



Cas Clinique

Tuberculose Faciale à Double Localisation : Nasopharyngée et Nasosinusienne : À Propos d'un Cas

Dual facial localization of tuberculosis involving cavum and nasal sinus: a case report

NDADI TCHIENGANG K Junie¹, SENGHOR Fabrice², KANE Yaya³, SAGNA J⁴, DIATTA
Ansoumana³, DIOM S Eveline¹

1. Service ORL et CCF, hôpital de la paix/ Université Assane Seck de Ziguinchor
2. Laboratoire d'anatomo-pathologie/ Université Assane Seck de Ziguinchor
3. Service Pneumologie-Néphrologie-Médecine interne, Hôpital de la Paix/Université Assane Seck de Ziguinchor
4. Service d'imagerie CHR de Ziguinchor

Auteur correspondant:

NDADI TCHIENGANG K. Junie Service ORL Ziguinchor
Tel : 00 221 78 196 60 91 e-mail ;
juniekadie@gmail.com

Mots clés : Tuberculome – nasopharynx – sinus – fosses nasales.

Keywords: Tuberculoma - nasopharynx - sinus - nasal cavity.

RÉSUMÉ

La tuberculose du Cavum est peu fréquente et son association à une localisation tuberculeuse nasosinusienne est rare. Elle est caractérisée par une présentation clinique qui fait tout de suite penser à une pathologie tumorale maligne. Le diagnostic repose sur l'examen anatomopathologique. Le traitement est essentiellement médical à base d'anti bacillaire.

ABSTRACT

Cavum tuberculosis is uncommon and its association with nasosinus tuberculosis localization is rare. It is characterized by a clinical presentation which immediately brings to mind a malignant tumor pathology. The diagnosis is based on anatomopathological examination. The treatment is mainly medical based on anti-bacillary.

INTRODUCTION

La tuberculose est une maladie infectieuse spécifique causée par le bacille de Koch. C'est une affection qui peut être soit primaire par inhalation, ou secondaire à une localisation à distance par voie hématogène. La forme pulmonaire commune est la plus fréquente. En 2000 l'OMS estimait une incidence plus élevée en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est avec respectivement plus de 300 cas pour 100 000 habitants et 100 à 300 cas pour 100 000 habitants [1]. Au Sénégal, 7000 à 8000 cas de tuberculose sont diagnostiqués chaque année dont la moitié dans la région de Dakar [2,3]. Des localisations pleurale, péritonéale, ostéo articulaire, rénale et urinaire sont rencontrées. Au Sénégal, de 1996 à 2003, seuls 10 cas de tuberculose laryngée ont été rapportés [4]. Son incidence en Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) est donc une éventualité relativement rare. La localisation au cavum et nasosinusienne encore plus rare. Le cavum est situé à l'arrière des fosses nasales. Sa communication via les choanes rend possible une extension de l'infection tuberculeuse du cavum aux fosses nasales et aux cavités para nasales et également dans l'autre sens [5]. La symptomatologie fait penser très souvent à une pathologie tumorale maligne et le diagnostic de certitude est alors

histologique. Nous rapportons un cas rare de tuberculose du Cavum et nasosinusienne dont l'histologie était en faveur d'une tuberculose caséofolliculaire pseudo tumorale.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un homme de 24 ans, venant d'un milieu socialement précaire et sans travail, sans antécédents pathologiques particuliers, Sans notion de contagé tuberculeux, habitant Ziguinchor. Il avait été vu en consultation externe dans le service ORL de l'hôpital de la paix de Ziguinchor pour : une obstruction nasale bilatérale, des épistaxis modérées récidivantes, une exophtalmie unilatérale gauche de grade III avec une oculomotricité conservée (figure 1), une otalgie gauche d'intensité moyenne, non pulsatile, continue avec une sensation de plénitude dans l'oreille évoluant depuis 02 ans dans un contexte d'altération de l'état général ayant motivé un traitement à base d'antibiotique de nature non précisée sans amélioration du tableau clinique. Sur le plan clinique, l'examen otologique objectivait une otite séro muqueuse gauche et la rhinoscopie antérieure retrouvait une masse blanchâtre comblant la fosse nasale gauche.

L'examen endobuccal montrait une masse recouverte d'une muqueuse d'allure saine qui semblait provenir du Cavum et avoir expression dans l'oropharynx. Cette masse bombait le voile mou.

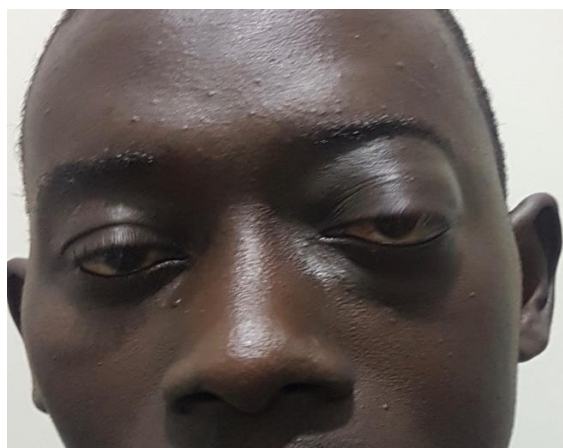


Figure 1 : exophtalmie unilatérale gauche de grade III.

On notait une adénopathie sous-mandibulaire gauche, ferme, indolore, d'environ 2 cm de grand axe, mobile sans tendance à une fistulisation. Devant ce tableau clinique, a été évoquée initialement une tumeur du cavum. Ce qui motiva la réalisation d'une endoscopie biopsie ; Sur le plan biologique un bilan pré opératoire était demandé. L'hémogramme montrait une anémie microcytaire à 5,8g/dl justifiant une transfusion sanguine iso groupe et iso rhésus. Sur le plan morphologique, la tomodynamométrie cervico-faciale révélait une masse tissulaire fortement rehaussée faisant effet de masse sur l'oropharynx, développée aux dépens du rhinopharynx, s'étendant aux cellules éthmoïdales et au sinus maxillaire gauche avec une lyse des parois osseuses au contact (figure 2).

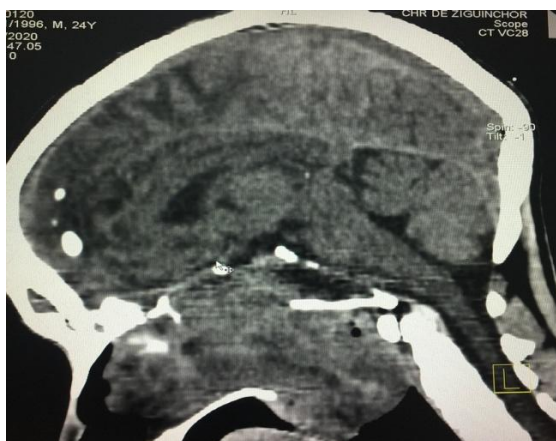


Figure 2 : coupe sagittale montrant le cavum complètement comblé par la masse.

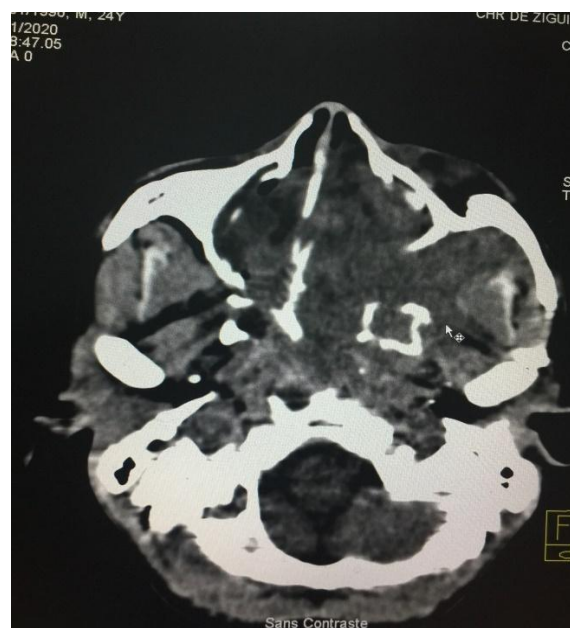


Figure 3 : coupe axiale montrant la masse qui comble les cellules éthmoïdales et le sinus maxillaire gauche avec une lyse des parois osseuses au contact.

Une pan endoscopie retrouvait une lésion bourgeonnante occupant toutes les parois du cavum obstruant complètement la choane gauche, s'étendant à la fosse nasale gauche, très hémorragique. Des biopsies du cavum ont été réalisées, et l'étude anatomopathologique retrouvait des granulomes tuberculeux formés de cellules géantes baignant dans des flaques de nécroses éosinophiles, associées à des cellules épithélioïdes, concluant en une tuberculose casé folliculaire pseudo tumorale (figure 3).

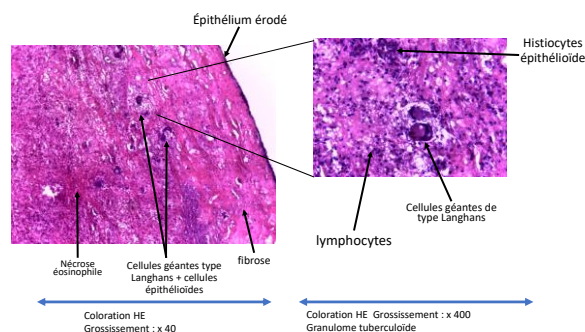


Figure 3 : Aspect histologique des biopsies.

La recherche d'autres localisations tuberculeuses a été effectuée : la radiographie des poumons était normale. L'examen bactériologique des crachats n'était pas contributif. L'intradermoréaction (IDR) à la tuberculine était positive à 16 mm et la sérologie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) était négative. Le diagnostic de tuberculose du cavum et nasosinusienne était retenu avec certitude à l'examen anatomo-pathologique.

On notait chez ce patient une bonne évolution clinique sous traitement antituberculeux (Rifampicine, Isoniazide, Ethambutol, Pyrazinamide) (figure 4).



Figure 4 : Exophtalmie de grade II, un mois après avoir débuté le traitement antituberculeux

DISCUSSION

La tuberculose est un sujet d'actualité et connaît une recrudescence depuis 1986 malgré les efforts pour l'éradiquer [6,7]. Les pays développés sont maintenant concernés avec l'émergence de l'infection à VIH et l'apparition des souches bacillaires multi-résistantes [7]. La localisation aux voies aériennes supérieures demeure peu fréquente. Il s'agit, le plus souvent, d'une atteinte pharyngée ou laryngée [8]. Elle est rare au niveau des fosses nasales et du cavum. La tuberculose du cavum a été rapportée pour la première fois par Graff en 1936 qui avait identifié histologiquement ce type de tuberculose chez 30 % des 118 tuberculeux pulmonaires étudiés [9] ; T. Boussoumi quant à lui a publié une observation en 1992 venant s'ajouter aux huit cas rapportés par El Azzouz en 1973 en Tunisie [10].

La contamination se fait surtout par voie aérienne directe, par inhalation de poussière contaminée par le bacille d'un sujet porteur de tuberculose pulmonaire active. De façon moins fréquente, la contamination se fait par voie hématogène ou lymphatique, à partir d'un foyer infectieux tuberculeux locorégional. Plus rarement encore, la contamination se fait par ingestion de lait cru souillé par le bacille bovin.

La symptomatologie est celle d'une tumeur maligne pauci symptomatique dominée par un syndrome ganglionnaire (cette lymphophilie s'explique par la richesse en lymphatique du nasopharynx), puis un syndrome rhinologique avec une obstruction nasale ou des épistaxis, et enfin un syndrome otologique sous forme d'otite séro-muqueuse. Par ailleurs, le contexte d'altération de l'état général est constant [9]. Notre patient présentait tous ces signes et à cela s'ajoutait une exophtalmie unilatérale trompeuse faisant évoquer une tumeur maligne. Dans cette hantise du cancer, nous avons réalisé rapidement une cavoscopie qui a montré une lésion ulcéro bourgeonnante et saignante de toute la muqueuse du cavum. Tsé et Al ont publiés en 2003 une série de cas de tuberculose du cavum avec des signes semblables à ceux d'un carcinome nasopharyngé [11]. L'examen endoscopique du cavum est impératif, plusieurs aspects de la tuberculose cavaire ont été décrits dans la littérature [12].

Il faut rappeler que la tuberculose peut se présenter sous divers aspects macroscopiques déroutants (ulcération, infiltration, etc.). Le scanner et l'imagerie par résonance

magnétique (IRM) permet tent de faire le bilan des lésions et de rechercher d'éventuelles adénopathies souvent associées [9].

Mais seules la biopsie et l'étude histologique donnent le diagnostic de certitude [12].

Aucun cas de tuberculose du cavum associée à une localisation nasosinusienne n'a été encore rapporté dans la littérature.

Les localisations nasosinusiennes proprement dites sont d'ailleurs très rares. Hemmaoui et Dimitrios et al en ont rapporté chacun un cas [13]. Après 1993, les 66 cas également rapportés étaient marqués par une fréquence élevée de l'atteinte du sinus maxillaire et ethmoïdal [7], 3 cas concernaient le sinus sphénoïdal [14] et 1 seul, une localisation pan sinusienne [15]. Chez notre patient, la localisation était ethmoïdale et maxillaire gauche.

Les symptômes présentés par ordre de fréquence étaient l'obstruction nasale, la rhinorrhée, l'inconfort nasal, l'épistaxis, les croûtes, les larmoiements, les polypes nasaux et l'ulcération. Cette symptomatologie n'a aucune spécificité [7]. L'examen clinique peut découvrir soit une ulcération ou un polype situé généralement dans la cloison nasale, ou au niveau du cornet inférieur [8]. Notre patient présentait une masse blanchâtre non polypoïde qui comblait toute la fosse nasale gauche. Les signes radiologiques ne sont pas spécifiques et l'intérêt de l'imagerie est non seulement d'établir un bilan lésionnel mais de contrôler l'évolution sous traitement.

L'examen direct ne met généralement pas en évidence de bacilles et la culture est le plus souvent négative. Le diagnostic définitif est posé par l'identification ou l'isolement des bacilles tuberculeux des tissus prélevés lors de la biopsie ou de la chirurgie. En histologie, le diagnostic est posé par la mise en évidence de granulomes épithélioïdes et géo-cellulaires associés à des foyers de nécrose caséuse. La présence de la nécrose caséuse est pathognomonique de la tuberculose et élimine de ce fait d'autres diagnostics [7]. Il s'agit d'une forme tumorale de la tuberculose chez notre patient. Le diagnostic différentiel se pose avec les processus inflammatoires chroniques tels la sarcoïdose, la granulomatose de Wegener, les processus infectieux et néoplasiques [8]. Le traitement de Tuberculose nasosinusienne reste identique à celui de la tuberculose pulmonaire, essentiellement médical à base d'anti bacillaires et l'évolution généralement favorable [8,9,13].

CONCLUSION

La tuberculose du cavum est rare malgré son endémicité dans les pays en voie de développement. Souvent prise à tort pour un cancer, le diagnostic est ambigu. Son association à une localisation nasosinusienne est d'autant plus rare qu'aucun cas n'avait été rapporté à nos jours au Sénégal et en Afrique. Son polymorphisme nécessite une prise en charge pluridisciplinaire.

Le diagnostic de confirmation est histologique. Son pronostic est favorable sous traitement antituberculeux classique et précoce comme le cas chez notre patient.

RÉFÉRENCES

1. World health organization: global tuberculosis control. WHO report Geneva, WHO/CDS/TB 2001; 28: 1-2
2. Programme national de lutte contre la tuberculose du Sénégal. Synthèse de rapports de dépistage. SNGE DHSP/MSPAS, Sénégal 2003.
3. Diatta. A, Ndiaye. M, Toure. N.O et al. La tuberculose dans le couple mère-enfant, Rev mal respir 2007 ; 24 : 1091-7.
4. Diallo B. K, Danfakha B, Seydi M et al. La tuberculose du larynx au Sénégal, médecine d'Afrique noire 2006-53 (8/9).
5. Cahiers d'anatomie ORL, 4ième édition MASSON p. 89 ; 90
6. Gassab. E, Kedous. S, Berkaoui. A et Al. Tuberculose extra ganglionnaire de la tête et du cou, J. TUN ORL - N° 24 JUIN 2010.
7. Hmidi. M, Elboukhari. A, Touiheme. N et al. Tuberculose nasosinusienne avec extension cutanée : à propos d'un cas, La Lettre du Pneumologue • Vol. XIV - n° 3 - mai-juin 2011.
8. Bouchentouf. R, Bouaity. B, Touati. M, La tuberculose nasosinusienne primaire: à propos d'un cas, Pan African Medical Journal. 2013; 14:29. doi:10.11604/pamj.2013.14.29.1039.
9. Bouaity.B, Nadour.K, Aljalil. A et al. Tuberculose du naso-pharynx : à propos d'un cas, La Lettre d'ORL et de chirurgie cervico-faciale • n° 319 -octobre-novembre-décembre 2009.
10. Boussoumi T, Kammoun N, Majri A et al. Deux aspects rares de la pathologie rhinopharyngée : tuberculose et lymphome. Cahiers d'ORL 1992;27:206-11.
11. Tse GM, Ma TK, Chan AB, et al. Tuberculosis of the nasopharynx : a rare entity revisited. Laryngoscope. 2003 Apr; 113 (4):737-40 [PubMed]. [Google Scholar].
12. Clément P, Leguyadec T, Zalagh M, Gauthier J, N'Zouba L, Kossowki M. Manifestations bucco-naso-sinusiennes des maladies infectieuses spécifiques. EMC ORL. 2005 ; (2) : 198-217. [Google Scholar].
13. Razafindrakoto.R.M.J, Rakotoarisoa.A.H.N, Ramarozatovo.N.P et al. Un cas de tuberculose naso-sinusienne primaire: une entité clinique rare. La Revue Médicale de Madagascar 2012;2(2).
14. Konishi K, Yamane H, Igushi H et al. Study of tuberculosis in the field of otorhinolaryngology in the past 10 years. Acta Otolaryngol (Stockh) 1998;(Suppl. 538): 244-9.
15. Nitassi S, Nazih N, Boujemaoui M, Essakali L, Kzadri M. Tuberculose naso-sinusienne : à propos d'un cas. Fr ORL 2007;93:347-9. 8