

Une colique  
néphrétique peut-elle  
cacher une  
spondylodiscite  
infectieuse ? à propos  
d'un cas

N. BenYounes, C.Ouni,  
I.Bhourri, R.Hammami,  
K.Lamine

Service des urgences.  
Hôpital Militaire Principal  
d'Instruction. Tunis

**INTRODUCTION :**

La spondylodiscite infectieuse est une infection disco-vértébrale d'évolution aiguë ou chronique selon le germe en cause. La localisation lombaire est la plus fréquente. La symptomatologie réside essentiellement dans les douleurs lombaires qui peuvent s'accompagner de fièvre et plus rarement de signes neurologiques. La difficulté à poser le diagnostic tient non seulement à une clinique peu bruyante, mais également à la faible incidence de la spondylodiscite infectieuse par rapport aux autres étiologies des douleurs lombaires.

Nous rapportons le cas d'une spondylodiscite infectieuse découverte chez un patient consultant les urgences pour des douleurs de la fosse lombaire droite mimant une colique néphrétique.

**OBSERVATION :**

Nous citons le cas d'un patient âgé de 64 ans aux antécédents de diabète sous insuline. Il a consulté pour des douleurs au niveau de la fosse lombaire droite correspondant à une EVA à 7, évoluant depuis 48h.

L'examen clinique avait noté une stabilité hémodynamique, une température à 37,8°, une douleur à la palpation de la fosse lombaire droite, sans signes inflammatoires en regard, sans déficit neurologique. L'examen cardio-pulmonaire était sans anomalies.

La numération et formule sanguine a montré un syndrome inflammatoire biologique :

Leucocyte  $\rightarrow$  12 100 E/l et Protéine C-réactive  $\rightarrow$  198 mg/l.

L'examen cyto bactériologique des urines était négatif.

Les séries d'hémoculture étaient positives  $\rightarrow$  Le germe identifié : le staphylococcus aureus.



La radiographie standard de face du rachis lombaire



La radiographie standard de profil du rachis lombaire



- > Pas d'érosion
- > Pas d'effacement cortical
- > Pas de pincement
- > Pas de géode

Hyposignal du disque et des plateaux vertébraux de L4-L5 en T1



Coupe sagittale T1 du rachis lombaire avant injection de gadolinium

rehaussement important des corps vertébraux de L4-L5 Avec hétérogénéité discale



Coupe sagittale T1 du rachis lombaire après injection de gadolinium

Rehaussement de l'espace épidual évoquant une épidurite

Le patient a été mis sous double antibiothérapie parentérale : ceftriaxone + gentamicine, selon les recommandations de la Société Tunisienne de Pathologie Infectieuse. L'évolution du patient était favorable.

**DISCUSSION :**

La spondylodiscite est rare, mais en recrudescence en raison du vieillissement de la population, des affections immunosuppressives, des toxicomanies et des gestes interventionnels.

L'atteinte siège plus fréquemment au rachis lombaire dans plus de 50 % des cas et entraîne des douleurs lombaires associées ou non à des symptômes neurologiques. Devant ce tableau, les étiologies sont vastes, dont certaines sont beaucoup plus fréquentes que la spondylodiscite infectieuse. Ceci explique la difficulté du diagnostic.

Dans les séries les plus récentes, on retrouve un délai médian entre le début des symptômes et le diagnostic allant de deux mois pour les plus optimistes (1) à quatre mois pour les plus pessimistes (2). Sachant que le taux de mortalité est aux alentours de 11% (1,2) et qu'un des principaux facteurs de risque de mortalité est le délai avant le diagnostic et que plus de trois patients sur quatre avaient eu au moins une consultation médicale entre le début des symptômes et le diagnostic (1).

Ainsi il est indispensable que nous améliorions notre capacité à reconnaître cette pathologie afin d'optimiser sa prise en charge.

**CONCLUSION :**

La spondylodiscite infectieuse est certes une pathologie peu fréquente, mais sa gravité réside dans ses complications en cas d'un traitement inadéquat. D'où l'importance d'évoquer ce diagnostic devant toute douleur lombaire, même atypique.