

Tuberculose primitive oto-rhino-laryngologique extra ganglionnaire: Diagnostic et traitement.

Ear-nose-throat primary extranodal tuberculosis: Diagnosis and treatment.

D. Samaké¹, T. Kanouté², Y. Sidibé³, Fl. Koné⁴, L. Traoré², S. Thiocary¹, Y M. Maïga¹, Y Dara¹, S K Timbo⁴, A Ag Mohamed⁴.

1 Service d'ORL, Centre de Santé de Référence de la Commune V (CSRéf CV) ; Bamako. Mali

2 Service de Pneumologie, CHU Point-G ; Bamako. Mali

3 Service d'ORL, Centre hospitalier Mère-Enfant « Le Luxembourg » ; Bamako

4 Service d'ORL, CHU Gabriel Touré ; Bamako. Mali.

Reçu: 8 Avril 2019; accepté: 31 Juillet 2019; Publié en ligne: 20 juin 2020

RÉSUMÉ

Objectif: Attirer l'attention sur l'intérêt d'évoquer le diagnostic de tuberculose devant une pathologie tumorale ou pseudo-tumorale de la sphère ORL et dans les cas d'infections trainantes.

Observations: Cette étude a inclus trois cas de tuberculose de la sphère ORL diagnostiqués au cours de l'année 2016. Il s'agissait d'un cas de tuberculose naso-sinusienne, un cas de tuberculose nasale et parotidienne et un cas d'abcès pré-tragien.

Conclusion: La sphère ORL est une localisation rare de lésions tuberculeuses. Les signes cliniques et paracliniques sont atypiques faisant penser tout d'abord à un cancer. Le diagnostic de certitude a reposé sur l'histologie et/ou sur la mise en évidence du Bacille de Koch. Le traitement antituberculeux a permis une guérison complète.

Mots clés: Tuberculose, ORL, Extra ganglionnaire, Histologie, Traitement antituberculeux.

ABSTRACT

Objective: to raise awareness on the importance of evoking the diagnosis of tuberculosis in tumor or tumor-like pathology of the ENT sphere and in case of chronic infections.

Observations: this study includes three cases of tuberculosis in ENT diagnosed during 2016. It included one case of nasosinusual tuberculosis, one case of nasal and parotid locaion and one case of pre-tragic fistula abscess.

Conclusion: the ENT region is a rare location of tuberculous lesions. Clinical and paraclinical signs xere untypical, suggesting a cancer. The diagnostic was done by histology on two cases and by identifying the Koch's bacillus for the other one. Complete healing occurred after antituberculosis treatment.

Key words: Tuberculosis, ENT, Extranodal, Histology, antitubercular drugs.

INTRODUCTION:

La tuberculose est une maladie ancienne qui aurait fait son apparition il y a plus de 400 ans chez l'homme [1]. Tous les indices épidémiologiques insistent actuellement sur la recrudescence de la tuberculose dans le monde entier malgré la mise en place des traitements efficaces depuis les années 1950 [2]. C'est en Afrique subsaharienne que l'incidence de la tuberculose est la plus élevée, dépassant dans certains pays 300 pour 105 habitants constituant un problème de santé publique dans le monde, particulièrement dans les pays en voie de développement [3]. La localisation ORL extra ganglionnaire de la tuberculose est peu fréquente par rapport au reste des atteintes extra-pulmonaires [4]. Mais dans un pays comme le nôtre elle doit rester un diagnostic à évoquer devant

toute pathologie tumorale ou pseudo-tumorale et devant toutes infections trainantes n'ayant pas fait sa preuve sous antibiotiques usuels. Le diagnostic est le plus souvent histologique et/ou bactériologique [5].

Nous proposons d'insister sur l'intérêt d'évoquer le diagnostic de cette pathologie dont les formes cliniques et radiologiques sont variées et trompeuses posant un problème de diagnostics différentiels.

OBSERVATIONS

Observation 1:

Une patiente de 54 ans, ménagère immunocompétente sans notion de contagé tuberculeux était suivie en ville depuis trois ans pour rhinorrhée purulente gauche avec obstruction nasale, épistaxis homolatérale et céphalée. Un traitement à base de corticoïdes,

Auteur correspondant: Dr Samaké Djibril,

Adresse: Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

Email: samakedjibi@yahoo.fr



d'antihistaminiques, d'antibiotiques et d'antalgique avait été instauré sans amélioration. L'examen ORL a révélé une formation polypoïde endonasale gauche, une tuméfaction jugale sous-orbitaire avec une peau en regard d'aspect normal, et une exophtalmie homolatérale. Il n'y avait pas de signes d'imprégnation tuberculeuse ni d'atteinte des paires crâniennes.

Un scanner du massif facial (Figure 1) a objectivé un processus mal limité du sinus maxillaire étendu à la fosse nasale homolatérale. L'infrastructure maxillaire, l'orbite et les espaces profonds de la face étaient atteints. L'imagerie par Résonance Magnétique (IRM) a retrouvé un volumineux processus expansif du sinus maxillaire gauche avec destruction de toutes ses parois et extension à la fosse infra-temporale, les tissus mous de la région jugale gauche. Il fut noté un envahissement intra-orbitaire avec refoulement du muscle droit inférieur et exophtalmie grade II.

Une biopsie de la masse endo-nasale a conclu à une tuberculose naso-sinusienne par la mise en évidence de follicules giganto-cellulaires avec nécrose caséeuse. La recherche des bacilles de Koch (BK) dans les crachats s'est révélée négative et la radiographie du thorax était normale.

La patiente a été mise sous traitement antituberculeux pendant six mois sous le régime de deux mois de Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide, Ethambutol et quatre mois de Rifampicine, d'Isoniazide. Une nette amélioration avec disparition des signes cliniques dans les quatre mois suivant le début du traitement a été observé. Après deux ans de suivis la patiente ne présente pas de récurrence ni de signes de complications.

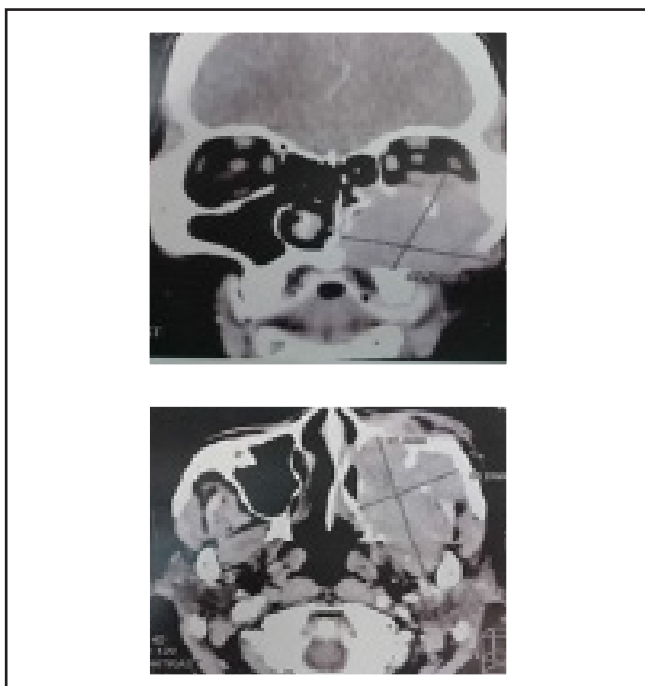


Figure 1: Scanner du massif facial en fenêtre parenchymateuse en coupe axiale et frontale: Processus mal limité du sinus maxillaire étendu à la fosse nasale homolatérale. L'infrastructure maxillaire, l'orbite et les espaces profonds de la face sont atteints.

Observation 2:

Une patiente de 70 ans, ménagère, consultait pour obstruction nasale gauche et rhinorrhée purulente bilatérale évoluant depuis une année. A cette symptomatologie était associée à une tuméfaction de la région parotidienne gauche. La rhinoscopie a objectivé une masse endonasale gauche et une rhinorrhée postérieure purulente. L'examen cervico-facial a retrouvé une tuméfaction de la région parotidienne gauche (Figure 2) de 5 cm de diamètre mobile par rapport aux différents plans, peu douloureuse à la palpation avec une peau en regard saine. La biopsie de la masse endonasale a conclu à une tuberculose nasale. La recherche des BK dans les crachats s'est révélée négative et la radiographie du thorax était normale.

La patiente fut mise sous traitement antituberculeux avec disparition de tous les signes cliniques au bout de six mois. Après deux ans de suivi, la patiente a été perdue de vue.

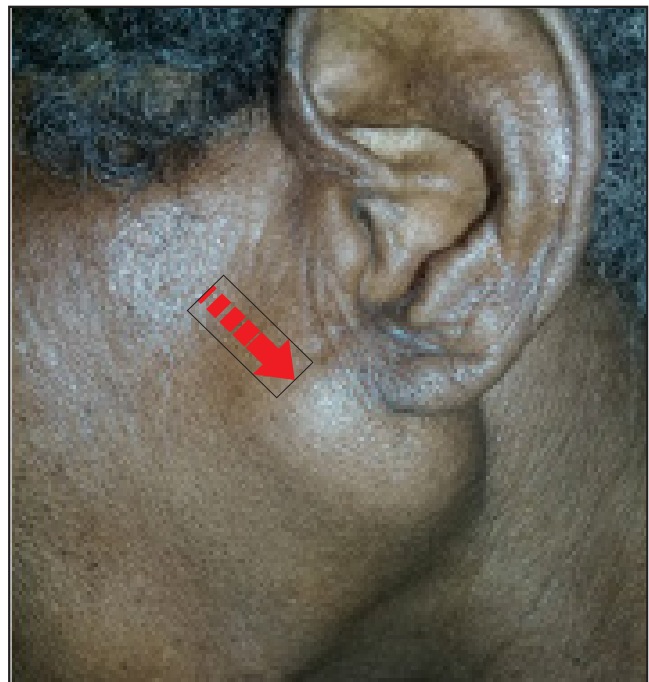


Figure 2: Tuméfaction parotidienne gauche de 5 cm de diamètre mobile par rapport aux différents plans, peu douloureuse à la palpation avec une peau en regard saine.

Observation 3:

Une patiente de 37 ans assistante de direction aux antécédents de fistule prétragienne gauche congénitale avec infection récurrente consultait pour tuméfaction retro-auriculaire gauche (Figure 3) évoluant depuis 5 jours plutôt associée à une otalgie. Il n'y avait pas de notion de contact tuberculeux ni de signes d'imprégnation tuberculeuse. L'examen physique a révélé une tuméfaction fluctuante prétragienne et retro-auriculaire bombant dans le conduit auditif externe n'effaçant pas le sillon retro-auriculaire et le diagnostic d'abcès prétragien sur fistule a été retenu avec adénophlegmon mastoïdien. Un examen cyto bactériologique du pus après ponction



exploratrice de la tuméfaction retro-auriculaire a objectivé la présence de bacille acido-alcalo-résistant (BAAR ou Bacille de Koch) à l'examen direct après coloration de Ziehl-Nielsen. La radiographie du thorax n'a pas retrouvé d'atteinte pulmonaire. La recherche des BAAR dans les crachats étaient négative. L'intra-dermo-réaction (IDR) à la tuberculine était positive à 12 mm. La Numération Formule Sanguine a retrouvé une hyperlymphocytose.

Une incision-drainage a été effectuée et la patiente fut mise sous traitement antituberculeux pendant six mois. Nous avons noté une guérison avec disparition de tous les signes au bout du 1er mois. Après deux ans de recul, la patiente ne présente pas de récurrence.

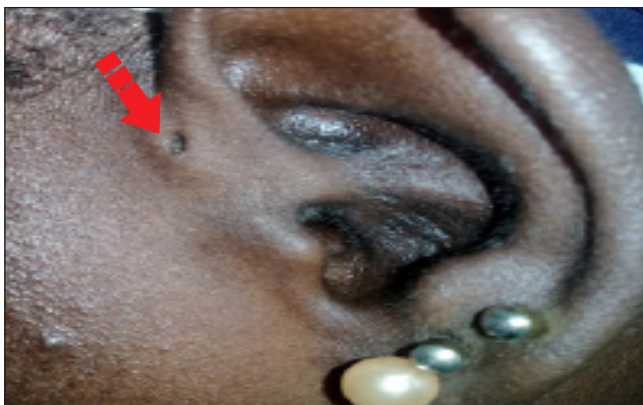


Figure 3: Fistule pré-tragiennne et tuméfaction retro-auriculaire gauche n'effaçant pas le sillon retro-auriculaire.

DISCUSSION:

Les atteintes primitives ORL de la tuberculose, en dehors des celles ganglionnaires, représentent 1,8 % de l'ensemble des localisations tuberculeuses [2]. Elle peut affecter n'importe quel élément de la sphère ORL: l'oreille, le pharynx, le larynx, la glande thyroïde, les glandes salivaires principales, les cavités nasosinusiennes... et peut toucher toutes les tranches d'âge, essentiellement l'adulte jeune entre 20 et 50 ans [6].

La rhino-sinusite tuberculeuse est une forme chronique bénigne rare de la tuberculose, qui peut être primaire ou secondaire à une autre localisation à distance. L'atteinte est souvent unilatérale comme dans notre

cas, mais des formes bilatérales ont été décrites dans 30% des cas [4]. Le traitement est essentiellement médical [7]. La tuberculose sinusienne est rare. Les sinus maxillaires et frontaux paraissent plus atteints que le sinus ethmoïdal [8]. Dans notre cas il s'agissait d'une atteinte maxillaire. Sa contagiosité est la même que la tuberculose pulmonaire. Non traitée, la tuberculose nasosinusienne se complique de perforation septale, de rhinite atrophique ou de sténose nasale [8,9]. Dans nos deux cas la guérison était survenue après six mois de traitement avec un recul de deux ans. Notre résultat était comparable à celui de l'étude de El-Ayoubi et al avec un recul d'un an [4].

Décrite pour la première fois en 1894 par Von Stubenrauch, la tuberculose parotidienne est rare, environ 200 cas ont été rapportés depuis cette date dans la littérature [15]. La localisation parenchymateuse parotidienne a été décrite dans le cadre d'une tuberculose disséminée, la diffusion se faisant par voie hématogène ou lymphatique à partir d'un foyer pulmonaire ou être isolée [11]. Dans notre cas, elle était associée à la tuberculose nasale. Des formes nodulaires et d'autres diffuses ont été décrites, pouvant parfois entraîner une paralysie faciale, un trismus et des névralgies faciales [10]. La sialographie n'est pas spécifique, tout comme la scintigraphie au technétium 99m ou au gallium 67 [12]. L'ultrasonographie peut suggérer le diagnostic, chez un patient à risque, en présence de lésions intraglandulaires hétérogènes hypoéchogènes. Le diagnostic différentiel des formes diffuses envisageait surtout la parotidite lithiasique ou un carcinome. La forme circonscrite évoquait plutôt un kyste, une adénite ou une tumeur mixte [10].

La mise en culture du liquide de ponction ou du matériel de ponction-biopsie à l'aiguille fine pourrait confirmer le diagnostic. Le traitement chirurgical doit être évité. Dans les cas cliniques difficiles à distinguer d'un carcinome mais à haute suspicion de tuberculose comme dans notre cas, un essai thérapeutique par antituberculeux peut orienter le diagnostic et éviter une parotidectomie difficile avec sacrifice éventuel du nerf facial. En l'absence de contexte clinique évocateur, le diagnostic n'est cependant souvent posé qu'après une parotidectomie superficielle ou totale dans les formes nodulaires ou diffuses avec étude histologique. Le traitement antituberculeux guérit l'affection [12].

Pour le cas de fistule pré-tragien sur-infectée avec adénopathie mastoïdienne nous n'avons pas trouvé de données dans la littérature décrivant cet état de fait.

La Tuberculose extra-pulmonaire est particulièrement fréquente chez les femmes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), chez qui elle survenait habituellement dans le cadre d'une tuberculose disséminée avec localisations pulmonaires et extrapulmonaires concomitantes [13]. Dans la présente étude nos patientes étaient immunocompétentes et n'avaient pas de tuberculose pulmonaire associée.

Les symptômes retrouvés ne sont pas spécifiques



quelle que soit la localisation ORL extra-ganglionnaire. De même, l'imagerie à type d'échographie, de TDM ou encore d'IRM, n'est pas d'un grand secours. L'intradermoréaction à la tuberculine n'est pas toujours positive. Deux de nos patientes n'en ont pas bénéficié car il s'agissait d'une surprise diagnostique dans les deux cas. Cependant, l'histologie apportera une preuve formelle dans un délai raisonnable, contrairement à la bactériologie dont le résultat (culture) peut nécessiter plusieurs mois à l'exception de rares cas diagnostiqués à l'examen direct [4]. En effet, l'histologie révèle la présence de foyers épithélio-gigantocellulaires avec nécroses caséeuses [14]. Dans notre série, la biopsie a confirmé le diagnostic de tuberculose dans deux cas. L'examen direct bactériologique a été positif dans un cas. Il s'agissait d'une surprise diagnostique dans tous les cas. Lorsque l'histologie ne retrouve pas de nécrose, le diagnostic différentiel se pose avec la sarcoïdose, la granulomatose de Wegener, la syphilis ou la lèpre, imposant des techniques plus sophistiquées comme la Polymerase Chain Reaction (PCR) [4, 15].

CONCLUSION:

Les signes cliniques et radiologiques de tuberculose ORL extra-ganglionnaire ne sont pas spécifiques faisant penser tout d'abord à un cancer ou une infection trainante dans certains cas. L'examen histologique et la culture restent la pierre angulaire du diagnostic. Le traitement antituberculeux permet une guérison rapide et complète. L'évolution est généralement favorable. Des études sont nécessaires pour mettre en routine des méthodes de diagnostic rapide et précis de la maladie (PCR) afin d'initier un traitement précoce.

Considérations éthiques:

Déclaration d'intérêts: Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Déclaration de financement:

Les auteurs déclarent ne pas avoir reçu de financement particulier pour ce travail.

REFERENCES:

1. Doh K., Thiam I., Gaye AM., Sonhaye K., Ndiaye M., Woto Gaye G., Aspects épidémiocliniques et anatomo-cliniques de la tuberculose laryngée. *ORL MAG.* 2018; 69: 32-3.
2. Touati M M., Darouassi Y., Chihani M., Lakouichmi M., Tourabi K., Ammar H., Bouaity B., La tuberculose extraganglionnaire primitive de la sphère ORL: à propos de 15 cas. *Pan Afr Med J.* 2014; 19 (179): 1-6.
3. Garrouche A., Zayani R., Njima H., Rejeb A., Knani H., Mezghani S., Hayouni A., Klabi N., Benzarti M., Jerray M., Profil évolutif de la tuberculose pleuro pulmonaire dans le centre tunisien de 1982 à 2002. *Rev Mal Respir.* 2004; 21: 58.
4. El Ayoubi A., Benhammou A., El Ayoubi F., El Fahssi A., Nitassi S., Kohen A.,
5. Nazih N., Benbouzid A., Kzadri M., La tuberculose primitive ORL extraganglionnaire. *Annales d'oto-laryngologie et chirurgie cervico-faciale.* 2009; 126: 208-15.
6. Kharoubi, S. La tuberculose miliaire du pharynx ou maladie d'Isambert. *Annales d'oto-laryngologie et chirurgie cervico-faciale.* 2008 ; 125: 218-23.
7. Kolsi N., Bouatay R., Khalifa M., El Korbi A., Zakhama A., Harrathi K., Koubaa J., Localisations atypiques de la tuberculose en ORL. *J T ORL.* 2017; 38: 51-3
8. Jahidi A., Hemmaoui B., Itoua W R., Errami N., Benariba F., Cause rare d'une perforation de la cloison nasale. *Pan Afr Med J.* 2014; 17(23): 1-4.
9. Bouchentouf R., Bouaity B., Touati M., Benjelloun A., Aitbenasser M A., La tuberculose nasosinusienne primaire: à propos d'un cas. *Pan Afr Med J.* 2013; 14 (29): 1-3.
10. Hemmaoui B., Fejjal N., Errami N., Tamsamani H., Benchafai I., Jahida A., Benariba F., Une cause rare d'anosmie: la tuberculose nasosinusienne. *Rev Pneumol Clin.* 2014; 70: 311-13.
11. Ouididi A., Ridal M., Hachimi H., El Alami M.N., Tuberculose de la glande parotide. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 2006;107:152-55.
12. Benhammou A., El Ayoubi A., Benbouzid M A., Boulaich M., Essakali L., Kzadri M., Tuberculose primaire de la glande parotide. *Arch péd.* 2007; 14: 1206-09.
13. Ketata W., Rekik W.K., Ayadi H., Kammoun S., Les tuberculoses extrapulmonaires. *Rev Pneumol Clin.* 2015; 71: 83-92.
14. Ajay Akkara S., Singhania A., George Akkara A., Shah A., Mayur A., Chauhan N A., Study of Manifestations of Extrapulmonary Tuberculosis in the ENT Region. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014; 66(1): 46-50.
15. Rajiv C.M., Joy S.M., Tuberculosis in Otorhinolaryngology: Clinical Presentation and Diagnostic Challenges. *Int J Otolaryngol.* 2011: 1-4.