

# Dysphonie chronique révélant une tuberculose multifocale

## Chronic dysphonia revealing Multifocal tuberculosis

I. Azzam<sup>1</sup>; R. Carmantrant<sup>2</sup>; L. Essakalli Hossyni<sup>1</sup>

1 Service ORL-CCF HSR CHU Rabat. Maroc

2 Service ORL-CCF GHPP Montélimar. France

Reçue: 21 Décembre 2019; Acceptée: 5 Octobre 2020; Publiée en ligne: 31 Octobre 2020.

### RÉSUMÉ

**Objectif:** La tuberculose multifocale est rare et représente 9 à 10% des localisations extra-pulmonaires., elle survient habituellement chez les immunodéprimés, mais peut toucher les immunocompétents. Notre objectif était de discuter l'approche diagnostique et thérapeutique de la tuberculose multifocale.

**Observation:** Nous rapportons le cas d'un jeune immunocompétent avec une notion d'un contact tuberculeux positif qui a consulté pour une dysphonie, odynophagie chroniques et chez qui les explorations ont objectivé une atteinte tuberculeuse multifocale pharyngo-laryngée, pulmonaire, otologique, ganglionnaire et rétinienne. L'évolution était favorable sous traitement antibacillaire.

**Conclusion:** La tuberculose multifocale est rare chez les sujets immunocompétents et souvent source d'un tableau clinique trompeur pouvant retarder le diagnostic. Elle impose la recherche systématique d'un déficit immunitaire notamment une infection par le VIH. L'évolution est favorable dans la majorité des cas au prix d'un traitement prolongé et lourd. ce qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire associée à une implication du patient et de son entourage afin d'assurer la meilleure adhésion aux traitements et au suivi.

**Mots-Clés:** Tuberculose multifocale; Antibacillaire; Dysphonie; Immunocompétent; Pays non endémique; Bacille de Koch

### ABSTRACT

**Objective:** Multifocal tuberculosis is defined as the presence of lesions affecting at least two extrapulmonary sites, with or without pulmonary involvement. Multifocal forms are rare and represent 9-10% of extrapulmonary locations. It occurs especially in immunocompromised patients, but may affect immunocompetent individuals. The aim of this study was to discuss the diagnosis and therapeutic management of this pathology.

**Observation:** We report the case of a young immunocompetent man with a family history of tuberculosis, consulted for chronic dysphonia, odynophagia. Explorations objectified multifocal pharyngeal-laryngeal tuberculosis, associated to pulmonary, otological, lymph node and retinal localizations. The evolution was favorable under antituberculosis treatment.

**Conclusion:** Multifocal tuberculosis is rare in immunocompetent subjects and often a source of a misleading clinical presentation with a diagnosis delay. It requires systematic research into an immune deficit, including HIV infection. The evolution is favourable in the majority of cases at the price of a prolonged and heavy treatment. This requires multidisciplinary management combined with the involvement of the patient and his entourage to ensure the best adherence to treatments and follow-up.

**Keywords:** Multifocal Tuberculosis; Antibacillary; Dysphonia, Immunocompetent; Koch's Bacillus

### INTRODUCTION

La tuberculose est une infection bactérienne chronique provoquée par une bactérie appartenant au complexe *Mycobacterium Tuberculosis*. Elle est caractérisée chez les sujets immunocompétents par la formation de granulomes dans les tissus infectés et par une hypersensibilité à médiation cellulaire marquée.

La tuberculose multifocale est définie par l'atteinte d'au moins deux sites extra-pulmonaires associée ou

non à une atteinte pulmonaire. Les formes multifocales sont rares et représentent 9 à 10% des localisations extra-pulmonaires. Leur pronostic est mauvais avec un taux de mortalité de 16 à 25 % selon les auteurs [1,2]. La tuberculose diffuse survient habituellement chez les immunodéprimés, sa survenue chez l'immunocompétent est exceptionnelle. Notre objectif était de discuter l'approche diagnostique et thérapeutique de la tuberculose multifocale.



## OBSERVATION

Il s'agissait d'un patient âgé de 27 ans tabagique chronique à 20 paquets /année, qui s'est présenté à la consultation pour une dysphonie, une dysphagie mixte et une odynophagie, associées à un amaigrissement chiffré à 10kg, évoluant depuis six semaines. A l'interrogatoire, il a rapporté des antécédents de tuberculose chez le père, de tympanoplastie avec une antrotomie d'aération pour une otite moyenne chronique à tympan ouvert rébelle aux traitements antibiotiques et dont l'examen anatomopathologique d'un granulome péri-stapédien prélevé lors de l'exploration chirurgicale est revenu en faveur d'un granulome épithélioïde et gigantocellulaire sans nécrose.

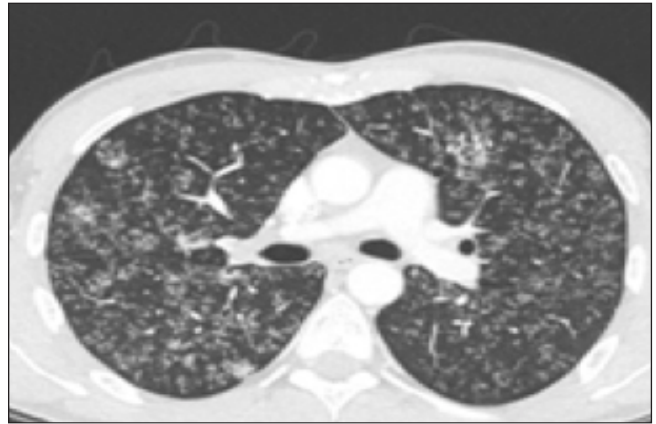
L'examen trouvait un patient conscient bien orienté avec une altération de l'état général. Il présentait un trismus avec une lésion ulcéro-infiltrante irrégulière et ferme mesurant deux centimètres de diamètre, s'étendant du palais dur au pilier antérieur gauche. La nasofibroscopie a montré une lésion du carrefour des trois replis droits un œdème de l'épiglotte et de la margelle postérieure et latérale avec un comblement du sinus piriforme gauche. L'examen cervical a objectivé une adénopathie du secteur IIa gauche.

La radiographie du thorax a objectivé un syndrome broncho-alvéolaire diffus. La TDM cervico-thoraco-abdomino-pelviennne a montré un rehaussement muqueux diffus mal limité intéressant l'oropharynx, l'hypopharynx, la glotte et la sus-glotte, avec de multiples adénomégalies cervicales bilatérales et une infiltration micronodulaire apicale pulmonaire (figure 1,2,3,4).



**Figure 1, 2.**TDM cervicale coupe axiale avec injection du produit de contraste (fenêtres parenchymateuses): Rehaussement muqueux diffus mal limité intéressant la glotte la sus-glotte et l'hypopharynx, avec multiples adénomégalies cervicales bilatérales.

**Figure 3:** TDM thoracique en fenêtre parenchymateuse après injection de produit de contraste: une infiltration micronodulaire pulmonaire bilatérale évoquant l'origine tuberculeuse.



**Figure 4:** TDM des rochers en coupe axiale: Opacité de la caisse, avec comblement des cellules mastoïdiennes de l'oreille gauche

La panendoscopie a retrouvé une lésion bourgeonnante au niveau de tout l'hémi-palais gauche, atteignant l'amygdale et tout l'hémi-larynx gauche. Le bilan biologique a conclu à un syndrome inflammatoire biologique avec une diminution du taux de la préalbumine et une discrète lymphopénie. Les sérologies VHI1-2, HVC, TPHA-VDRL ont été négatives avec une immunité vaccinale contre HVB. La recherche de BK dans les crachats a été positive, le lavage broncho alvéolaire a retrouvé des BAAR à l'examen direct avec une PCR en faveur d'une *Mycobacterium Tuberculosis* sensible à la Rifampicine. Les résultats anatomopathologiques des différentes biopsies (laryngée, pharyngée, voile du palais, amygdale) sont revenus en faveur de lésions inflammatoires chroniques diffuses à type de granulomatose tuberculoïde ulcérée, sans foyer de nécrose caséeuse. La recherche d'une atteinte cérébro-méningée a été négative. L'examen ophtalmologique a retrouvé une atteinte rétinienne dont l'origine tuberculeuse a été évoquée devant la mise en évidence de nodules papillaires au fond d'œil. Ainsi le patient a été placé en isolement respiratoire avec instauration d'une quadrithérapie: Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide et Ethambutol pendant 2mois, suivie de 4 mois de Pyrazinamide et Ethambutol, ainsi qu'une nutrition parentérale jusqu'au la reprise d'une alimentation orale suffisante. La surveillance était clinique (pneumologue, ORL, infectiologue, ophtalmologue..), biologique, bactériologique et radiologique stricte et rapprochée.

Une déclaration du cas et une enquête du CLAT (centre de lutte anti tuberculeuse) ont été également réalisées. L'évaluation à 3 mois a objectivé une nette amélioration de l'état général avec une reprise du poids, la disparition du trismus et de la dysphagie malgré la persistance d'une légère dysphonie aucune toxicité médicamenteuse n'a été déclarée pendant la durée du traitement.

## DISCUSSION

La tuberculose diffuse ou multifocale est une forme rare et grave de l'infection par le mycobacterium tuberculosis, Elle représente 10% des atteintes extra pulmonaires. Elle est souvent corrélée à un terrain d'immunodépression sous jacent notamment l'infection VIH dont elle est responsable du tiers de la mortalité. Sa survenue chez les sujets immunocompétents est exceptionnelle [3].

Denis et Ghorbel ont rapporté les plus grandes séries publiées comportant chacune 47 cas [1,4]. Cette forme est rare dans les pays industrialisés non connus endémique de tuberculose [5]. Le contagio tuberculeux est retrouvé dans 20 à 60% des cas selon les séries [6]. Dans notre cas, un contagio tuberculeux chez le père a été noté.

Si le retard du diagnostic est un élément souvent soulevé dans la littérature africaine et qui peut expliquer la diffusion et l'extension des atteintes, cette constatation est due à l'accessibilité aux structures de soins, aux contraintes socio-économiques et culturelles, ainsi qu'à une sous information de l'entourage. Rezgui et al ont rapporté un délai moyen de consultation de 4 mois [6]. Notre patient a consulté un mois et demi après le début de la symptomatologie. Le diagnostic de tuberculose n'a pas été initialement suspecté d'autant plus que le patient était issu et habitant un pays occidental non connu endémique de tuberculose.

La corrélation entre la survenue des atteintes extra pulmonaires et le degré du déficit immunitaire a été clairement démontrée [7]. Dans notre cas, la localisation était multiple en dehors de tout déficit immunitaire ou de prise d'un médicament immunosuppresseurs. Cependant notre patient, d'origine et résidence européenne, n'était pas vacciné par le BCG contrairement aux séries dans les pays où la tuberculose est endémique [6]. La survenue de cette forme grave de tuberculose chez les immunocompétents était le sujet de plusieurs études. Si certains ont démontré une relation étroite entre les formes diffuses et l'intensité de la transmission dans la collectivité [8], d'autres impliquaient la malnutrition comme facteur favorisant [6]. Cependant, l'origine génétique et la susceptibilité mendélienne aux infections mycobactériennes par l'existence d'un défaut de l'axe interleukine 12 et

Interféron gamma ont été largement décrites par Cathérinot [9].

La prise en charge des patients atteints de tuberculose multifocale est principalement médicale fondée sur une chimiothérapie antibacillaire comprenant des associations de médicaments antibacillaires selon des protocoles spécifiques pour chaque pays, pour une durée minimale de six mois.

Le schéma thérapeutique comporte deux phases. La première dite intensive ou d'attaque vise la destruction massive des *M. Tuberculosis* afin de prévenir les résistances et limiter la contagiosité. La deuxième phase ou phase d'entretien a pour but la consolidation du traitement. La chirurgie a peu de place dans le traitement, elle est souvent réservée à des situations particulières comme le drainage de certains abcès froids, ou la prise en charge de séquelles fonctionnelles ou esthétiques. Par contre elle aide souvent au diagnostic grâce aux prélèvements de différents sites (adénectomie, biopsies endoscopiques, formes pseudo tumorales)[10]

## CONCLUSION:

La tuberculose est une maladie infectieuse toujours d'actualité même en dehors des pays de forte endémicité. L'atteinte multifocale n'est pas rare chez les sujets immunocompétents et souvent source d'un tableau clinique trompeur pouvant retarder le diagnostic. Elle impose la recherche systématique d'un déficit immunitaire notamment une infection par le VIH. L'évolution est favorable dans la majorité des cas au prix d'un traitement prolongé et lourd. ce qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire associée à une implication du patient et de son entourage afin d'assurer la meilleure adhésion aux traitements et au suivi.

## 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. Denis D, Merrien D, Billaud E et al. Tuberculose multifocale: à propos de 47 cas. *Pathol Biol (Paris)*. 1998 ;46(6):375-9.
2. E. Guerhazi, A. Ben Tkhatat, H. Neji, S. Aouadi, A. Gueriani, M. Mlika, et al. Tuberculose multifocale: à propos de 50 cas *Rev Mal Respir*. 2018, 35: A263
3. Al Tawfik JA. Multifocal systemic tuberculosis: the many faces of an old nemesis. *Med Sci Monit*. 2007;4:CS56-60.
4. Ghorbel H, Ben Arab N, Maaloul I, et al. La tuberculose multifocale: étude de 47 cas. *Médecine et Maladies Infectieuses*. 2008;38:S184L.
5. Alaya Z, Mrabet D, Sahli H, et al. Tuberculose multifocale survenant chez des sujets immunocompétents: à propos de 7 cas. *La Tunisie Médicale*. 2011;89:122.
6. Amel Rezgui, Fatma Ben Fredj, Anis Mzabi, Monia Karmani, Chadia Laouani: Tuberculose multifocale chez les immunocompétents. *pan african medical journal published* 04/05/2016.
7. Hurrem B, Ayse E, Hatice B, et al. Multifocal tuberculosis presenting with osteoarticular and breast involvement. *Ann Clin Microbiol Antimicrob*. 2003; 19(2):6.
8. Boukeroui L, Nafti S. La tuberculose multifocale chez l'immunocompétent est-elle liée à l'intensité de la transmission dans la collectivité? *Revue des maladies respiratoires*. 2012;29:S1-A205.
9. Cathérinot E, Fieschi C, Feinberg J, et al. Genetic susceptibility to mycobacterial disease: Mendelian disorders of the Interleukin-12 – Interferon-axis. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2005;22(5 Pt 1):767-76.
10. Ben Gamra O, Romdhane N, Ben Younes A, Kdous S, Hriga I, Mbarek C Tuberculose extra ganglionnaire de la sphère ORL chez l'enfant *J. TUN ORL*. 2017 ;37: 50-51.
- 11.