

TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE CERVICALE : A PROPOS D'UNE PRESENTATION ATYPIQUE

DOUMBIA-SINGARE K*, TIMBO S.K*, KAMATE B**, GUINDO-B* , SOUMAORO-S*, TRAORE .L* , SOUMARE D***, TOLOBA Y***, KEITA M*, AG MOHAMED A*

RESUME

Objectif : L'objectif de ce travail était de décrire les aspects cliniques, paracliniques et thérapeutiques à travers un cas de tuberculose ganglionnaire cervicale dans le service ORL du CHU Gabriel Touré de Bamako.

Observation : il s'agissait d'une fille âgée de 32 mois, admise dans le service d'ORL pour polyadénopathie cervicale unilatérale droite, confluyente, ulcérée, associée à une fièvre à 38,6°C et une perte pondérale de 3 kg en 4 mois, évoluant depuis 6 mois. L'ulcération était due à un traumatisme local à l'aide d'un instrument pointu par un thérapeute traditionnel. L'hypothèse de lésion maligne hématologique a été évoquée devant l'aspect clinique de la masse cervicale. La patiente était vaccinée à la naissance et était immunocompétente avec VIH négatif. L'intradermoréaction à la tuberculine était positive. L'examen anatomie pathologique de la pièce de biopsie ganglionnaire a permis de faire le diagnostic de tuberculose ganglionnaire en montrant un infiltrat inflammatoire épithélio-giganto cellulaire avec une nécrose caséuse. L'évolution a été favorable après trois mois de traitement antituberculeux avec un régime de 6 mois.

Conclusion : L'éducation, la sensibilisation de la population sur le danger de ces pratiques améliorent la prise en charge des patients.

Mots-clés : tuberculose extrapulmonaire, cou, polyadénopathie, histologie.

ABSTRACT

CERVICAL LYMPH NODE TUBERCULOSIS: ABOUT AN ATYPIQUE PRESENTATION.

Objective: The objective of this study was to describe the clinical, paraclinical and therapeutic across a case of cervical lymph node tuberculosis in the ENT department of the University Hospital Gabriel Toure in Bamako.

Observation: It was a 32-month- girl, admitted to the ENT department for right unilateral cervical lymphadenopathy, confluent ulcerated, associated with fever to 38.6 ° C and a weight loss of 3 kg in 4 months , lasting for 6 months. The ulceration was due to local trauma with a sharp instrument by a traditional therapist. The hypothesis of hematologic malignancy was suspected in the clinical aspect of the cervical mass. The patient was vaccinated at birth and was immunocompetent with HIV negative. The tuberculin skin test is positive. Review Pathology of lymph node biopsy specimen has to diagnose lymph node tuberculosis showing a giant-cell epithelial-inflammatory infiltrate with caseous necrosis. The outcome was favorable after three months of TB treatment with a 6-month regimen.

Conclusion: Education awareness of the population about the danger of these practices improves the care of patients.

Keywords: tuberculosis- extrapulmonary- neck- lymphadenopathy- histology.

(*: Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU Gabriel TOURE BP 267 Bamako. Mali.

** : Service d'anatomie pathologique du CHU de point G Bamako Mali.

*** : Service de Pneumologie du CHU de point G.

Auteur correspondant : Kadidiatou SINGARE épouse DOUMBIA service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU Gabriel Touré de Bamako. Tel : 00223 66730799. Mail : kadidia22000@yahoo.fr

INTRODUCTION

L'atteinte ganglionnaire cervicale est la forme la plus fréquente de tuberculose ganglionnaire (1, 2, 3). Cette localisation pose des problèmes diagnostiques dans les pays en voie de développement où les laboratoires d'histologie et bactériologie ne sont pas très souvent accessibles. La difficulté diagnostique réside aussi au recours au traitement traditionnel avec certaines pratiques qui modifient l'aspect de l'adénopathie.

L'objectif de ce travail était de décrire les aspects cliniques, paracliniques et thérapeutiques d'un cas de tuberculose ganglionnaire cervicale au CHU Gabriel Touré de Bamako.

OBSERVATION

Une fillette âgée de 32 mois, de nationalité Malienne, résidant à Bamako, a présenté une masse préauriculaire et jugulo-carotidienne droite indolore, associée à une fièvre nocturne évoluant depuis 6 mois. Le patient n'avait ni toux, ni d'hémoptysie. Il n'y avait pas

de notion de contagé avec un membre de sa famille, tuberculeux pulmonaire. Devant ces symptômes les parents ont consulté dans un centre de référence où l'enfant a été mis sous association amoxicilline-acide clavulanique par voie orale pendant 8 jours. Devant la persistance de la masse jugulo-carotidienne, préauriculaire et l'apparition d'une autre masse au niveau de la région sous mentale et spinale droite, les parents ont consulté un guérisseur traditionnel. Ce dernier a procédé à un percement de la masse à plusieurs endroits avec un instrument pointu. L'aggravation de la masse cervicale et l'apparition d'une perte pondérale ont motivé un avis ORL et le patient a été admis dans le service le 10-03-2014.

L'enfant était vacciné contre le BCG à la naissance. Il n'y avait pas d'antécédent de tuberculose pulmonaire.

L'examen clinique a trouvé une polyadénopathie latéro-cervicale droite, confluente, de consistance ferme, indolore, mesurant 8X6 cm, fixée aux plans superficiel et profond. La peau en regard présentait plusieurs points d'ulcérations (figure1).



Figure 1 : polyadénopathie latéro-cervicale droite confluente mesurant 8X6 cm,. La peau en regard présente plusieurs points d'ulcérations

L'examen général a trouvé une fièvre à 38,6°C et une perte pondérale de 3 kg en 4 mois.

L'examen pleuro-pulmonaire et gastro-intestinal, était normal.

La radiographie du thorax et l'échographie abdominale étaient normales.

La numération formule sanguine a trouvé une hyperleucocytose à 15000/mm³ avec une protéine C réactive élevée à 80mg/l, une anémie microcytaire hypochrome. La sérologie de la syphilis et celle du VIH étaient négatives. L'intradermoréaction à la tuberculine (IDR) était positive avec une induration à

13mm.

La cytoponction a été réalisée et le résultat est revenu négatif.

L'examen anatomie pathologique de l'adénectomie a trouvé un infiltrat inflammatoire épithélio-giganto cellulaire avec une nécrose caséuse en faveur d'une tuberculose ganglionnaire (figure 2).

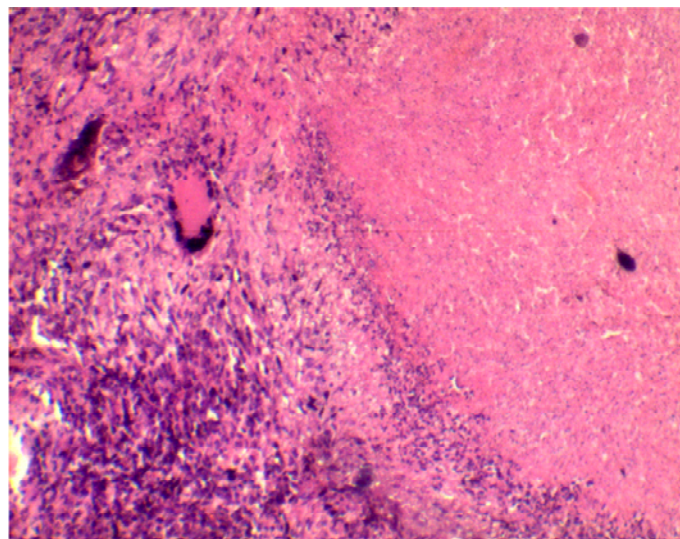


Figure 2 : histologie montrant une nécrose caséuse avec cellule géante

A la suite de ces résultats, le patient a été mis sous un traitement antituberculeux avec un régime de RHZ (Rifampicine R, Isoniazide H et Pyrazinamide Z) pendant 2 mois et RH pendant 4 mois à la dose de 150 mg de rifampicine, 100 mg d'isoniazide et 300 mg de pirazynamide. L'évolution a été marquée par la régression de la masse cervicale et l'amélioration de l'état générale après 3 mois de traitement (figure 3).



Figure 3 : régression de la polyadénopathie cervicale (l'une jugulo carotidien supérieure mesurant 1,2 cm et l'autre retrospinale mesurant 1,7 cm), disparition des adénopathies préauriculaires et sous mentales après 3 mois de traitement antituberculeux

DISCUSSION

L'atteinte ganglionnaire cervicale représente la localisation la plus fréquente de la tuberculose extrapulmonaire avec un taux de 70% (4). Elle peut survenir à n'importe quel âge (5).

Il existe néanmoins des facteurs de risque qui sont, la provenance des pays endémiques, l'infection VIH, les mauvaises conditions socio-économiques, l'âge de moins de 4 ans en raison de l'immaturité du système immunitaire (2,4, 6).

L'association de la tuberculose et du VIH a été décrite dans la littérature (7,8). Cependant cette association n'est pas commune comme rapportée dans la présente étude et par d'autres auteurs (1,6).

La contamination du ganglion lymphatique se fait par voie lymphatique puis hématogène à partir d'un foyer infectieux pulmonaire ou de l'anneau de Waldeyer (9, 10).

La présence de multiples adénopathies confluentes unilatérales droites, fermes, fixées avec de multiples points d'ulcérations cutanées provoquées, observée dans la présente étude n'est pas classique de la tuberculose ganglionnaire. C'est pourquoi le diagnostic de lésion maligne hématologique avait été évoqué devant cet aspect clinique. En outre l'évolution naturelle de la tuberculose ganglionnaire vers le ramollissement et la fistulisation spontanée décrite dans la littérature est un critère d'orientation diagnostique (5, 6, 9). Celle-ci a manqué dans la présente observation rendant aussi le diagnostic difficile. Les signes d'imprégnation bacillaire tuberculeuse tels que la fièvre, la perte de poids, la sueur nocturne sont associés (5, 6).

L'intradermoréaction à la tuberculine (IDR) constitue un élément d'orientation important en tenant compte de l'état vaccinal et immunitaire du patient (5). Elle a été positive dans la présente observation. Toute fois une IDR négative n'élimine pas le diagnostic de tuberculose (4, 5).

Les résultats faussement négatifs peuvent se produire en raison des limitations techniques, du terrain (VIH par exemple), d'un traitement immunosuppresseur, de maladies lymphoïdes ou de l'âge etc... (2). La biopsie ganglionnaire avec examen histologique permet d'orienter le diagnostic de tuberculose ganglionnaire (2, 5, 8, 9). Elle nous a permis de faire le diagnostic en montrant l'aspect typique du granulo-gigantocellulaire et d'éliminer une lésion néoplasique.

Pour certains auteurs, la culture du fragment tissulaire confirme le diagnostic en identifiant le bacille (5, 8,9). Nous n'avons pas réalisé cet examen en raison du plateau technique du laboratoire d'histologie.

Le traitement initial de la tuberculose ganglionnaire repose sur l'association des médicaments antituberculeux : Isoniazide H, Rifampicine R, pyrazinamide Z, Ethambutol E (4, 6). Selon les recommandations de

l'Organisation Mondiale de la Santé OMS), la durée totale du traitement est de 6 mois soit 2RHZE/4RH. L'Ethambutol n'est pas associée à cause de risques de toxicité oculaire plus accentuée chez les enfants. L'évolution est variable sous traitement(4,6). Elle a été un élément de certitude diagnostique dans la présente observation devant une régression progressive de la taille puis une disparition des adénopathies après 3 mois de traitement. Par contre une réaction paradoxale avec une augmentation de la taille des adénopathies cervicales durant le traitement a été rapportée par certains auteurs (9,11). Elle est attribuée à une réponse cellulaire intense à la présence d'antigènes tuberculeux.

CONCLUSION

La modification clinique des adénopathies par les pratiques traditionnelles pose des difficultés diagnostiques. L'éducation, la sensibilisation de la population sur le danger de ces pratiques traditionnelles amélioreront la prise en charge des patients.

RÉFÉRENCES

- 1-Abebe G, Deribew A, Apers L et al. Tuberculosis lymphadenitis in southwest Ethiopia : a community based cross-sectional study. *BMG Public Health*. 2012; 12: 504.
- 2-Sia GI, Wieland L. Current concepts in the management of tuberculosis. *Mayo Clin Pro*. 2011; 86 (4):348-361.
- 3-Mighri K, Lahmar I, Hammami B et al. La tuberculose extra ganglionnaire de la sphère ORL. *J.TUN ORL*. 2006 ; 16 : 36-38.
- 4-Tritar-Cherif F, Daghfous H. Prise en charge de la tuberculose ganglionnaire. *La Tunisie Médicale*. 2014 ; 92 (01) : 111- 113.
- 5-Mani R, Belcadhi M, Harrhathi K et al. Adénopathies cervicales tuberculeuses : place de la chirurgie. *Rev Laryngol. Otol.Rhinol*. 2005 ; 126 (2) : 99-103.
- 6-Gerogianni I, Papala M, Kostikas K et al. Tuberculosis disseminated lymphadenopathy in an immunocompetent non-HIVpatient: a case report. *Journal of Medical Case Rep*. 2009; 3: 9316.
- 7-Mouba JF, Miloundja J, Mimbila-Mayi M. Tuberculose ganglionnaire cervicale à Libreville : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. *Sante*. 2011 ; 21 : 165-168.
- 8-Zaatar R, Biet A, Smail A. Tuberculose lymphonodale cervicale: prise en charge diagnostique et thérapeutique. *Annales d'Otolaryngologie et chirurgie cervico-faciale*. 2009 ; 26 : 250-255.
- 9-Guinchard AC, Pasche P. Lymphadénite tuberculeuse cervicale et réaction paradoxale : diagnostic et traitement. *Rev Med Suisse*. 2012;8:1860-1865.

10-Rokotoariza AHN, Ramarozatovo NP, Razafinza-drakoto RMJ et al. Tuberculose amygdalienne et ganglionnaire cervicale : à propos d'un cas. Revue Tropicale de Chirurgie. 2010 ; 4 : 6-7.

11-Singh A, Rahman H, Kumar V, Anila F. An unusual case of paradoxical enlargement of lymph nodes during treatment of tuberculosis lymphadenitis in immunocompetent patient and literature review.
Am J Case Rep. 2013; 14: 2012-204.