

*Cas clinique***Bacille de Koch de localisation rare à travers deux observations cliniques**

Koch's bacillus of rare localization through two clinical observations

AW Haidara*¹, A Fofana¹, MS Ag Med Elmehdi Elansari², M Sangare³, H Sanogo⁴, M Doumbia⁵, B Sanogo⁵,
D Samake⁶, Y Sidibe⁷, FI Kone⁵, B Guindo⁵, S Soumaoro⁵, SK Timbo⁵, K Singare⁵, MA Keita⁵

Résumé

Introduction : La tuberculose est une infection mycobactérienne qui touche préférentiellement l'arbre respiratoire mais qui peut atteindre dans près d'un tiers des cas de nombreux autres organes. Le diagnostic est souvent difficile et tardif.

Cas clinique 1 : Nous avons DT âgé de 40 ans cultivateur, il consulte pour une dysphonie chronique évoluant de façon intermittente depuis plus de 2 ans. L'examen à la nasofibroscopie a montré une muqueuse des deux cordes vocales d'aspect granulomateux avec perte de substance de leurs tiers postérieurs et des aryténoïdes. L'intradermo-réaction (IDR) à la tuberculine avait mesurée 17mm. La radiographie thoracique de face a montré un syndrome reticulo-micronodulaire faisant évoquer une miliaire tuberculeuse. La recherche des BK (Bacille de Koch) dans les crachats a été positive. L'hémogramme a trouvé une anémie microcytaire hypochrome et une hyperleucocytose à polynucléaires lymphocytaires. L'examen histologique de la biopsie après la laryngoscopie directe en suspension avait objectivé un granulome inflammatoire folliculaire géant-cellulaire.

Cas clinique 2 : Nous avons FD une patiente de 64 ans qui consulte pour une odynophagie chronique

évoluant depuis 12 mois. L'examen de l'oropharynx on note une hypertrophie de l'amygdale droite cryptique avec des caséums et ulcéreuse en parti. Une adénopathie sous angulomandibulaire droite d'environ 2x3cm, et une adénopathie retro auriculaire homolaterale d'environ 3x3 cm, indolore et mobile au plan superficiel et profond. L'intradermo-réaction (IDR) à la tuberculine avait mesurée 8mm. Une amygdalectomie a été réalisée et le résultat de la pièce opératoire a objectivé un granulome épithélio-gigantocellulaire pouvant évoquer une tuberculose amygdalienne.

Conclusion : La tuberculose de la sphère ORL reste une manifestation rare. Le diagnostic est histologique et bactériologique. Le traitement est médical.

Mots-clés : tuberculose ; larynx ; amygdale.

Abstract

Introduction: Tuberculosis is a mycobacterial infection which preferentially affects the respiratory tract but which can reach in almost a third of cases many other organs. Diagnosis is often difficult and late.

Clinical case 1: We have DT aged 40, a farmer, he consults for chronic dysphonia evolving intermittently

for more than 2 years. The nasofibroscope examination showed a granulomatous mucosa of the two vocal cords with loss of substance of their posterior thirds and of the arytenoids. The tuberculin intradermal reaction (IDR) measured 17 mm. The AP chest X-ray showed a reticulo-micronodular syndrome suggestive of miliary tuberculosis. The search for BK (Koch's Bacillus) in sputum was positive. The complete blood count revealed hypochromic microcytic anemia and polymorphonuclear lymphocytic leukocytosis. The histological examination of the biopsy after the direct laryngoscopy in suspension had objectified a gigantocellular follicular inflammatory granuloma.

Clinical case 2: We have FD a 64-year-old patient who consults for chronic odynophagia evolving for 12 months. Examination of the oropharynx shows hypertrophy of the cryptic right tonsil with tonsil stones and partial ulceration. Right sub-angulo-mandibular lymphadenopathy of about 2x3cm, and homolateral retro-auricular lymphadenopathy of about 3x3 cm, painless and mobile at the superficial and deep level. The tuberculin intradermal reaction (IDR) measured 8 mm. A tonsillectomy was performed and the result of the surgical specimen objectified an epithelial-gigantocellular granuloma that could evoke tonsillar tuberculosis.

Conclusion: Tuberculosis in the ENT sphere remains a rare manifestation. The diagnosis is histological and bacteriological. The treatment is medical.

Keywords: tuberculosis; larynx; tonsil.

Introduction

La tuberculose est une infection mycobactérienne chronique qui touche préférentiellement l'arbre respiratoire mais qui peut atteindre dans près d'un tiers des cas de nombreux autres organes [1]. Les localisations tuberculeuses au Mali intéressant la sphère ORL sont très rares, chiffrées à 4 à 5 cas par an et sont dominées par l'atteinte des ganglions cervicaux [2]. Le risque de survenue est accru en cas d'immunodépression notamment liée au virus

de l'immunodéficience humaine (VIH) et en cas de condition socioéconomique défavorable, notamment en zone endémique [1].

Le diagnostic est souvent difficile et tardif car les signes cliniques sont non spécifiques. Il repose essentiellement sur l'analyse histologique et bactériologique du tissu granulomateux prélevé. La chirurgie trouve sa place dans le diagnostic, en cas de complication et pour la réparation des séquelles [1].

A travers deux observations cliniques nous allons passer à la revue de la littérature.

Cas cliniques

Cas n°1

Nous avons DT âgé de 40 ans cultivateur, il consulte pour une dysphonie chronique.

Cette dysphonie évolue de façon intermittente depuis plus de 2 ans associée à une fièvre au long cours, une toux chronique d'intensité modérée. Il est sans antécédent alcool-tabagique et notion de contact tuberculeux. A l'admission, il avait un bon état général avec une bonne coloration cutanéomuqueuse. La nasofibroscope a montré une muqueuse des deux cordes vocales d'aspect granulomateux avec perte de substance de leurs tiers postérieurs et des aryénoïdes. Une réduction de la mobilité cordoaryénoïdienne bilatérale. Le reste de l'examen ORL est sans particularité.

L'intradermo-réaction (IDR) à la tuberculine avait mesurée 17 mm. La radiographie thoracique de face a montré un syndrome reticulo-micronodulaire faisant évoquer une miliaire tuberculeuse. Il n'y avait pas d'épanchement pleural ni d'anomalie médiastinale. La recherche des BK (Bacille de Koch) dans les crachats a été positive. L'hémogramme a trouvé une anémie microcytaire hypochrome et une hyperleucocytose à polynucléaires lymphocytaires. La sérologie au VIH était négative. L'examen histologique de la biopsie après la laryngoscopie directe en suspension avait objectivé un granulome inflammatoire folliculaire gigantocellulaire.

Ces éléments cliniques et paracliniques ont permis

de retenir le diagnostic de tuberculose laryngée secondaire à un foyer pulmonaire. Le patient a été mis sous chimiothérapie antituberculeuse pendant six mois. Selon le protocole national. Ce protocole était deux mois de quadri-thérapie (Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide, Ethambutol) et une bithérapie (Rifampicine, d'Isoniazide) de quatre mois en entretient.

La nasofibroskopie de contrôle au 6ème mois de traitement a montré une muqueuse laryngée d'aspect sain et régénéré. L'évolution sur le plan général a été favorable avec la disparition des signes cliniques mis à part une légère dysphonie séquellaire. Il n'a pas été noté de rechute avec un recul de 2 ans.

Cas n°2

Nous avons FD une patiente de 64 ans ménagère qui consulte pour une odynophagie chronique évoluant depuis 12 mois résistant au traitement médical associée une fièvre non quantifiée et une asthénie. Elle n'avait pas la notion de contagion ni d'antécédents particuliers. L'examen de l'oropharynx on note une hypertrophie de l'amygdale droite cryptique avec des caséums et ulcéreuse en parti. L'amygdale gauche est de taille normale. A L'examen cervical on note une adénopathie sous angulomandibulaire droite d'environ 2x3cm, et une adénopathie retro auriculaire homolatérale d'environ 3x3 cm, indolore et mobile au plan superficiel et profond. La peau en regard d'aspect normal.

Une numération formule sanguine a objectivé une hyperleucocytose à polynucléaires lymphocytaires. La sérologie au VIH était négative. La sérologie syphilitique (TPHA) était négative, L'intradermo-réaction (IDR) à la tuberculine avait mesurée 8mm. La radiographie pulmonaire a été sans particularités. Nous avons effectué une amygdalectomie sous anesthésie générale et la pièce a été envoyée à l'examen anatomopathologique dont le résultat a conclu à un granulome épithélio-giganto cellulaire pouvant évoquer une tuberculose amygdalienne. Le patient a été mis sous chimiothérapie antituberculeuse pendant six mois. Le protocole était deux mois de quadri-

thérapie (Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide, Ethambutol) et une bithérapie (Rifampicine, d'Isoniazide) de quatre mois en entretient. Une bonne évolution clinique et biologique après 12 mois de recul.

Discussion

La tuberculose est une maladie transmissible par voie aérienne par l'intermédiaire de sécrétions respiratoires aérosolisées (gouttelettes de Pflügge) d'un patient excréteur de tuberculose. Cette transmission interhumaine est principalement due aux tuberculoses pulmonaires et aux exceptionnelles tuberculoses laryngées, en particulier, en cas de toux et d'expectoration [1].

Les signes cliniques révélant une tuberculose sont souvent non spécifiques. Une altération de l'état général peut être observée et marquée par un amaigrissement parfois important, une asthénie, une fièvre plutôt vespérale, et des sueurs nocturnes [3].

La tuberculose extrapulmonaire reste beaucoup moins facile à diagnostiquer quand il n'existe pas d'atteinte pulmonaire associée. Ces formes sont plus souvent retrouvées chez des patients immunodéprimés (patient VIH, sous traitement immunosuppresseur), les personnes âgées ou encore les personnes d'origine étrangère. Ces formes représentaient 27 % des tuberculoses déclarées. Les localisations les plus fréquentes sont les atteintes ganglionnaires, ostéoarticulaires (dont les tuberculoses rachidiennes ou spondylodiscites), péricardiques, méningées, génito-urinaires ou péritonéales. Les autres atteintes de la sphère ORL restent rares [1, 3].

La tuberculose laryngée était la maladie inflammatoire chronique du larynx la plus fréquente, avant la découverte de la streptomycine en 1944. Elle survenait alors au stade évolué de la tuberculose pulmonaire chez des adultes jeunes, annonçant leur décès par asphyxie et/ou aphasie douloureuse. Elle reste toutefois la maladie granulomateuse la plus fréquente du larynx [4].

La tuberculose laryngée est plus fréquente chez

l'homme avec un sex-ratio de 2,16. L'âge d'apparition varie de 25 à 78 ans, avec un âge moyen de 49 ans [5]. Son incidence a tendance à augmenter en parallèle à celle de la tuberculose pulmonaire et elle touche la même population (migrants originaires de pays endémiques, sujets socialement défavorisés, immunodéprimés, personnels de santé). Par ailleurs, l'alcool et le tabac constituent fréquemment deux facteurs de risque qui concourent à la confusion entre les diagnostics avec en premier lieu le carcinome épidermoïde laryngé [4].

La tuberculose laryngée est plus rarement isolée (primitive : 0,5 à 2 % des malades porteurs d'une tuberculose), et plus fréquemment inscrite dans un contexte disséminé à partir d'un foyer pulmonaire (même inactif) par voie bronchogénique, lymphatique ou hémotogène. Le larynx peut aussi être contaminé directement par transmission aérienne à partir d'un patient infecté. L'atteinte uni- ou bilatérale concerne un ou plusieurs étages du larynx, de façon isolée ou sur plusieurs îlots. Les localisations affectent le plus fréquemment l'étage glottique (cordes vocales 64,8 %, bandes ventriculaires 34,9 %, épiglotte 28,4 %, apophyses vocales 27,9 %, commissure postérieure 25,6 %, replis aryépiglottiques 15,7 % et sous-glotte 9,6 %) [4].

Les aspects macroscopiques des lésions sont divers, polymorphes et pseudotumoraux : infiltration, bourgeonnement avec aspect granuleux, inflammatoire, œdémateux, ulcération, amputation, aspect papillomateux, muqueuse sale. L'immobilité d'une ou des deux cordes vocales est fréquente par atteinte de l'articulation cricoaryténoïdienne [1].

Les signes cliniques révélateurs et la symptomatologie sont variables et peu spécifiques avec en premier lieu une dysphonie (raucité de la voix), souvent associée une toux, une dysphagie, une dyspnée, une hémoptysie, un stridor, une otalgie réflexe. L'altération de l'état général avec anorexie, amaigrissement et asthénie, ainsi que la fièvre oscillante et les sueurs nocturnes sont inconstants mais évocateurs. Les adénopathies cervicales sont rarement présentes 9,2 % des cas [4]. Les rares cas avec odynophagie intense s'expliquent

par une atteinte ulcérobourgeonnante voire périchondritique de l'étage supraglottique (épiglotte, margelle ou aryténoïdes) et sont responsables d'une grande altération de l'état général [1, 3].

Le bilan doit comporter une endoscopie des voies aérodigestives supérieures (VADS) avec réalisation de biopsies laryngées adressées en anatomopathologie et en bactériologie avec ensemencement sur milieu de Löwenstein-Jensen [1, 3]. La recherche de granulome épithélioïde géantocellulaire est le plus souvent contributive, dans 89,5 % des cas biopsiés [4]. Les cas typiques y associent soit une nécrose centrale soit la présence de BAAR après coloration. L'examen bactériologique peut être effectué à partir des sécrétions laryngées [6, 7]. De même, l'examen anatomopathologique peut reposer sur la cytoponction d'une adénopathie cervicale associée. Une sérologie VIH doit être également prescrite après accord du patient. Un diagnostic rapide par PCR peut être utilisé. Il est à noter que la présence de BAAR signe le caractère bacillifère du patient et impose donc son isolement du fait du haut risque contagieux [7, 8].

La tomodensitométrie cervicale avec injection de produit de contraste iodé n'apporte pas d'éléments spécifiques au diagnostic mais elle doit être évoquée en cas de lésions bilatérales et diffuses sans destruction des structures cartilagineuses du boîtier laryngé. Les signes radiologiques qui permettent d'évoquer une tuberculose laryngée sont l'amputation du bord libre de l'épiglotte et la discordance clinico-radiologique avec un bourgeonnement clinique important sans infiltration profonde radiologique ni envahissement des loges graisseuses hyothyroépiglottiques et paraglottiques [8].

Le traitement est strictement médical. Il consiste en une trithérapie (isoniazide, rifampicine et pyrazinamide) pendant deux mois suivie d'une bithérapie (isoniazide, rifampicine) pendant quatre mois [1, 2].

En cas de dyspnée, la trachéotomie doit être évitée, en dehors des cas d'urgence, par un traitement précoce éventuellement associé à une courte corticothérapie. Elle peut aussi être améliorée par une désobstruction laryngée au laser CO₂ [9]. L'efficacité du traitement

est jugée sur la stérilisation des prélèvements bactériologiques, la régression des symptômes et l'aspect bourgeonnant ou exsudatif en fibroscopie. L'absence d'amélioration après deux mois de traitement doit faire rechercher une inobservance, une résistance ou un carcinome épidermoïde associé. L'endoscopie de contrôle ne s'impose qu'en cas de poursuite évolutive sous traitement bien conduit [4]. Les séquelles post-thérapeutiques peuvent être une sténose glottique postérieure ou sous-glottique et une immobilité laryngée par paralysie récurrentielle ou ankylose cricoaryténoïdienne, et peuvent nécessiter une prise en charge secondaire orthophonique et/ou chirurgicale. Ce risque de complications laryngées tardives impose un suivi au long cours [1].

Les localisations buccales de la tuberculose sont exceptionnelles (0,2 à 1,5 % des cas), retrouvées surtout dans les zones endémiques [10]. Il s'agit le plus fréquemment d'une localisation secondaire à une atteinte pulmonaire, par inoculation des muqueuses buccales par les crachats ou par voie hématogène [11]. Plus rarement, l'atteinte buccale est primitive [12]. La rareté des localisations buccales peut s'expliquer par la relative résistance de la muqueuse buccale due à l'action nettoyante et protéolytique de la salive, à la présence d'anticorps, d'une flore saprophyte protectrice et d'une richesse en tissu lymphoïde. L'inoculation directe de la mycobactérie à travers cette muqueuse buccale est alors favorisée par une mauvaise hygiène buccodentaire ou une porte d'entrée via une plaie, une irritation (tabagisme) ou des soins dentaires [13]. Cette localisation ne semble pas être favorisée par l'immunodépression puisque la fréquence de l'atteinte orale chez les patients infectés par le VIH est la même que celle de la population générale [14].

Au niveau de l'oropharynx, le site le plus fréquemment atteint est la région amygdalienne avec soit une simple hypertrophie soit un aspect ulcéré ou exophytique évoquant en premier lieu une lésion maligne [15].

Les signes cliniques sont alors une dysphagie haute ou une odynophagie. Parfois c'est une simple sensation de gêne ou de corps étranger pharyngé [15].

L'examen de l'oropharynx montre une ou plusieurs ulcérations de l'amygdale palatine arrondies, atones de couleur gris jaunâtre entourée d'un liseré hémorragique et recouverte de débris caséux. Ces lésions peuvent diffuser au pharynx. Des adénopathies cervicales sont souvent présentes ainsi qu'une altération de l'état général [15].

L'atteinte des autres sous-localisations de l'oropharynx est plus rarement décrite (paroi pharyngée postérieure, voile mou, luette, base de langue). Ces lésions peuvent accompagner une atteinte laryngée ou pharyngée [12, 13].

Le diagnostic repose sur l'examen histologique et bactériologique obtenu à partir d'une biopsie de la muqueuse. L'examen anatomopathologie peut révéler un granulome épithélioïde et géantocellulaire. Une radiographie pulmonaire est réalisée pour rechercher une atteinte pulmonaire associée. Cet examen est contributif dans 93,3 % des cas [15].

Le traitement est médical et repose sur une association d'antituberculeux par voie orale avec une tri- ou une quadrithérapie (rifampicine, isoniazide, pyrazinamide ± éthambutol) pendant deux à trois mois suivie d'une bithérapie (rifampicine, isoniazide) pendant quatre à six mois. La chirurgie peut compléter le traitement médical après plusieurs mois, afin de faire l'exérèse des lésions cicatricielles ou de fistules [1, 2, 13].

Conclusion

La tuberculose de la sphère ORL reste une manifestation rare. Le diagnostic est histologique et bactériologique. Le traitement est médical. L'évolution est le plus souvent favorable sous un bon traitement selon un protocole établi.

*Correspondance :

Abdoul Wahab HAIDARA

haidarabdoul27@gmail.com

Disponible en ligne : 31 Décembre 2022

- 1 : Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale, Hôpital Nianankoro Fomba, Segou– Mali
- 2 : Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale, Centre de Santé de Référence de la Commune VI, Bamako
- 3 : Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale, Centre de Santé de Référence de la Commune II, Bamako
- 4 : Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale, Centre de Santé de Référence de Kalaba Corokati
- 5 : Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale, CHU Gabriel Touré, Bamako
- 6 : Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale, Centre de Santé de Référence de la Commune V,
- 7 : Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale, CHU Mère - Enfant « Le Luxembourg », Bamako

© Journal of african clinical cases and reviews 2022

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Morvan JB, Poisnel E, Vatin L, Rivière D, Cathelinaud O, Bousquet F, et al. Manifestations ORL de la tuberculose. *EMC - Oto-rhino-laryngologie* 2015;10(2):1-11 [Article 20-925-B-10].
- [2] Keïta M., Koné FI., Diarra K., Timbo SK. La tuberculose en pratique orl sub-saharienne: analyse d'un cas d'amygdalite spécifique. *J. TUN ORL - N°37 JUIN 2017* : 52-3
- [3] Kouassi B, N'Gom A, Horo K. Corrélations des manifestations de la tuberculose pulmonaire avec le degré d'immunodépression au VIH. *Rev Mal Respir* 2013;30:549–54.
- [4] Gallas D, Coste A, Bedbeder P, Peynegre R. Aspects actuels de la tuberculose laryngée: à propos de quatre cas et revue de la littérature. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1994;111:201–7.
- [5] Dye C, Scheele S, Dolin P. Global burden of tuberculosis, estimated incidence, prevalence, and mortality by country. *JAMA* 1999;282:677–86.
- [6] Truffot-Pernot C, Veziris N. Les tests bactériologiques de la tuberculose maladie : standards et perspectives. *Rev Mal Respir* 2011;28:1034–47.
- [7] Vincent V. Diagnostic bactériologique de la tuberculose. *Rev Francoph Lab* 2013;(449):38–43.
- [8] Moon WK, Han MH, Chang KH, Im JG, Kim HJ, Sung KJ, et al. CT and MR imaging of head and neck tuberculosis. *Radiographics* 1997;17:391–402.
- [9] Liu AC, Mehta AC, Golish JA. Upper airway obstruction due to tuberculosis: treatment by photocoagulation. *Postgrad Med* 1985;78:275–8.
- [10] El Ayoubi A, Benhammou A, El Ayoubi F, El Fahssi A, Nitassi S, Kohen A, et al. Primary extranodal ENT tuberculosis. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2009;126:208–15.
- [11] Girszyn N, Belmekki A, Duterque M, Salvan D, Saltiel JC, Jacob A, et al. Tuberculose linguale associée à une tuberculose disséminée. *Ann Dermatol Venereol* 2005;132:368–9.
- [12] Clément P, Le Guyadec T, Zalagh M, Gauthier J, N'Zouba L, Kossowski M. Manifestations bucco-naso-sinusiennes des maladies infectieuses spécifiques. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Otorhino-laryngologie*, 20-373-A-10, 2005.
- [13] Beauvillain de Montreuil C. Pathologie de la muqueuse buccale. *Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou*; 2009. p. 213–6.
- [14] Miziara ID. Tuberculosis affecting the oral cavity in Brazilian HIV infected patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005;100:179–82.
- [15] Zanaret M, Dessi P. Tuberculose pharyngée. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie*, 20-575-A-10, 1992.

Pour citer cet article

AW Haidara, A Fofana, Ms Ag Med Elmehdi Elansari, M Sangare, H Sanogo, M Doumbia et al. Bacille de Koch de localisation rare à travers deux observations cliniques. *Jaccr Infectiology* 2022; 4(4): 33-38