé à Madagascar dans un contexte de déficit technique.

Monsieur RF, 38 ans, consulte pour une augmentation du volume de sa bourse droite associée à des brûlures miccionnelles. Dans ses antécédents, nous notons : une notion d'asthme dans l'enfance et trois ans plus tôt un épanchement pleural gauche non exploré sur le plan paraclinique qui s'est reproduit à trois reprises et qui a bénéficié de ponctions itératives. Le patient, vacciné par BCG dans l'enfance vit sous le même toit que son frère qui a présenté, 5 ans plus tôt, une pleurésie tuberculeuse documentée et traitée selon le protocole de traitement anti-tuberculeux de Madagascar.

À l'examen, sa bourse droite est augmentée de volume mais sans caractères inflammatoires nets. Le bilan biologique standard est normal excepté une créatininémie à 20,9 mg/l. L'examen cytobactériologique des urines, sans réalisation d'une culture sur Lowenstein, conclut à une leucocyturie amicrobienne. La sérologie VIH est négative. La radiographie thoracique ne retrouve ni syndrome pleural ni autre anomalie particulière. L'échographie scrotale montre un testicule droit augmenté de taille, hétérogène, et siège de zones hypoéchogènes.

Une biopsie testiculaire est réalisée et l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire révèle l'aspect d'une tuberculose caséuse évolutive. Le malade a bénéficié du protocole de prise en charge de la tuberculose appliqué à Madagascar. L'évolution clinique et paraclinique est bonne après un recul de 18 mois.

La localisation testiculaire isolée de la tuberculose est exceptionnelle chez l'homme (2) et ainsi dans un travail récent à Madagascar, un seul cas de tuberculose orchio-épididymaire a été retrouvé sur 16 cas de tuberculose urogénitale parmi les 660 tuberculoses extra-pulmonaires diagnostiqués (3). Le diagnostic est souvent malaisé et tardif en l'absence d'autres localisations évocatrices, d'une notion de contagion ou d'un antécédent de tuberculose (2,4). Ce fut le cas de notre patient chez qui nous retrouvons une lésion pleurale itérative suspecte et une notion de contagion.

Le tableau clinique est généralement celui d'une épидidymite chronique ou d'une orchio-épididymite évoluant dans un contexte peu douloureux sauf en cas de surinfection, faisant discuter le diagnostic d'une tumeur testiculaire ou d'une orchio-épididymite chronique (5). La présence d'un épидidyme tuméfié ou nodulaire et/ou d'une fistule scrotale peut orienter le diagnostic (2).

La présence de Bacille de Koch dans les urines est un signe de certitude mais une bactériologie négative n'écarte pas le diagnostic car la sensibilité de l'ECBU est variable selon les auteurs, variant de 5 à 72 % (4). L'examen direct du sperme

après coloration de Ziel-Nielsen, qui s'avère performant dans cette indication, n'a pas été utilisé chez notre patient. De plus, rappelons l'intérêt de la culture sur milieu spécifique pour mycobactérie (dont nous ne disposons pas) qui s'avère sensible mais à réponse différée. Dans cette éventualité, un diagnostic biologique par la réaction de polymérisation en chaîne (PCR) qui possède une excellente spécificité peut mettre en évidence des fragments d'ADN du bacille, mais sa sensibilité dans les urines ne semble pas satisfaisante. Enfin, la sérologie VIH doit être systématique car une association morbide est possible.

Sur le plan de l'imagerie, l'échographie scrotale peut aider au diagnostic étiologique de l'atteinte testiculaire (6), et l'urographie intraveineuse permet de dépister une atteinte urinaire (7). La radiographie du thorax doit être demandée à la recherche d'un foyer pulmonaire. L'examen anatomo-pathologique de fragments biopsiques est essentiel car il permet de différencier une tumeur maligne d'une atteinte tuberculeuse du testicule (2).

La prise en charge est médico-chirurgicale. Le traitement médicamenteux est variable selon les pays (4) mais à Madagascar, le protocole associe 2 mois d'isoniazide, d'éthambutol, de pyrazinamide et de rifampicine et 6 mois d'isoniazide et de thiacétozole.

La tuberculose testiculaire isolée ou bifocale comme dans notre observation est rare. La bactériurie n'est pas toujours positive et l'approche diagnostique doit s'aider du contexte épidémiologique (pathologies associées, contagion, etc.). Dans tous les cas l'examen anatomo-pathologique des pièces de biopsie testiculaire confirme le diagnostic et une antibiothérapie anti-tuberculeuse bien conduite assure dans tous les cas la guérison.

G. D. SOLOFOMALALA, A.J.C. RAKOTOARISOA,
J. RAKOTOSAMIMANANA, L. RABARIOELINA

• *Travail des Services de Chirurgie Urologique et Cardiovasculaire-Thoracique (G.D.S., A.J.C.R., J.R., Chirugiens et Chefs de Clinique ; L.R., Professeur Emérite à la Faculté de Médecine d'Antananarivo), CHU Ampefiloha HJRA, Antananarivo, Madagascar.*

• *Correspondance : G D SOLOFOMALALA Service de Chirurgie Cardiovasculaire-Thoracique CHU Ampefiloha HJRA Antananarivo, Madagascar.*

• *Courriel : sgdual@yahoo.fr*

- 1 - HUCHON G - Tuberculoses et mycobactérioses non tuberculeuses. *Encycl Méd Chir (Elsevier Paris), Maladies infectieuses, Pneumologie* 6-019-A-33, 1997, 20 p.
- 2 - JOUAL A, RABII R, GUESSOUS H *et Coll* - Tuberculose testiculaire isolée à propos d'un cas. *Ann Urol* 2000; **34** : 192-4.
- 3 - PECARRERE J, RAHARISOLO C, DROMIGNY JA *et Coll* - A propos de 660 cas de tuberculoses histologiques extra-pulmonaires étudiés à l'Institut Pasteur de Madagascar. *Arch Inst Pasteur Madagascar* 1995, **62** : 83-9.
- 4 - BENCHEKROUN A, LACHKAR A, SOUMANA A *et Coll* - La tuberculose urogénitale : à propos de 80 cas. *Ann Urol* 1998; **32** : 89-94.
- 5 - RIEHLE R A, JAYARAMAN K - Tuberculosis of testis. *Urology* 1982; **20** : 43-6.
- 6 - KIM SH, POLLACK HM, CHO KS *et Coll* - Tuberculous epididymitis and epididymo-orchitis : sonographic findings. *J Urol* 1993; **150** : 81-4.

7 - MNIF A, LOUSSAIEF H, BEN HASSINE L *et Coll* - Les aspects évolutifs de la tuberculose uro-génital: à propos de 60 cas. *Ann Urol* 1998; **32** : 283-9.

TUBERCULOSE AMYGDALIENNE ET MILIAIRE PULMONAIRE

Monsieur K. Z., âgé de 27 ans, consulte en ORL en janvier 2004 pour adénopathie cervicale gauche. L'examen ORL révèle un ganglion digastrique gauche supra centimétrique, indolore et non fixé. Le patient n'a jamais fumé et consomme de l'alcool de manière exceptionnelle. Il n'a pas d'antécédents particuliers. A la fibroscopie ORL, l'amygdale gauche est le siège d'une tumeur bourgeonnante, tandis que l'amygdale droite paraît normale. Une biopsie de la tumeur sera réalisée sous anesthésie locale et montrera des plages de nécrose caséuse cernées par un granulome épithélioïde et gigantocellulaire, confirmant le diagnostic de tuberculose de l'amygdale gauche. Malgré ce diagnostic, le patient subira malheureusement trois semaines plus tard, une amygdalectomie bilatérale sous anesthésie générale, à la recherche d'un éventuel carcinome de l'amygdale. Le résultat histologique sera le même que celui de la biopsie, mais confirmera le caractère sain de l'amygdale droite. C'est ainsi que le patient sera transféré en consultation de maladies infectieuses en mars 2004 pour prise en charge. L'anamnèse permettra de relever les points suivants : absence de radiographie pulmonaire pré-opératoire ; existence d'une fièvre au long cours (39°C), amaigrissement de 20 kgs en 6 mois ; (3) toux grasse, expectorations muco-purulentes et douleurs thoraciques diffuses. Plusieurs adénopathies cervicales bilatérales supracentimétriques, douloureuses et mobiles sont palpées. L'auscultation cardiaque est sans particularité ; il n'y a ni sibilances ni crépitations à l'auscultation pulmonaire.

La vitesse de sédimentation est à 76 mm à la première heure. Les leucocytes sont à 5600/mm³ dont 3984 neutrophiles et 922 lymphocytes. La sérologie VIH 1+2 est négative. La recherche de mycobactéries dans les crachats revient négative. La radiographie pulmonaire révèle un infiltrat micro-réticulonodulaire bilatéral diffus à type de miliaire. Un mois après le début de la quadrithérapie antituberculeuse (Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide, Ethambutol), le patient sera asymptomatique.

Cette présentation est intéressante par divers aspects. La localisation amygdalienne de la tuberculose est effectivement exceptionnellement publiée (1) et n'est pas l'apanage des patients immunodéprimés. Cependant, en zone d'endémie tuberculeuse, ce diagnostic doit être évoqué en premier lieu, d'autant plus qu'il s'agit d'un patient sain (2,3). La miliaire observée à la radiographie pulmonaire post-opératoire est soit hémotogène, soit bronchogène. Néanmoins, cette atteinte pulmonaire aurait bien pu exister bien avant la chirurgie (4).

Par ailleurs, plusieurs diagnostics autres que la tuberculose sont à évoquer devant une tumeur amygdalienne : hémopathies malignes et carcinome, histoplasmose, sarcoïdose (diagnostic histologique) ; abcès à germes pyogènes dont l'angine de Vincent, nocardiose, actinomycose, amygdalite chronique (bactériologie) ; toxoplasmose et syphilis (sérologie) (5).

Connaissant la grande contagiosité de la tuberculose des voies aériennes supérieures, le diagnostic aurait pu être aisément posé par une enquête étiologique simple, peu coûteuse et non invasive telle que une radiographie pulmonaire et la recherche de mycobactéries dans les crachats. On aurait certainement évité d'intuber un malade tuberculeux bacillifère de même qu'un ensemençement secondaire des voies aériennes basses. L'entourage personnel et soignant de ce patient aurait également été préservé.

R. NJOCK, P. ABENA MESSOMO, S. MVOUNI OYONO, H. LUMA NAMME

• *Travail du Service d'ORL (R.N., S.M.O., Docteurs en médecine), du Service de Médecine Interne (P.A.M., H.L.N., Docteurs en médecine) et de l'Unité d'Infectiologie (P.A.M., Docteur en Médecine), Hôpital Général de Douala, Douala, Cameroun*

• *Correspondance : R. NJOCK, Service ORL, Hôpital Général de Douala, BP 4856 Douala, Cameroun.*

• *Courriel : abenamessomo@yahoo.fr*

- 1 - KARDON DE, THOMPSON LD - A clinicopathologic series of 22 cases of tonsillar granulomas. *Laryngoscope* 2000; **110** : 476-81.
- 2 - KHAROUBI S - Pharyngeal tuberculosis: an analytical study and report of 10 cases. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 1998; **119** : 203-7.
- 3 - SRIROMPOTONG S, YIMTAE K, SRIROMPOTONG S - Clinical aspects of tonsillar tuberculosis. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2002; **33** : 147-50.
- 4 - YAMAMOTO K, IWATA F, NAKAMURA A *et Coll* - Tonsillar tuberculosis associated with pulmonary and laryngeal foci. *Intern Med* 2002; **41** : 664-6.
- 5 - CLYTI E, AZNAR C, COUPPIE P *et Coll* - Disseminated histoplasmosis detected by lingual and tonsillar erosions in an immunocompetent patient. *Ann Dermatol Venerol* 1999; **126** : 709-11.

ÉPIDÉMIE DE DENGUE EN AFGHANISTAN : UNE FAUSSE ALERTE

Plusieurs nations alliées de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord participent depuis 2002 à une coalition en Afghanistan, pays où sévissent de nombreuses maladies transmissibles comme le paludisme et les leishmanioses, mais où la dengue était jusqu'alors inconnue (1). L'unité médicale principale du théâtre est une unité allemande mise en œuvre à Kaboul, équipée en particulier d'un laboratoire de biologie de campagne.

Le 28 juillet 2004, un cas de dengue est diagnostiqué par le laboratoire allemand chez un militaire anglais et un personnel de l'Organisation des Nations Unies stationnés à Mhazar-i-Sharif. Le test utilisé est le Dengue Duo IgM and IgG Rapid Strip Test® (2), positif pour les IgM et négatif pour les IgG chez ces deux patients. A la même période, deux autres cas sont diagnostiqués par le même laboratoire chez des militaires canadiens n'ayant pas quitté Kaboul et pour lesquels les tests objectifs des IgM positives et des IgG négatives. Des mesures de renforcement de la lutte antivectorielle sont alors proposées par le service britannique du « *Communicable Disease Control* », ainsi que des recommandations pour le renforcement de la surveillance des fièvres. Les captures entomologiques effectuées par l'armée allemande avec une périodicité trimestri-

trielle depuis 2002 n'ont retrouvé aucun vecteur de la dengue, mais de nombreuses espèces d'Anopheles et de Culex. Les diagnostics n'ont pas été confiés par le "Defence Science and Technology Laboratory" de Porton Down en Grande Bretagne (IgM négatives et IgG positives pour le patient anglais) et le Zentralen Institutes des Sanitätsdienstes de Koblenz en Allemagne (IgM et IgG négatives pour les autres patients), sans qu'aucun autre diagnostic ait pu être porté.

Cette fausse alerte a eu un côté positif, puisqu'elle a permis le renforcement des mesures de lutte antivectorielle, permettant ainsi une meilleure prévention des autres maladies à transmission vectorielle. Mais elle a eu des conséquences néfastes, puisque les patients ont été rapatriés alors qu'ils auraient pu continuer leur participation à la mission extérieure. L'information a rapidement diffusé dans les médias canadiens avec une connotation péjorative, en particulier dans la «Montreal Gazette» (3), avant d'être rapportée par le programme PROMED de l'International Society for Infectious Diseases (4).

Les nouvelles technologies permettent de développer des tests utilisables de plus en plus près des forces en opérations. Mais il paraît essentiel de valider ces tests avant de généraliser leur emploi. Leur utilisation doit être prudente, beaucoup de faux positifs étant possibles, dus à des réactions croisées avec d'autres flavivirus, à des infections anciennes et à la vaccination contre la fièvre jaune. Hors contexte d'épidémie ou d'endémie documentée, ce type de test ne peut constituer qu'un élément d'orientation, au même titre que la clinique. Le recours au laboratoire de référence reste nécessaire. Car les conséquences d'un faux diagnostic peuvent avoir des implications importantes sur le plan individuel (mise en route d'un mauvais traitement, mesures de contrôle inadéquates), collectif (indication de vaccinations de masse inappropriées, mesures de restriction ou autres) et opérationnel (modification de l'ordre de bataille et impact sur le déroulement de la mission). Dans le contexte de menace NRBC actuel, la validation des tests permettant d'affirmer une attaque biologique paraît d'autant plus importante.

Remerciements • A. H. Tolou (Laboratoire de Virologie de l'IMTSSA de Marseille), M. Tepper, H. Flaman et S. Schofield (Communicable Disease Control Program of Canadian Department of National Defence), C. MacKay (Canadian Forces Medical Group Headquarters) et S. Woolger (Fort Detrick) pour leur participation à ce travail.

J-B MEYNARD, R.H. SUMMERS, M. FAULDE, G. TEXIER, X. DEPARIS, P. MACDONALD, A. SNOW, A. TUKA, G. HEYL, K. DUFFY, B. QUEYRIAUX, C. DECAM, A. D. GREEN

• Travail Travail du Communicable Disease Control for UK Defence Military Services Department, Camberley (Médecin principal J-B Meynard, Major P MacDonald, Lieutenant Squadron K Duffy, Wing Commander AD Green), du Medical Intelligence for UK Army Medical Directorate, Camberley (Captain RH Summers), du Laborgruppe Medizinische Zoologie, Zentrales Institut des Sanitätsdienstes der Bundeswehr, Koblenz (Lieutenant-Colonel M Faulde), du Département d'Epidémiologie et de Santé Publique de l'Institut de Médecine Tropicale du Service de santé des armées, Marseille (Médecin en chef C Decam, médecins G Texier et B Queyriaux), de l'Institut Pasteur de Guyane, Cayenne (Médecin en chef X Déparis), du Canadian Task Force Surgeon, Kaboul (Major A Snow, Captain A Tuka) et du Bundeswehr Medical Office, Munich (Colonel G Heyl).

• Correspondance : Major Jean-Baptiste Meynard, Communicable Disease Control, Defence Medical Services Department, FASC Camberley, Slim Road, Camberley, Surrey, GU15 4NP • Fax: +44 1276 412737.

• Courriel : cdc.sgd@virgin.net •

- 1 - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ - <http://www.who.int/ctd/dengue/geo.htm>
- 2 - GENZYME VIROTECH GMBH - Dengue rapid strip test. <http://www.virotech.de/vt/en/docs/vertriebsprodukte0202.pdf>
- 3 - VANPRAET N - Canadian soldier stricken with dengue fever : viral infection is similar to West. Montreal Gazette 2004; 5th August.
- 4 - International Society for infectious Diseases. PROMED ; 7th August 2004, 15h39. Source : Globe and Mail, 4th August. <http://www.theglobeandmail.com/serlet/story/RTGAM.20040804.wdeng0804/BNSStory/International/>

FONCTIONNALITÉ DES CASES DE SANTÉ DU DISTRICT SANITAIRE DE VÉLINGARA (SÉNÉGAL)

L'équité des soins de santé primaires (SSP) veut que les services soient géographiquement accessibles, socioculturellement acceptables et financièrement abordables (1). Au Sénégal, le système de santé comprend trois niveaux : central, régional, et local. Le niveau local ou district sanitaire est un système pyramidal avec au sommet les centres de santé, au niveau intermédiaire les postes de santé, et à la base les cases de santé qui offrent des soins de santé dans les zones périphériques (2).

Le district de Vélingara est l'un des trois districts qui compte la région de Kolda, au Sud du Sénégal. Il couvre 5435 km² avec 30 h/km², une mortalité infantile de 112 ‰ et maternelle de 1076 pour 100 000 naissances vivantes. Les trois affections prédominantes sont le paludisme (52 %), les infections respiratoires aiguës (18 %) et les maladies diarrhéiques (10 %). Le personnel de santé comprend 2 médecins, 21 infirmiers, 4 sages femmes, 7 agents d'hygiène, et 72 agents communautaires. Les infrastructures de santé comprennent 1 centre de santé, 14 postes de santé et 66 cases de santé. Ces cases ont été étudiées du 1^{er} juillet au 31 août 2003, par l'observation directe des infrastructures, complétée par l'interview des responsables (infirmiers, agents communautaires, chefs de village, leaders religieux et membres de bureau des comités de santé). Quatre paramètres de fonctionnalité ont été définis avec leur niveau de satisfaction : (i) Les infrastructures et l'équipement (existence de 2 salles avec intégrité du toit, des portes et des fenêtres, et disponibilité d'une armoire, d'une table et du matériel nécessaire aux soins) ; (ii) Les ressources humaines (présence d'au moins 2 agents dont une matrone, motivés financièrement et bénéficiant d'une supervision mensuelle régulière) ; (iii) Les prestations de service (soins médicaux et de maternité, et éducation pour la santé) ; (iiii) La participation communautaire (dans la détermination des besoins, la direction et l'organisation des activités, la mobilisation des ressources, et la gestion).

Sur les 66 cases de santé du district, 28 (42 %) offraient des services de soins. Elles étaient à 10 km de leur poste de référence, et polarisaient 6 villages en moyenne. Ces cases avaient été implantées par la population dans 57 % des cas, et par des partenaires au développement dans 43 %. Les infrastructures

étaient satisfaisantes au niveau de 12 cases de santé (43%), les prestations de bonne qualité au niveau de 11 (39%), les ressources humaines requises et motivées au niveau de 6 (21%), et la communauté bien impliquée au niveau de 6 (21%). Les quatre critères de fonctionnalité étaient réunis au niveau de 5 cases de santé (18%).

Le mauvais fonctionnement des cases de santé du district de Vélingara a déjà été noté dès 2001 par Diop (2). La fréquence des ruines (58%) et le mauvais état des cases de santé encore actives témoignent de l'impossibilité des populations à assurer, toutes seules, leur entretien (3). Les ressources humaines, choisies par et pour la communauté (4), doivent être au moins deux pour assurer la continuité des activités (2). La supervision doit être assurée régulièrement par l'infirmier chef de poste (2). La participation communautaire, pour être efficace, doit inclure toutes les composantes de la population, dans un esprit d'auto responsabilité et d'indépendance (2,3). Ainsi, les SSP, pour leur succès, ont besoins de la fonctionnalité des cases de santé qui, de ce fait, doivent être redynamisées.

La redynamisation de ces cases de santé nécessite l'implication des communautés, la réfection des infrastructures et leur équipement en matériel, l'augmentation et la motivation du personnel, et la régularité des supervisions. Elle permettra de réduire les besoins de soins non satisfaits pour une meilleure santé des populations dans le district de Vélingara.

P. NDIAYE, A.K. DIOP, A. DIEDHIU, M. KDIAXHATE,
A. TAL DIA

- *Travail du Service de médecine préventive (P.N., A.K.D., A.D., M.K., A.T.D., Docteurs en médecine), UCAD-Dakar, 16390 Dakar Fann, Sénégal.*
- *Correspondance : P. NDIAYE, Service de médecine préventive, UCAD-Dakar, 16390 Dakar Fann, Sénégal*
- *Courriel : cdc.sgd@virgin.net •*

- 1 - MONEKOSSO GL - Accélérer l'instauration de la santé pour tous les africains : Scénario de développement sanitaire en trois phases. OMS - Bureau Régional pour l'Afrique, Brazzaville, République du Congo - Janvier 1989 : 60.
- 2 - DIOP AK - Evaluation de la fonctionnalité des cases de santé du district de Vélingara. Dakar, ISED, Mémoire CES Santé Publique, 2001, n° 9-606 : 24.
- 3 - TARIN E, THUNHURST C - Participation communautaire - avec la collaboration des prestataires. *Forum Mondial de la Santé* 1998 ; 19 : 71-7.
- 4 - BICHMANN V, RIFKIN SB ET SHRESTHA M.- Peut-on mesurer le degré de participation communautaire ? *Forum Mondial de la Santé* 1989 ; 10 : 513-9.

SCIATIQUE FÉBRILE RÉVÉLANT UN ABCÈS DE LA MARGE ANALE

Les étiologies extra-rachidiennes des lombosciatalgies sont peu fréquentes. Elles sont évoquées devant certaines atypies cliniques dont les plus importantes sont la fièvre, l'absence de syndrome rachidien et l'atteinte pluriradiculaire. Leur méconnaissance peut conduire à de graves erreurs thérapeutiques.

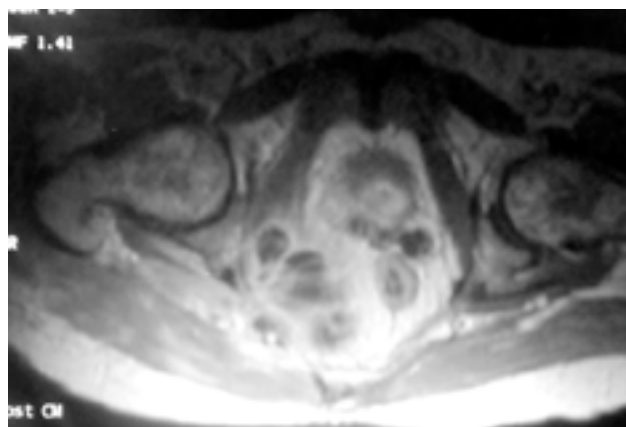


Figure 1 - Coupes axiale en T1 post gadolinium objectivant un volumineux abcès de la fosse ischiatique refoulant le rectum pour s'étendre aux muscles fessiers homolatéraux.

Monsieur C.A., âgé de 51 ans présente depuis 20 jours une sciatique droite fébrile très algique, insomniante, sans troubles vésicaux sphinctériens associés. Le rachis lombaire est raide, avec une contracture des muscles para-vertébraux. Il n'y a pas de signes de conflit disco radulaire. Par ailleurs, l'examen somatique est normal et en particulier l'examen neurologique et le toucher rectal. La recherche d'une porte d'entrée est négative. La biologie révèle une hyperleucocytose à 19500 éléments/mm³ avec 87% de PNN, une VS à 115 et une CRP à 109 mg/l. Les radiographies standard montrent une discopathie étagée avec une ostéophytose antérieure. Une spondylodiscite infectieuse étant fortement suspectée, une IRM lombaire est réalisée en urgence et révèle un volumineux abcès étendu de la fosse-iliaque en avant de la sacro-iliaque droite fessant dans l'échancrure ischiatique et s'étendant aux muscles fessiers homolatéraux (Fig. 1 et 2). Il n'y a pas de signes de spondylodiscite associés. Un complément scannographique pelvien confirme cet important abcès pelvien postérieur d'origine ano-rectale étendu de la marge anale jusqu'à la partie distale du chef lombaire du muscle psoas lombaire droit avec un comblement de la fosse ischio-coccygienne droite, de la loge des fessiers et du muscle obturateur droit (Fig. 3). Un nouvel examen du



Figure 2 - Collection occupant l'espace pré-coccygien rétro-rectal droit, envahissant l'obturateur interne, le moyen et le petit fessier droit ainsi que la partie interne du psoas iliaque droit.

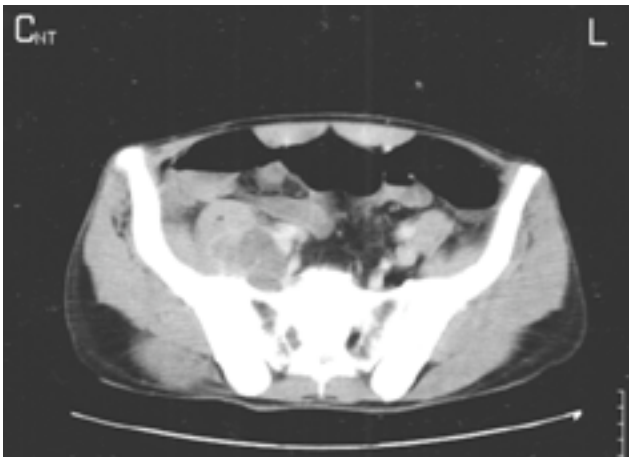


Figure 3 - Collection pelvienne postérieure droite comblant la fosse ischiatique droite.

patient trouve alors une volumineuse tuméfaction rénitente sensible de 10 cm de diamètre de la fesse droite. Une double antibiothérapie associant une céphalosporine de troisième génération à un aminoside est instaurée puis l'abcès est drainé chirurgicalement par voie médiane, ramenant 400 cc de pus. La recherche bactériologique s'est révélée négative. L'antibiothérapie est alors renforcée après l'acte par le metronidazole à raison de 1,5g/jour pendant 7 jours. L'évolution est bonne avec une sédation des douleurs au bout de 48 heures. Une exploration digestive était prévue mais le patient est perdu de vue.

Les atteintes tronculaires des sciatiques sont rares. Elles peuvent être associées selon l'étiologie à des douleurs abdominales ou pelviennes. Elles ne s'accompagnent pas classiquement de lombalgies. Le syndrome rachidien présent chez notre patient n'est pas non plus habituel et a fait errer le diagnostic. Il est probablement en rapport avec le volumineux abcès étendu au muscle psoas lombaire. En fait toute forma-

tion tumorale et expansive siégeant à proximité du trajet du nerf sciatique peut être à l'origine d'une sciatique tronculaire (1). La douleur est intense et permanente, la topographie est souvent pluriradiculaire. Seuls huit cas en rapport avec une étiologie infectieuse sont relevés dans la littérature compliquant une maladie de Crohn (2), ou survenant chez des sujets immunodéprimés (3-5). Le traitement consiste en une antibiothérapie avec drainage chirurgical.

Cette observation a pour but d'attirer l'attention sur les causes extra-rachidiennes tronculaires des sciatiques qui doivent être évoquées devant certains signes alarmants. Ces étiologies quoique rares, sont souvent graves et représentent des urgences diagnostiques et thérapeutiques.

CH BEN HADJ YAHIA, W. HAMDI, L. CHAABOUNI,
L. ABDELMOULA, MM KCHIR, R. ZOUARI

- Travail Service de Rhumatologie (C.B.H.Y., Assistante hospitalo-universitaire; W.H., Rhumatologue; L.C., Assistante hospitalo-universitaire; L.A., Assistante hospitalo-universitaire; M.M.K., Professeur; R.Z., Professeur, Chef de service), Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie.
- Correspondance : C. BEN HADJ YAHIA, 9, impasse 3, rue des mères de Tunisie, 2092, jardins d'el Menzeh, Manar I, Tunisie • Fax : 71569194
- Courriel : cdc.sgd@virgin.net •

- 1 - DHÔTE R, TUDORET L, BACHMEYER C *et Coll* - Cyclic Sciatica. A manifestation of compression of the sciatic nerve by endometriosis. *Spine* 1996; **21** : 2277-9.
- 2 - AGUILERA V, CALVO F, NOS P *et Coll* - Sciatica secondary to a presacral abscess as the first manifestation of Crohn's disease. *Gastroenterol Hepatol* 2002; **25** : 505-7.
- 3 - BABA H, OKUMURA Y, FURUSAWA N *et Coll* - Dumb-bell shaped tuberculous abscess across the greater sciatic notch compressing both sciatic nerves. *Spinal Cord* 1998; **36** : 584-7.
- 4 - SERVANT CT - An unusual cause of sciatica. A case report. *Spine* 1998; **23** : 2134-6.
- 5 - PEGO-REIGOSA R, BRANAS-FERNANDEZ F, GARCIA-PORRUA C, GONZALEZ-GAY MA - Sciatic nerve palsy as presenting sign of perianal abscess. *Joint Bone Spine* 2003; **70** : 85-6.