

Tuberculose multi-focale (palpébrale et pleurale) chez une immunocompétente

M. Soualhi, G. Iraqi, S. Belkheiri, R. Zahraoui, A. Chaibainou, J. Benamour, J. Eddine Bourkadi

Résumé

Introduction La tuberculose palpébrale est exceptionnelle et sa survenue dans le cadre d'une tuberculose multifocale est rare.

Observations Les auteurs rapportent une nouvelle observation de tuberculose multifocale chez une patiente non immunodéprimée de 28 ans avec localisation palpébrale et pleurale histologiquement confirmées. Une réaction paradoxale a été observée après la mise en route d'un traitement anti-tuberculeux avec apparition de nouvelles localisations (abcès froids thoraciques).

Conclusion Les auteurs attirent l'attention sur cette localisation rare et sur les réactions paradoxales sous traitement tout en insistant sur la nécessité de la précocité du diagnostic pour éviter des complications locales et régionales.

Mots-clés : Tuberculose palpébrale • Tuberculose multifocale •
Abcès froid • Diagnostic • Traitement.

Service de maladies respiratoires,
Hôpital Universitaire Moulay Youssef, Rabat, Maroc.

Correspondance : M. Soualhi
30, chaumière II, Riad, Rabat, Maroc.
soualhimo@yahoo.fr

Réception version princeps à la Revue : 28.10.2005.
Retour aux auteurs pour révision : 21.12.2005.
Réception 1^{re} version révisée : 22.12.2005.
Acceptation définitive : 23.12.2005.

Rev Mal Respir 2006 ; 23 : 281-4

Multifocal tuberculosis (palpebral and pleural) in an immunocompetent woman

M. Soualhi, G. Iraqi, S. Belkheiri, R. Zahraoui, A. Chaibainou, J. Benamour, J. Eddine Bourkadi

Summary

Introduction Tuberculosis of the eyelid and its development in the setting of multifocal tuberculosis is exceptionally rare.

Case report The authors report a new observation of multifocal tuberculosis in a non-immunosuppressed woman of 28 years with histologically confirmed pleural and palpebral involvement. A paradoxical reaction was seen following the initiation of anti-tuberculous treatment with appearance of new manifestations (thoracic cold abscesses).

Conclusion The authors draw attention to this rare localisation and to the paradoxical reactions during treatment, emphasising the need for early diagnosis to avoid local and remote complications.

Key-words: Palpebral tuberculosis • Multifocal tuberculosis • Cold abscess • Diagnosis • Treatment.

Introduction

La tuberculose multifocale est définie par la localisation de la tuberculose dans deux sites non contigus. C'est une forme grave puisque la mortalité atteint 16 à 25 % [1, 2] ; elle est surtout l'apanage des sujets immunodéprimés. La localisation palpébrale et sa survenue dans un contexte de tuberculose disséminée chez une patiente non infectée par le VIH sont exceptionnelles.

Observations

Une patiente âgée de 28 ans, sans notion de contagé tuberculeux, était hospitalisée pour bilan de douleurs thoraciques gauches évoluant depuis 10 mois, s'accroissant lors des changements de position, dans un contexte d'altération de l'état général avec une asthénie et un amaigrissement (- 5 kg). L'examen clinique révélait un syndrome d'épanchement pleural liquidien gauche et une tuméfaction molle de la paupière supérieure droite (fig. 1).

La radiographie thoracique confirmait une pleurésie gauche. L'analyse du liquide ponctionné était en faveur d'un exsudat à prédominance lymphocytaire. Des granulomes épithélio-giganto-cellulaires étaient retrouvés sur la biopsie pleurale. Devant cette granulomatose pleurale et la tumeur palpébrale, deux diagnostics étaient évoqués : une sarcoïdose ou une tuberculose. Le bilan était complété par une intradermoréaction à la tuberculine qui s'avérait positive à 22 mm. Le bilan biologique était normal. La sérologie VIH, contrôlée à deux reprises, était négative. La tomодensitométrie (TDM) du crâne (fig. 2) objectivait une formation palpébrale sans atteinte des organes de voisinage. La ponction de la masse palpébrale ramenait un caséum dont l'examen direct était négatif pour le bacille de Koch. La biopsie de la paupière retrouvait des granulomes épithélioïdes. Enfin, la culture de la biopsie pleurale révélait du BK sur milieu de Lowenstein Jensen. Le diagnostic de tuberculose multifocale (palpébrale et pleurale) était retenu et un traitement antibacillaire à base de streptomycine (S), rifampicine[®], isoniazide (H) et pyrazinamide (Z) selon le schéma 2 mois de SRHZ et 7 mois de RH (selon le programme national marocain de la lutte anti-tuberculeuse) était proposé à la patiente. L'évolution était favorable avec régression de la pleurésie. Six mois après le début de traitement on notait l'apparition d'abcès froids thoraciques (au nombre de 4) au niveau du dos bien visibles sur la TDM thoracique avec persistance de l'abcès de la paupière. L'apparition des



Fig. 1. Tuméfaction de la paupière supérieure droite.



Fig. 2.
TDM crâne : abcès de la paupière supérieure droite localisé.

nouvelles localisations tuberculeuses alors que la malade était régulière suivie et prenait correctement son traitement anti-tuberculeux était attribuée à une réaction paradoxale. La patiente était alors placée sous un traitement renforcé à base de SRHZ et éthambutol selon le schéma de 2 mois de SRHZ, 1 mois de RHZE et 5 mois de RHE avec une bonne évolution (régression des abcès froids).

Discussion

La tuberculose touche avant tout le poumon. Les atteintes diffuses ou multifocales représentent 9 à 10 % et surviennent le plus souvent chez les patients immunodéprimés, principalement porteurs du VIH [1, 2]. La mortalité et la morbidité restent élevées, d'autant que le terrain de survenue aggrave souvent le pronostic. Cette mortalité est estimée entre 16 % à 25 % [1]. Elle est surtout décrite au cours de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). La particularité du cas de notre patiente tient à la survenue d'une tuberculose multifocale avec atteinte cutanée et pleurale, alors qu'aucun terrain débilité n'a pu être individualisé.

L'atteinte cutanée est rare, elle représente moins de 2 % des cas de tuberculose [3]. Notre cas représente le 10^e cas de diagnostic de tuberculose palpébrale décrit dans la littérature [4-7]. Dans les cas décrits, cette localisation est associée à une atteinte parenchymateuse ou à une atteinte sinusienne [7, 8] ; aucun cas d'association à une tuberculose pleurale n'a été décrit jusqu'à présent. La diffusion de la tuberculose aux paupières peut être d'origine pulmonaire ou à partir d'un organe de voisinage comme les sinus, les glandes et le sac lacrymaux, le globe oculaire ou le nerf optique [9].

L'abcès palpébral s'observe dans les deux sexes et semble plus fréquent chez l'enfant [4-6] (notre observation constitue le seul cas rapporté chez l'adulte). La ponction de l'abcès ramène du pus et la recherche de BK permet la confirmation diagnostique par examen direct et ou par culture sur milieu de Lowenstein-Jensen ou par biopsie [10].

La recherche d'autres localisations tuberculeuses est une étape nécessaire puisque près de la moitié des sujets présentent d'autres sites d'atteinte tuberculeuse [10]. L'apparition au cours du traitement d'autres abcès froids ou la diffusion des lésions préexistantes est qualifiée de réaction paradoxale [11]. C'est une réaction purement immunologique [11] qui n'indique pas obligatoirement une résistance ou une mauvaise réponse au traitement [12]. Cette réaction paradoxale se voit chez 6 à 30 % des patients sous traitement et survient principalement entre la 2^e semaine de traitement et le 9^e mois [12, 13]. Elle ne nécessite pas de changement thérapeutique mais l'adjonction d'une corticothérapie a été décrite dans la littérature comme efficace [11].

Le traitement de la tuberculose multifocale repose sur une polychimiothérapie anti-tuberculeuse (SRHZ ou RHZE) dont la durée est de 9 mois [14]. Le pronostic est le plus souvent bon à condition d'un diagnostic précoce.

Conclusion

La localisation palpébrale au cours d'une tuberculose est rare. La recherche d'autres localisations tuberculeuses extra-thoraciques et thoraciques est nécessaire car elle conditionne les modalités thérapeutiques et évolutives. La mise sous traitement antibacillaire ne prévient pas systématiquement l'apparition d'autres localisations.

Références

- 1 Denis-Delpierren N, Merriend D, Billaud E, Besnier JM, Duhamel E, Hutin P, Andrieux F, Delaunay C, Rogez JP, Arsac P, Chennebault JM, Raffi F : Tuberculose multifocale : à propos de 49 cas. *Patho Biolog* 1998 ; 46 : 375-9.
- 2 El Ouazzani H, Bouchentouf R, Rguibi M, Rhorfi I, Yassir Z, Abid A, Alaoui Tahiri K : La tuberculose multifocale. *Rev Pneumol Clin* 2002 ; 58 : 39-42.
- 3 Steliantdes S : Manifestations et diagnostics de la tuberculose extra-pulmonaire. *Rev Mal Respir* 1997 ; 14 : 5872-87.
- 4 Raina UK, Jain S, Monga S, Arora R, Mehta DK : Tubercular preseptal cellulitis in children: a presenting feature of underlying systemic tuberculosis. *Ophthalmology* 2004 ; 111 : 291-6.
- 5 Zoric LD, Zoric DL, Zoric DM : Bilateral tuberculous abscesses on the face (eyelids) of a child. *Am J Ophthalmol* 1996 ; 121 : 717-8.
- 6 Watrin E, Mendelsohn P : Palpebral cold abscess revealing a tuberculous maxillary sinusitis. *Bull Soc Ophthalmol Fr* 1967 ; 67 : 1124-9.
- 7 Mehta DK, Sahmi K, Pathak A : Bilateral tubercular lid abscess – a case report. *Indian J Ophthalmol* 1989 ; 37 : 98.
- 8 Mc Moli TE, Mordi VP, Grange A, Abiose A : Tuberculous panophthalmistis. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 1978 ; 15 : 383-5.
- 9 Duke-Elder S, MacFaul PA : The ocular Adnexia. Part II. Lacrymal, orbital and paraorbital disease. Vol XIII. In : duke Elder S, ed. *System of ophthalmology*. London. England : Henry Kimpton ; 1974 ; 902-5.
- 10 Trombati N, Afif H, El Farouki Z, Bahlaoui A, Alchane A, Bouayad Z : La tuberculose pariétale thoracique en dehors de l'immunodépression par le virus de l'immunodéficience humaine. *Rev Mal Respir* 2001 ; 18 : 301-4.

- 11 Bukharie H : Paradoxical response to anti-tuberculous drugs: resolution with corticosteroid therapy. *Scand J Infect Dis* 2000 ; 32 : 96-7
 - 12 Mert A, Bilir M, Ozturk R, Tabak F, Ozaras R, Tahan V, Senturk H, Aktuglu Y. Tuberculous subcutaneous abscesses developing during military tuberculosis therapy. *Scand J Infect Dis* 2000 ; 32 : 37-40.
 - 13 Mert A, Ozaras R. Paradoxical reaction: can it be seen after completion of the anti-tuberculous therapy? *Scand J Infect Dis* 2004 ; 36 : 78-9.
 - 14 Chen CH, Shih JF, Wang S, Perng RP. Tuberculous subcutaneous abscess : an analysis of seven cases. *Tuber Lung dis* 1996 : 77 : 184-7.
-