

Fracture vertébrale sur une colonne bambou

A.P. Trouvin*

Une dorsalgie de novo chez un patient atteint de spondylarthrite ankylosante (SA) alors que sa maladie est considérée comme en rémission doit faire rechercher une rechute clinique du rhumatisme mais aussi une fracture vertébrale.

Observation

Un patient âgé de 72 ans est hospitalisé pour prise en charge d'une lombalgie aiguë associée à un syndrome de la queue de cheval.

Dans ses antécédents, on retrouve une SA diagnostiquée à l'âge de 40 ans, un épisode de syndrome coronarien aigu avec mise en place de 2 stents, une hypertrophie de la prostate traitée en 2005 par résection transurétrale et la mise en place bilatérale d'une prothèse totale de hanche en 2006.

À l'interrogatoire, il décrit des lombalgies hautes permanentes – avec des réveils nocturnes fréquents évoluant depuis 6 mois – pour lesquelles il n'a pas consulté, les attribuant à sa SA. Depuis 10 ans, les douleurs de rythme inflammatoire ont disparu, mais des douleurs d'horaire mécanique et très épisodiques persistent. Les bilans d'imagerie anciens du patient mettent en évidence un rachis cervico-dorsolombaire ankylosé avec une colonne "bambou". À l'examen, une lombalgie haute avec douleur exquise à la palpation des épineuses L2 et L3 est observée. La douleur s'étend vers le rachis lombaire bas sans irradiation radiculaire. Sur le plan neurologique, on décèle un syndrome de la queue de cheval avec, en particulier, un signe de Babinski bilatéral, la persistance d'une rétention aiguë d'urine nécessitant la mise en place d'une sonde à demeure.

Un scanner du rachis lombaire montre une fracture vertébrale de L2 sur une ostéolyse complète du corps vertébral (*figure 1*). L'IRM retrouve des lésions métastatiques osseuses diffuses rachidiennes et cervico-dorsolombaires, un net rétrécissement canalaire central à hauteur de L2, ainsi qu'une compression du fourreau dural (*figure 2*).

Ce patient atteint de SA présente un syndrome de la queue de cheval dans un contexte de fracture vertébrale pathologique sur un rachis ankylosé. Le reste du bilan fera découvrir un taux de PSA à 1950 ng/ml, une hypercalcémie et d'autres lésions osseuses d'allure secondaire disséminées faisant suspecter un adénocarcinome métastatique de la prostate. La prise en charge initiale de ce patient a comporté une perfusion de bisphosphonates puis une radiothérapie métabolique. Il a été estimé qu'il n'était pas possible d'intervenir sur le plan neurochirurgical en raison de l'importance de la dissémination métastatique qui empêchait la mise en place de l'ostéosynthèse.

Discussion

L'incidence des fractures vertébrales chez les patients atteints de SA est mal définie dans la littérature (1). Le facteur de risque principal de ces fractures est la survenue d'un traumatisme, même mineur, mais il ne faut pas méconnaître les fractures pathologiques, comme ce fut le cas pour notre patient, ou les fractures spontanées. Il est donc primordial de rechercher systématiquement ce type de fractures chez des patients atteints de SA et présentant une exacerbation brutale de leurs douleurs.

Le rachis cervical semble le plus susceptible d'être concerné par la survenue de ces fractures, la plus communément rencontrée étant de type horizontale, transdiscal et s'étendant en général à l'arc postérieur. Ces fractures étant particulièrement instables, les complications neurologiques sont fréquentes (2).

Conclusion

La fracture vertébrale est de diagnostic difficile en cas de SA – les patients étant habituellement douloureux chroniques –, mais de pronostic sérieux. Ce dernier sera neurologique et étiologique, dans les cas où cette fracture apparaît sur une lésion métastatique. ■

Légendes

Figure 1. Scanner du rachis lombaire (2 coupes parasagittales et 1 coupe coronale) : fracture vertébrale de L2 sur une ostéolyse complète avec atteinte des pédicules et recul du mur postérieur.

Figure 2. IRM du rachis lombaire en séquences T1, T2 et T1 avec injection de gadolinium : lésions métastatiques osseuses diffuses, net rétrécissement canalaire central à hauteur de L2 avec une compression du fourreau dural qui s'exerce sur la partie proximale des racines de la queue de cheval, le cône terminal se terminant un peu au-dessus de cette zone de sténose ; la coulée métastatique dorsolombaire s'étend aux parties molles adjacentes.

Références bibliographiques

1. Mrabet D, Alaya Z, Mizouni H et al. Spine fracture in patient with ankylosing spondylitis: a case report. *Ann Phys Rehabil Med* 2010;53:643-9.
2. Westerveld LA, Verlaan JJ, Oner FC. Spinal fracture in patients with ankylosing spinal disorders: a systematic review of the literature on treatment, neurological status and complications. *Eur Spine J* 2009;18:145-56.

* Service de rhumatologie et Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, CHU-Hôpitaux de Rouen.

