



## Cas clinique

## La tuberculose nasosinusienne primaire : à propos d'un cas

Primary nasal tuberculosis: report of a case

S Jebbar\*<sup>1</sup>, S Hachad<sup>1</sup>, A Ouladlahsen<sup>1</sup>, Y Sakhy<sup>2</sup>, F Ihibbane<sup>1</sup>, L Marih<sup>1</sup>, M Sodqi<sup>1</sup>,  
N Chikhaoui<sup>2</sup>, K El filali Marhoum<sup>1</sup>

**Résumé**

La tuberculose est une maladie infectieuse en nette recrudescence en Afrique, vu le nombre croissant des immunodéprimés et des souches de BK résistantes aux antibacillaires. Elle constitue une urgence diagnostique et thérapeutique au niveau planétaire étant donné ses conséquences dévastatrices sur les plans sanitaire et socio-économique.

L'atteinte nasosinusienne, exceptionnellement rapportée dans la littérature, est caractérisée par un grand polymorphisme clinique ainsi qu'une atypie radiologique. Elle pose surtout un problème de diagnostic différentiel d'où la nécessité d'une confirmation histologique et/ou bactériologique. Nous rapportons un cas de tuberculose nasosinusienne confirmée chez un jeune patient de 47 ans, dont l'originalité de son observation réside dans la sémiologie trompeuse de cette localisation ce qui était responsable d'un retard diagnostique et thérapeutique, ainsi que l'atteinte primitive et isolée des fosses nasales et paranasales.

Mots-clés : tuberculose nasosinusienne, endoscopie, tomodynamométrie, histologie, Maroc.

**Abstract**

Tuberculosis is an infectious disease on the rise in Africa, given the increasing number of immunocompromised people and strains of BK resistant to antibacterial drugs. It constitutes a diagnostic and therapeutic emergency at the global level given its devastating health and socio-economic consequences.

Nasosinusual involvement, exceptionally reported in the literature, is characterized by a large clinical polymorphism as well as radiological atypia. Above all, it poses a problem of differential diagnosis, hence the need for histological and/or bacteriological confirmation. We report a case of confirmed nasal tuberculosis in a young patient aged 47, whose originality of his observation lies in the misleading semiology of this localization which was responsible for a diagnostic and therapeutic delay, as well as

primary and isolated involvement of the nasal and paranasal cavities.

Keywords: nasal tuberculosis, endoscopy, computed tomography, histology, Morocco.

## Introduction

La tuberculose constitue toujours un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement, ou elle continue à sévir sur le mode endémique durant les dernières décennies. L'atteinte des voies aériennes supérieures est rare, dominée par les localisations laryngo-pharyngées. La localisation nasosinusienne est exceptionnelle, caractérisée par une présentation clinique polymorphe posant souvent un problème majeur de diagnostic différentiel.

## Cas clinique

Un patient de 47 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, présentait depuis 6 mois des rhinorrhées purulentes, abondantes, sans épistaxis ni hyposmie, associées à une obstruction nasale unilatérale droite et un mouchage de croûtes. Il ne rapportait pas de fièvre, ni de signes respiratoires ou généraux. L'examen physique était sans anomalies en dehors de petites ulcérations cutanées recouvertes de croûtes au niveau de l'aile nasale droite et la lèvre supérieure (figure 1). L'endoscopie nasale avait montré une rhinite croûteuse avec des sécrétions purulentes sans perforation de la cloison nasale. La TDM du massif facial a objectivé un comblement total du sinus maxillaire droit par un matériel hypodense siège de zones spontanément hyperdenses, ce matériel s'étend et comble partiellement la fosse nasale droite et arrive au contact de la cloison nasale, il s'y associe une sclérose des parois du sinus maxillaire en regard témoignant du caractère chronique (figure 2). La biopsie nasale avait conclu à une granulomatose avec nécrose caséuse et le diagnostic de tuberculose nasosinusienne était retenu. La radiographie thoracique était normale, l'examen bactériologique

des expectorations et la sérologie VIH étaient négatifs. Suite à la mise sous quadrithérapie antituberculeuse le patient a présenté un syndrome de Stevens Johnson d'évolution fatale vu le retard de consultation et de prise en charge thérapeutique.



Figure 1 : Lésions ulcéro-croûteuses de l'aile nasale droite et de la lèvre supérieure



Figure 2 : sclérose des parois du sinus maxillaire droit avec comblement total par un matériel hypodense et partiel de la fosse nasale droite.

## Discussion

Après un déclin remarquable de son incidence grâce aux stratégies et programmes de lutte recommandés par l’OMS, la tuberculose reconnaît actuellement une nette recrudescence suite à l’avènement de la pandémie du SIDA et l’émergence de souches bactériennes multirésistantes. L’immunodépression a favorisé une modification de ses aspects cliniques ainsi qu’une régression des formes classiques et une augmentation de la fréquence des atteintes extrapulmonaires qui représentent à l’heure actuelle 15 à 30% des cas. La proportion la plus élevée est notée chez les sujets de race noire, les femmes et les patients fragilisés [1]. En dehors des localisations ganglionnaires, la tuberculose de la sphère ORL demeure une affection chronique rare, évaluée à 1,8 % parmi l’ensemble des localisations extrapulmonaires. L’atteinte nasosinusienne est exceptionnelle, seuls quelques cas cliniques isolés sont rapportés dans la littérature. Dans une étude publiée en 1977, Butt avait recensé sur une durée de 95 ans 35 cas de tuberculose nasale primitive. Moon et al ont identifié 2 cas d’atteinte naso-sinusienne sur 220 cas de tuberculose cervico-faciale. Zegmout et al ont mentionné que 41 cas de localisations nasosinusiennes ont été rapportés depuis 2000 avec une fréquence élevée pour le sinus maxillaire et l’ethmoïde [2]. Ce caractère exceptionnel est dû en partie à un sous diagnostic et à une non-considération de cette étiologie parmi les diagnostics différentiels de la pathologie ORL. La protection mécanique de la muqueuse nasale par les mouvements ciliaires, les propriétés bactéricides des sécrétions nasales ainsi que la richesse lymphatique de la muqueuse pituitaire s’opposent généralement au développement du BK dans la sphère ORL. Certains facteurs de risque locaux et généraux comme les traumatismes, la rhinite atrophique chronique, les mauvaises conditions d’hygiène et l’immunodépression peuvent par contre favoriser sa contamination [3]. Notre patient était sans comorbidités et n’a jamais été traité pour primo-infection tuberculeuse ou tuberculose maladie. La tuberculose nasosinusienne (TNS) peut affecter

toutes les tranches d’âges, avec prédilection pour l’adulte jeune, néanmoins, l’âge moyen est beaucoup plus élevé dans les pays développés par rapport aux pays à faibles ressources comme le nôtre [4]. Elle est souvent secondaire à un ensemencement soit par voie aérienne par projection de gouttelettes bacillifère lors des efforts de toux chez un sujet ayant une tuberculose pulmonaire active, soit par voie lymphatique ou hémotogène. La forme primitive, le cas de notre observation, bien que plus rare, reste une éventualité fréquente dans les pays d’endémie tuberculeuse, due à une inoculation exogène après grattage nasal ou après inhalation de poussières bacillifères.

### • Symptômes

La symptomatologie clinique est peu spécifique et par conséquent, le diagnostic est souvent de découverte histologique. Le tableau est celui d’une rhinite chronique d’installation insidieuse, l’obstruction nasale et la rhinorrhée mucopurulente compliquée d’épistaxis sont les signes d’appel les plus fréquents. Bien qu’il s’agisse d’une affection rare, le diagnostic doit être évoqué devant toute symptomatologie rhinologique d’évolution atypique rebelle à une antibiothérapie banale. L’aspect endoscopique est celui d’un granulome ou d’une ulcération muqueuse superficielle. Le cartilage septal est le site le plus fréquemment impliqué. L’extension cutanée aux ailes du nez et au visage est rapportée, ce qui est décrit également dans notre observation. Les signes radiologiques sont généralement non évocateurs, les sinus maxillaires et frontaux paraissent plus atteints que le sinus ethmoïdal. Sur les 65 cas de tuberculose nasosinusienne rapportés dans la littérature depuis 1993, Seuls trois cas intéressaient le sphénoïde [5,6]. Les lésions siègent fréquemment à la partie antérieure de la cloison ou du cornet inférieur, rarement au niveau du plancher nasal. L’atteinte est souvent unilatérale mais des formes bilatérales sont décrites dans plus de 30 % des cas [7]. L’atteinte sinusienne peut être muqueuse, la forme la plus fréquente, caractérisée par un épaissement de la muqueuse sinusienne, osseuse avec possibilité de caséification osseuse, fistulisation ou séquestres et pseudo-tumorale. L’intérêt de

l'imagerie est surtout d'établir le bilan lésionnel et de contrôler l'évolution sous traitement.

#### • **Diagnostic**

Le diagnostic bactériologique de la tuberculose nasosinusienne est difficile vu que les lésions sont généralement paucibacillaires en dehors des formes ulcéreuses évolutives. L'examen direct utilisant la coloration de Ziehl-Neelsen montre rarement des bacilles acido-alccolo-résistants et la culture permet, mais après un long délai, la mise en évidence du *Mycobacterium tuberculosis* et de tester sa sensibilité aux antibacillaires utilisés. L'histologie est indispensable pour la confirmation du diagnostic, mettant en évidence un granulome épithélioïdes et géantocellulaires associées à des foyers de nécrose caséuse. La présence de nécrose caséuse est pathognomonique de la tuberculose et permet donc d'éliminer la maladie de Wegener et la sarcoïdose [8]. Dans certains cas, le recours à la réaction en chaîne par polymérase (PCR) s'avère nécessaire afin de mettre en évidence l'acide désoxyribonucléique (ADN) bactérien, cette technique permet un diagnostic plus précoce avec une sensibilité meilleure que celle de la culture, elle est surtout proposée en cas de forte suspicion de tuberculose avec des biopsies non concluantes. En plus des granulomatoses, le diagnostic différentiel se pose avec les autres mycobactéries, la syphilis et l'actinomyose. Etant donné sa rareté, la prise en charge de la tuberculose nasosinusienne n'est pas bien codifiée.

#### • **Traitement**

Le protocole et la durée du traitement de la tuberculose pharmaco-sensible dépend de la localisation anatomique, de la sévérité de la maladie, ainsi que du statut VIH du patient. En cas de TNS, les grandes lignes du traitement sont les mêmes, faites d'une quadrithérapie antituberculeuse «RHZE» pendant 2 mois suivie d'une bithérapie «RH» pendant 4 mois. Le recours à la chirurgie est exceptionnel, préconisé uniquement dans les localisations osseuses ou les formes tumorales sinusiennes géantes.

#### • **Evolution**

Elle est généralement bonne en cas de prise en charge

thérapeutique précoce et bien adaptée, et en l'absence d'autres localisations. Non traitée, la tuberculose nasosinusienne se complique de perforation septale, de rhinite atrophique ou de sténose nasale observation [9]. La rechute de la TNS n'a jamais été rapportée par les publications, en dehors d'une observation publiée en 2020 expliquant la récurrence par un sous dosage en rifampicine [2]. Les toxidermies graves au cours du traitement antituberculeux sont rares et présentent un problème à la fois diagnostique et thérapeutique. La survenue d'un syndrome de Stevens Johnson chez notre patient était en rapport avec un retard de consultation, ce qui implique une surveillance étroite des malades tuberculeux pour une détection et une prise en charge précoce des atteintes cutanées et systémiques. La prévention repose essentiellement sur le renforcement de la détection des cas de tuberculose, l'amélioration des conditions de traitement et de suivi des patients ainsi que les conditions socio-économiques des communautés entières.

#### **Conclusion**

A l'heure actuelle et étant donné sa rareté et son polymorphisme clinicoradiologique, la tuberculose nasosinusienne est le plus souvent une surprise histologique. Son diagnostic n'est pas difficile à établir si cette éventualité est envisagée, de ce fait, dans les pays d'endémie comme le Maroc, le diagnostic doit être évoqué devant tout signe rhinologique chronique et inexplicé, résistant aux thérapeutiques habituelles. Le pronostic est favorable sous antibiothérapie antituberculeuse et les rares cas d'échecs s'expliquent par l'émergence de souches résistantes aux antituberculeux.

---

#### **\*Correspondance :**

Sanaa Jebbar

[sana.jeb@hotmail.fr](mailto:sana.jeb@hotmail.fr)



**Disponible en line** : 27 Août 2024

1 : Service des Maladies Infectieuses, CHU Ibn Rochd. Université Hassan II. Casablanca. Maroc  
2 : Service de radiologie des urgences, CHU Ibn Rochd. Université Hassan II. Casablanca. Maroc

© Journal of african clinical cases and reviews 2024

**Conflit d'intérêt** : Aucun

## Références

- [1] Blanie M, Pellegrin JL, Maugein J. Apport de la PCR dans le diagnostic des tuberculoses extrapulmonaires. *Med Mal Infect.* 2005;35:17-22.
- [2] Zegmout A, et al. Gestion de la rechute d'une tuberculose naso-sinusienne primaire. *Pan Afr Med J.* 2020;36(1).
- [3] Nayar RC, Al Kaabi J, Ghorpade K. Primary nasal tuberculosis: a case report. *Ear Nose Throat J.* 2004;83:188-91.
- [4] Lecointre F, Marandas P, Micheau C, Lacombe H, Schwaab G, Cachin Y. La tuberculose des muqueuses des VADS : étude clinique à propos de 37 cas suivis à IIGR. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.* 1980;97:423-33.
- [5] Bouchentouf R, Bouaity B, Touati M, Benjelloun A, Aitbenasser MA. La tuberculose nasosinusienne primaire à propos d'un cas. *Pan Afr Med J.* 2013;14:29. doi: 10.11604/pamj.2013.14.29.1039.
- [6] Shah GV, Desai SB, Malde HM, Naik G. Tuberculosis of sphenoidal sinus: CT finding. *Am J Roentgenol.* 1993;161:681-2.
- [7] Konishi K, Yamane H, Iguchi H, Nakagawa T, Shibata S, Takayama M, et al. Study of tuberculosis in the field of otorhinolaryngology in the past 10 years. *Acta Otolaryngol Suppl.* 1998;538:244-9.
- [8] Nitassi S, Nazih N, Boujemaoui M, Essakali

L, Kzadri M. Tuberculose naso-sinusienne : A propos d'un cas. *Fr ORL.* 2007;93:347-9.

- [9] Ondzotto G. Tuberculose nasale. *Presse Med.* 2003;32:260.
- [10] Razafindrakoto RMJ, et al. Un cas de tuberculose naso-sinusienne primaire: une entité clinique rare. *Rev Med Madag.* 2012;2(2):151-3.

## Pour citer article

S Jebbar, S Hachad, A Ouladlahsen, Y Sakhy, F Ihibibane, L Marih et al. La tuberculose nasosinusienne primaire : à propos d'un cas. *Jaccr Infectiology* 2024; 6(3): 58-62

<https://doi.org/10.70065/24JINF63.003L042708>