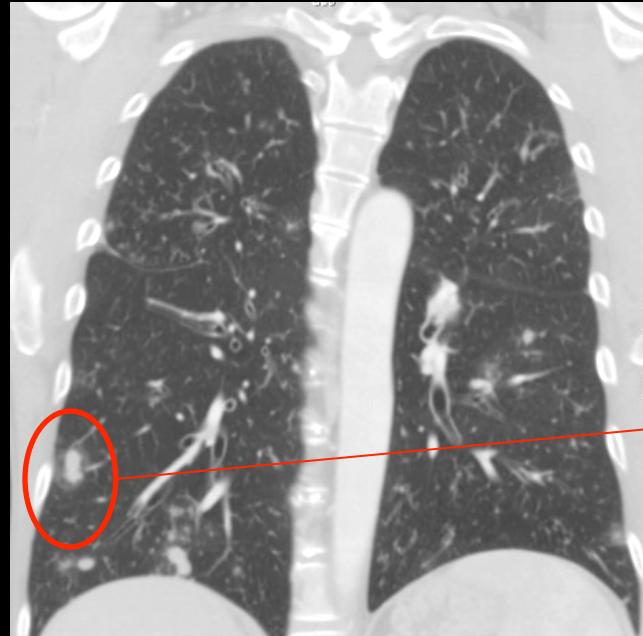
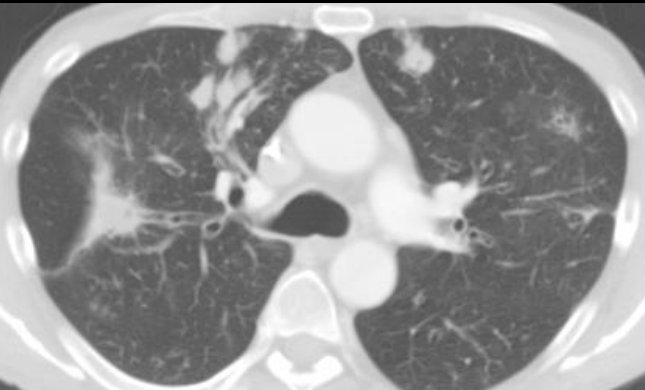


homme , 49 ans , ATCD d'aplasie médullaire idiopathique compliquée d'aspergillose pulmonaire invasive mal contrôlée. Fièvre persistante



présence de multiples nodules disséminés dans les 2 champs , dont certains très évocateurs , dans ce contexte clinique, d'aspergillose invasive (**aspergillose broncho-invasive ou bronchopneumonie aspergillaire**) :

.**signe du halo** : couronne de verre dépoli autour de la plupart des nodules ,traduisant le caractère **angio-invasif** du processus infectieux (hémorragie péri lésionnelle)

.**signe du croissant gazeux** correspondant à l'excavation rapide (15 jours), d'une atteinte pulmonaire invasive (séquestre mycotique) avec apparition d'un "**aspergillome primaire**" , à ne pas confondre avec un aspergillome secondaire (fungus ball) , amas mycélien développé dans une cavité préexistante.

C. Aubriot-Sellal
ACC

Au cours de l'évolution, le patient présente des lombalgies d'horaire inflammatoire ; persistance de la fièvre et du tableau inflammatoire biologique .
quels sont les principaux éléments sémiologiques à retenir sur l'IRM



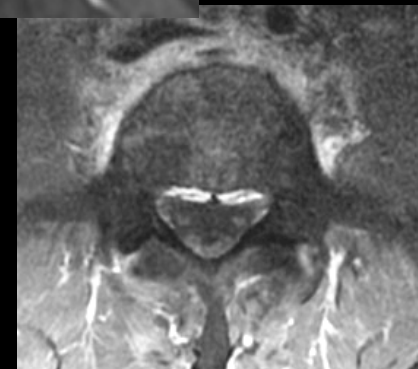
T 1 sans Fatsat



T2 Fatsat



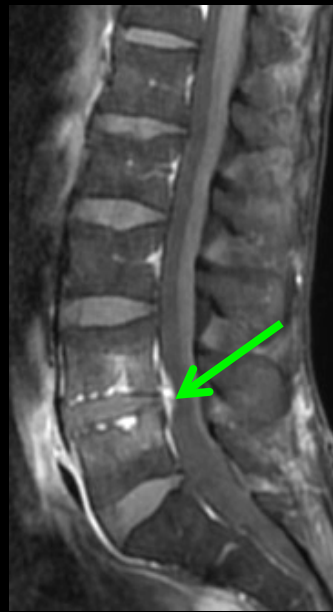
T 1 gado
Fatsat



-hypersignal T2 "liquide" de la partie centrale du disque L4-L5 , débordant de façon symétrique dans les corps vertébraux adjacents

-très nette prise de contraste des parties molles péri somatiques et épidurales antérieures sur les coupes injectées

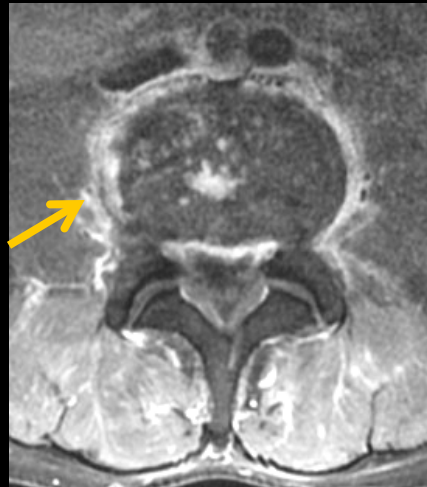
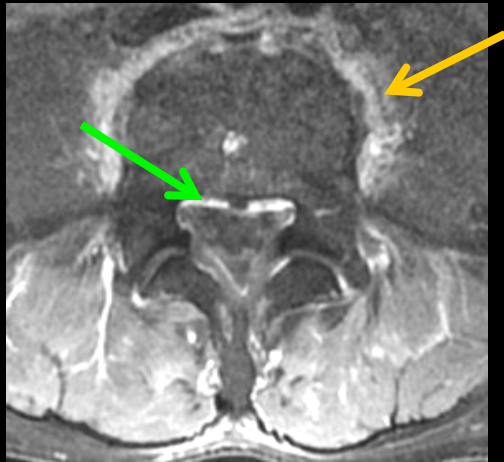
images évidemment caractéristiques de **spondylodiscite infectieuse** avec petite épidurite



Atteinte discale précoce:

Hypersignal T2 focal du disque intervertébral

- .début d'affaissement du disque
- .pas de perte de la ligne centro-discale hypointense en T2
- .pas de rehaussement après gadolinium



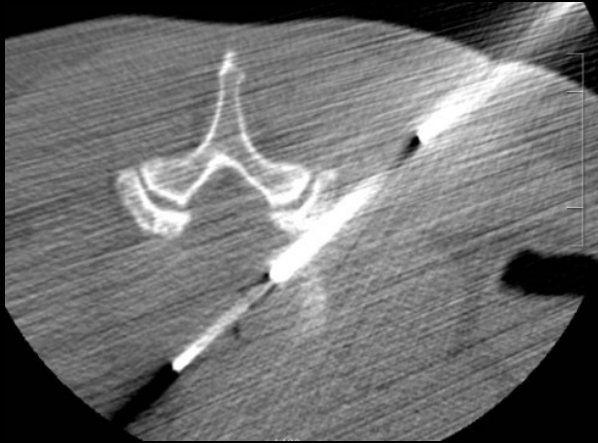
Atteinte des parties molles péri-vertébrales :

- .infiltration et épaissement des parties molles pré-vertébrales sans collection organisée

Atteinte épidurale :

- . rehaussement intense et persistant de l'espace épidural antérieur

Réalisation d'une **biopsie disco-vertébrale sous TDM** (radiologie Guilloz Pr A. Blum)



confirmation histologique et biologique d'une

spondylodiscite aspergillaire (A. fumigatus)

Moins de 100 cas rapportés dans la littérature , la plupart chez des patients immunodéprimés (essentiellement transplantés rénaux et cardiaques , granulomatose chronique , hémopathies malignes ...) mais peut être observée chez des sujets immunocompétents : BPCO , iatrogène après gestes interventionnels ou chirurgicaux sur le rachis lombaire

agents responsables : **A. fumigatus dans 85 % des cas** ; A. flavus 15 % des cas, A. terreus

évolution favorable sous traitement antifongique : 70 % des cas

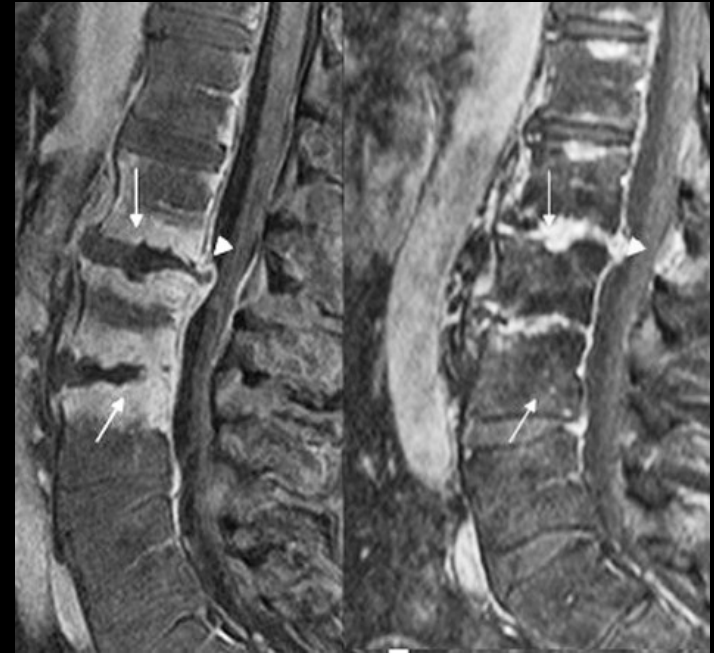
Localisation dorsale ou lombaire

conséquence d'une dissémination hématogène le plus souvent , mais un cas rapporté après une **infiltration épidurale de corticoïdes** chez un sujet immunocompétent ,dans un contexte de méningite aspergillaire et un cas après **chirurgie discale** ,également chez un sujet immunocompétent .

signes cliniques, radiologiques et biologiques non spécifiques ; le plus souvent **douleurs persistantes dans un contexte d'aspergillose invasive pulmonaire ou des sinus aériens de la face**

diagnostic établi **par biopsie disco-vertébrale** souvent réalisée avec retard en raison de délais dans le recours à l'imagerie

Autres spondylodiscites fongiques rapportées : **candidoses , cryptococcose**



<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221175391200005X>

***Aspergillus* osteomyelitis of the lumbar spine complicated with orbital apex syndrome: A potential role of the Batson's plexus in disease propagation**

Jose F. Camargo^a  , Vimon Seribun^a  , Michael Tenner^b  , Marc Y. El Khoury^b  

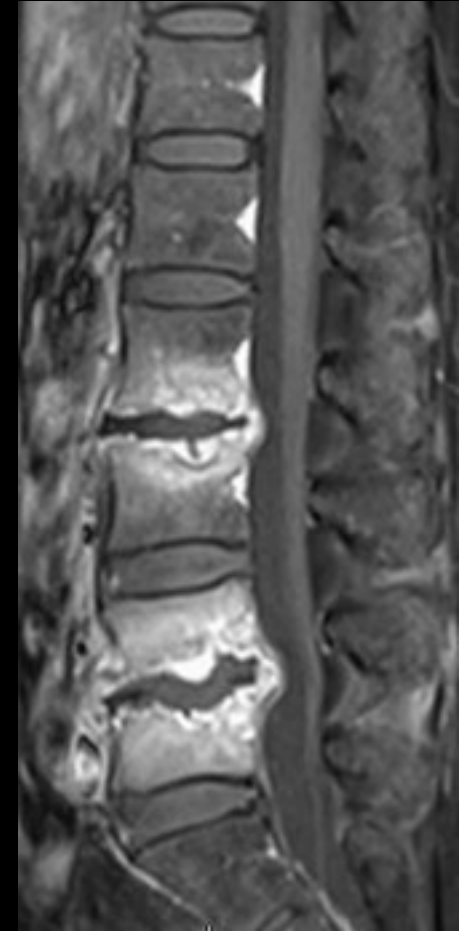
^a Department of Medicine, Division of Infectious Diseases, New York Medical College, Valhalla, NY 10595, USA

^b Department of Radiology, New York Medical College, Valhalla, NY 10595, USA

Received 9 February 2012. Accepted 29 February 2012. Available online 15 March 2012.

messages à retenir

- les **spondylodiscites fongiques**, dans la très grande majorité **aspergillaires** (*A. fumigatus* dans 85 % des cas), sont généralement observées dans un **contexte clinique évocateur** : **malades immunodéprimés**, en particulier transplantés viscéraux et greffes de cellules souches, présentant une aspergillose pulmonaire angio invasive.
- . l'apparition de dorso-lombalgies persistantes chez de tels patients doit conduire rapidement à la mise en œuvre des moyens d'imagerie permettant de confirmer la présomption diagnostique. **La biopsie est indispensable** pour établir la certitude diagnostique. Elle devra comporter des prélèvements à visées anatomopathologiques et biologiques
- les spondylodiscites aspergillaires peuvent également être observé **chez des malades immunocompétents**, en particulier après gestes interventionnels ou chirurgicaux sur le rachis lombaire. En pareil cas il est encore plus impératif de recourir rapidement aux données anatomopathologiques et biologiques de la biopsie car les aspects tant cliniques qu'en imagerie n'ont aucun caractère spécifique, et seul le traitement avec les antifongiques modernes peut assurer la guérison s'il est mis en œuvre de façon suffisamment précoce



<http://cid.oxfordjournals.org/content/52/1/e1.full>

***Aspergillus* Vertebral Osteomyelitis in Immunocompetent Hosts: Role of Triazole Antifungal Therapy**

Alex Studemeister^{1,2,3} and David A. Stevens^{2,3}