

CAS CLINIQUE

CERVICALGIES FÉBRILES RÉVÉLATRICES D'UNE ÉPIDURITE INFECTIEUSE

GODINAS E (1), ANCION A (1), GILBERT A (1), GHUYSEN A (1)

RÉSUMÉ : Les épидurites infectieuses et les abcès épiduraux sont des pathologies relativement rares, mais avec des conséquences neurologiques redoutables. Une faible incidence et une présentation clinique souvent insidieuse engendrent de fréquents retards de diagnostic qui pèjorent le pronostic des patients avec le développement de déficits neurologiques. Si l'évaluation des facteurs de risque, un examen clinique scrupuleux et des analyses biologiques peuvent guider vers le diagnostic, l'examen-clé reste l'imagerie par résonance magnétique (IRM). La ponction lombaire est contre-indiquée. Bien que l'approche chirurgicale ait longtemps été le traitement de choix, un traitement plus conservateur basé sur une antibiothérapie systémique est également discuté.

MOTS-CLÉS : *Épidurite - Abcès épiduraux - Cervicalgie - Raideur de nuque*

FEBRILE CERVICALGIA REVEALING INFECTIOUS EPIDURITIS : A CASE REPORT

SUMMARY : Infectious epiduritis and epidural abscesses are relatively rare pathologies but with important neurological consequences. A low incidence associated with an insidious clinical presentation leads to frequent delays in diagnosis, which worsen the prognosis of patients with the development of neurological deficits. While the evaluation of risk factors, a careful clinical examination and biological tests can guide to the diagnosis, the key examination remains magnetic resonance imaging (MRI) while lumbar puncture remains contraindicated. Although surgery (spinal decompression) has long been the treatment of choice, the current management of patients with infectious epiduritis is debated between surgery and conservative treatment with systemic antibiotic therapy.

KEYWORDS : *Epiduritis - Epidural abscess - Cervicalgia - Neck stiffness*

INTRODUCTION

Les épидurites infectieuses et les abcès épiduraux sont rares, avec une fréquence estimée à 1 cas pour 20.000 hospitalisations (1). Cependant, ces dernières années, on remarque une augmentation du nombre de cas attribuable à une majoration de la prévalence des patients à risques (2-5,7). La faible incidence de cette pathologie et sa présentation clinique souvent insidieuse rendent le diagnostic d'épidurite infectieuse difficile. Pourtant, le risque de déclin neurologique précipité impose un diagnostic précoce afin de limiter les séquelles telles que la paralysie ou le décès (2).

Ainsi, cet article a pour objectif d'insister sur les aspects-clé de cette pathologie en présentant un cas d'épidurite infectieuse chez une patiente admise dans le service des Urgences pour cervicalgies fébriles.

CAS CLINIQUE

Nous rapportons le cas d'une patiente de 56 ans, adressée par son médecin généraliste au service des Urgences pour un tableau de cervicalgies irradiant dans les membres supérieurs

dans un contexte fébrile. La symptomatologie était fluctuante et évoluait depuis 5 jours.

Préalablement à son admission, le bilan ambulatoire a démontré un test négatif pour le SARS-CoV-2, une analyse urinaire négative, un bilan biologique avec un syndrome inflammatoire et une hyperleucocytose. Un traitement d'essai par méthylprednisolone, anti-inflammatoire non stéroïdien et paracétamol est resté inefficace.

Parmi les antécédents médicaux significatifs, on note une néoplasie mammaire métastasée, sous immunothérapie.

L'examen clinique aux Urgences objective une raideur de nuque sans focalisation ou déficit neurologique. La percussion des épineuses vertébrales en région cervicale est douloureuse. Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

Le bilan biologique montre une majoration du syndrome inflammatoire avec une protéine C-réactive (CRP) à 299 mg/L et une hyperleucocytose à 11.760/mm³. Un scanner cervico-cérébral est réalisé d'emblée et démontre la présence de collections liquidiennes abcédées au niveau des foramen en C1-C2 ainsi qu'au niveau des tissus mous postérieurs à hauteur de C5-C7 (Figure 1).

Le bilan est complété par une imagerie par résonance magnétique (IRM) du rachis (Figures 2-3) qui met en évidence une épидurite cervicale étendue, un abcès épidural postéro-latéral de C3 à T1, avec mise à l'étroit du cordon médullaire surtout marquée de C4 à C6. Une

(1) Service des Urgences, CHU Liège, Université de Liège, Belgique.

Figure 1. Scanner cervical, coupe sagittale mettant en évidence l'abcès épidual

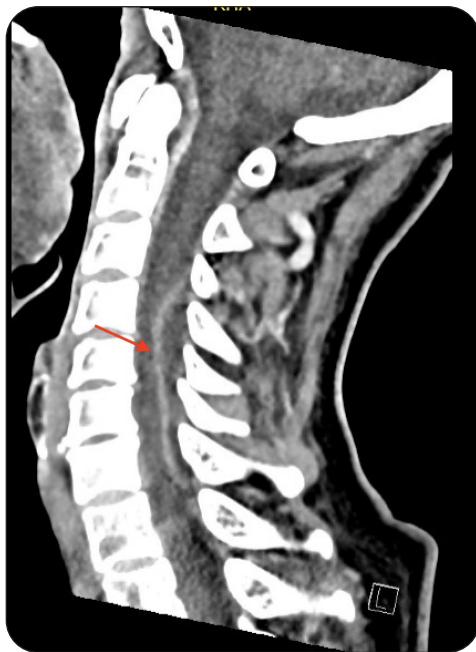
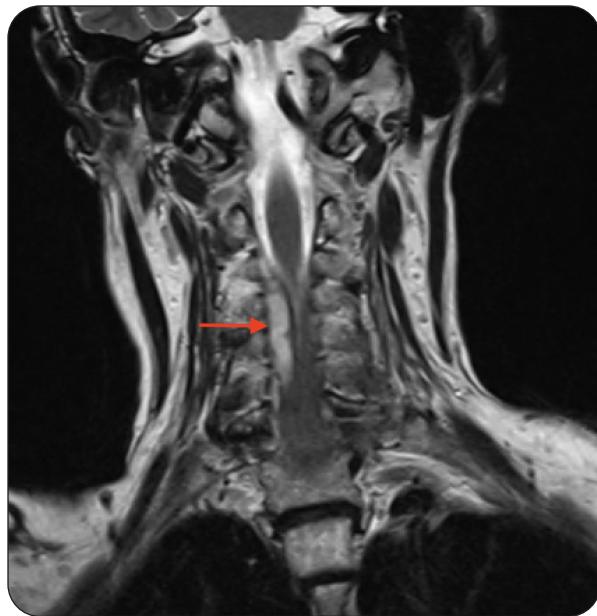


Figure 2. Imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale, coupe coronale T2 mettant en évidence l'abcès épidual, refoulant le cordon médullaire



collection abcédée intramusculaire para-vertébrale gauche est également présente, mais sans spondylodiscite associée.

La compression du cordon médullaire constatée a justifié une procédure chirurgicale urgente impliquant une laminectomie de C4 à C6. En outre, une antibiothérapie systémique intraveineuse par flucloxacilline fut initiée.

Excepté l'antécédent néoplasique métastatique de la patiente, facteur de risque suffisant pour une complication infectieuse, le bilan hospitalier ne retrouva aucun autre facteur prédisposant à cette épidurite. L'évolution clinique et biologique de la patiente furent favorables, sans complication notable et la patiente put regagner son domicile.

DISCUSSION

L'épidurite infectieuse est une entité rare dont l'identification ne doit pourtant pas être négligée devant la constatation de signe évocateurs tels qu'une douleur dorsale localisée avec de la fièvre et ce, en présence d'un déficit neurologique ou non. L'établissement d'un diagnostic précoce est capital puisqu'il réduit les éventuelles complications neurologiques, une dégradation clinique ultérieure, voire le décès du patient.

Figure 3. IRM en coupe sagittale T2 mettant en évidence l'abcès collecté épidual postéro-latéral droit de C4 à C7, refoulant et déformant le cordon médullaire



FACTEURS FAVORISANTS

Plusieurs facteurs prédisposants ont été rapportés dans la littérature. Parmi ceux-ci, nous retrouvons la présence d'un diabète, d'une infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH), l'alcoolisme chronique, l'utilisation de drogues par voie intra-veineuse, une procédure spinale ou épидurale récente, un traumatisme spinal récent, l'utilisation chronique de stéroïdes ou une néoplasie maligne (6-8). Des infections locales ou systémiques peuvent également être considérées comme facteurs de risque (3). En effet, les épidurites se développent lorsque des microorganismes pénètrent l'espace épidual, le plus souvent par voie hématogène, à partir d'un foyer infectieux se trouvant à distance, mais la progression d'une infection locale, de la peau par exemple, peut également être une source potentielle (1, 3, 6).

CLINIQUE

La douleur dorsale reste le symptôme le plus commun (2, 3), présent dans 70 à 100 % des cas. Seule une petite proportion de patients présente la triade clinique typique, à savoir fièvre, douleur dorsale et déficits neurologiques (1, 5). D'autres symptômes tels que des douleurs radiculaires et une dysfonction des sphincters peuvent également être retrouvés.

Dans un article de Heusner datant de 1948 (12), un système de «stadification» a été établi afin de décrire adéquatement la progression des symptômes et des signes physiques en quatre stades, à savoir : le stade 1 comprenant la douleur dorsale au niveau de l'infection, le stade 2 englobant la douleur radiculaire associée, le stade 3 notant une faiblesse motrice, des troubles sensitifs, des troubles sphinctériens et, finalement, le stade 4 impliquant une paralysie motrice (1, 2, 6, 9, 12).

DIAGNOSTIC

D'un point de vue biologique, on peut retrouver une élévation de la C-réactive protéine associée à une hyperleucocytose. Cependant, ces éléments sont aspécifiques et, bien qu'ils puissent être prédictifs du degré de gravité de l'atteinte, ils ne permettent pas de guider adéquatement le diagnostic (2).

L'examen de référence afin d'établir le diagnostic d'épidurite se base sur les techniques d'imagerie dont l'IRM s'avère être le premier choix. Cependant, son accessibilité pouvant être limitée ou son recours contre-indiqué, le scanner avec injection de produit de contraste reste une alternative diagnostique validée (2).

L'IRM, outre son intérêt sur la réduction de l'exposition aux radiations, permet une meilleure définition de l'extension longitudinale et para-spinale de l'abcès et l'optimisation de la différentiation entre un phénomène infectieux, néoplasique ou autre (1). Cette démarche est évidemment essentielle et conditionne la bonne mise en œuvre du traitement le plus approprié.

La ponction lombaire n'est pas indiquée d'emblée dans la démarche diagnostique puisqu'elle peut engendrer un risque de dissémination bactérienne au sein de l'espace subarachnoïdal (1, 3, 6).

Artenstein et coll. (10) ont tenté de développer un score afin de déterminer les cas potentiels d'épidurite infectieuse pour les stratifier en vue d'une imagerie vertébrale adaptée, en évitant la réalisation d'autres examens moins pertinents. Ce score se base sur des données cliniques spécifiques, à savoir la présence de fièvre, la cervicalgie, l'utilisation récente d'une antibiothérapie, l'utilisation de drogues par voie intraveineuse, et l'âge. Ce score doit encore être validé, mais il pourrait être adopté dans le futur en pratique clinique et limiterait les conséquences négatives de cette affection en permettant un diagnostic précoce (10).

TRAITEMENT

La prise en charge chirurgicale se voit de plus en plus souvent délaissée au profit d'un traitement conservateur reposant essentiellement sur l'administration intraveineuse d'une antibiothérapie. La décision doit se baser sur la symptomatologie et l'imagerie (présence de déficits neurologiques, compression médullaire...) (5, 6).

Il n'existe pas encore de recommandations standardisées pour permettre le choix entre un traitement chirurgical ou conservateur. Cependant, si le patient ne présente pas ou très peu de symptômes neurologiques, qu'il présente d'importantes comorbidités limitant la possibilité de chirurgie, on s'orientera vers un traitement conservateur par antibiothérapie, moyennant un monitoring rapproché de la fonction neurologique du patient (2, 10, 11). L'association de la chirurgie immédiate à l'antibiothérapie semble malgré tout rester la meilleure option (10, 11) comparativement à une prise en charge chirurgicale retardée suite à un échec du traitement conservateur (11).

Une antibiothérapie de minimum 6 semaines est recommandée (1, 6, 11), qu'elle soit associée ou non à une prise en charge chirurgicale. L'agent pathogène le plus souvent retrouvé, dans environ 60 % des cas est le *Staphylococcus Aureus* majoritairement sensible à la méthicilline (1, 2, 4, 6, 7). Ainsi, en première intention, une

antibiothérapie par pénicilline et céphalosporine de première ou seconde génération ciblant les staphylocoques doit être préférée et sera, par la suite, ajustée selon les cultures bactériologiques prélevées et leur antibiogramme. Si une résistance bactérienne est suspectée d'emblée par le contexte clinique et/ou les antécédents du patient, la vancomycine peut également être envisagée de prime abord (4, 11).

PRONOSTIC

Le pronostic dépend de la rapidité du diagnostic et de la prise en charge. La mortalité a diminué mais les séquelles neurologiques restent significatives et peuvent concerter jusqu'à la moitié des patients (11).

IMPLICATION CLINIQUE

Face à une cervicalgie fébrile associée à une raideur de nuque, il est important d'évoquer, dans le diagnostic différentiel, l'épidurite infectieuse. Les symptômes n'étant que peu spécifiques, l'imagerie médicale, de préférence l'imagerie par résonance magnétique, reste la pierre angulaire du diagnostic. Celle-ci devra être réalisée le plus rapidement possible afin de permettre un diagnostic précoce, et éviter d'autres examens moins pertinents et à risque de complications pour le patient, comme la ponction lombaire qui reste souvent un réflexe dans la démarche diagnostique en service d'urgences face à une raideur de nuque. Sur base des signes cliniques, une discussion avec les confrères neurochirurgiens permettra de choisir la meilleure prise en charge, qu'elle soit conservatrice ou chirurgicale.

CONCLUSION

Le diagnostic précoce d'épidurite infectieuse est essentiel afin d'éviter des complications neurologiques irréversibles. Comme la triade clinique classique n'est malheureusement que peu fréquente (1-5), il est intéressant d'évoquer ce diagnostic devant toute cervicalgie avec raideur de nuque associée à de la fièvre se présentant en salle d'urgences.

L'examen de choix reste l'imagerie par résonance magnétique alors que la ponction lombaire est contre-indiquée. Il est ainsi important de ne pas vouloir réaliser une ponction lombaire devant toute raideur de nuque se présentant en salle d'urgences, d'autant plus lorsque le diagnostic d'épidurite ou d'abcès spinal est évoqué.

BIBLIOGRAPHIE

1. Darouiche RO. Spinal epidural abscess. *N Engl J Med* 2006;355:2012-20.
2. Schwab JH, Shah AA. Spinal epidural abscess: diagnosis, management, and outcomes. *J Am Acad Orthop Surg* 2020;28:e929-38.
3. Bond A, Manian FA. Spinal epidural abscess: a review with special emphasis on earlier diagnosis. *Biomed Res Int* 2016;2016:1614328.
4. Huang PY, Chen SF, Chang WN, et al. Spinal epidural abscess in adults caused by *Staphylococcus aureus*: clinical characteristics and prognostic factors. *Clin Neurol Neurosurg* 2012;114:572-6.
5. Babic M, Simpfendorfer CS, Berbari, EF. Update on spinal epidural abscess. *Curr Opin Infect Dis* 2019;32:265-71.
6. Reihsaus, E, Waldbaur H, Seeling W. Spinal epidural abscess: a meta-analysis of 915 patients. *Neurosurg Rev* 2000;23:175-204.
7. Curry WT, Hoh BL, Amin-Hanjani S, Eskandar EN. Spinal epidural abscess: clinical presentation, management, and outcome. *Surg Neurol* 2005;63:364-71.
8. Vilke GM, Honingford EA. Cervical spine epidural abscess in a patient with no predisposing risk factors. *Ann Emerg Med* 1996;27:777-80.
9. Davis DP, Wold RM, Patel RJ, Tran AJ, et al. The clinical presentation and impact of diagnostic delays on emergency department patients with spinal epidural abscess. *J Emerg Med* 2004;26:285-91.
10. Artenstein AW, Friderici J, Visintainer P. A predictive model facilitates early recognition of spinal epidural abscess in adults. *West J Emerg Med* 2018;19:276-81.
11. Tetsuka S, Suzuki T, Ogawxa T, et al. Spinal epidural abscess: a review highlighting early diagnosis and management. *JMA J* 2020;3:29-40.
12. Heusner AP. Nontuberculous spinal epidural infections. *N Engl J Med* 1948;239:845-54.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Godinas E, Service des Urgences, CHU Liège, Université de Liège, Belgique.

Email : emilie.godinas@mil.be