



TUNISIE ORTHOPÉDIQUE

Année 2018, Vol 9, N° 1

pp 62-64

Accès Libre sur / Free Access on
www.sotcot.com

La tuberculose ganglionnaire périphérique : À propos d'un cas et revue de la littérature.

Peripheral lymph node tuberculosis: About a case and review of the literature.

Zitoun Y., S. Ben Ahmed, H. Ben Ghazlen, N. Dammak, F. Abid

Service de chirurgie orthopédique et traumatologie CHU Tahar Sfar Mahdia-Tunisie Department of Orthopedic and Traumatology Surgery CHU Tahar Sfar Mahdia-Tunisia

AUTEURS CORRESPONDANTS : Zitoun Yadh

Email : zitounyadh1@yahoo.fr Ben Ahmed Sami

Email : mohamedsamibenahmed@gmail.com

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : La tuberculose ganglionnaire périphérique est la localisation la plus fréquente des tuberculoses extra pulmonaires. Sa prise en charge reste difficile malgré l'efficacité prouvée du traitement antituberculeux.

OBSERVATION : Enfant de 13 ans, adressé pour tuméfaction de la face interne du bras gauche évoluant depuis 1 mois. A l'examen une tuméfaction de 7 cm de consistance ferme, sans signes inflammatoires en regard indolore à la pression et adhérente aux plans profonds. La radiographie standard n'a pas montré de lésion osseuse. L'échographie a objectivé une formation oblongue à paroi lobulée de contenu hétérogène avec une portion charnue vascularisée au doppler et un contenu échogène non vascularisé. L'IRM a objectivé que la lésion se présente en hyposignal T1 et hypersignal T2 hétérogène avec un rehaussement hétérogène après injection de Gadolinium. Une adénectomie du ganglion a été réalisée. L'étude bactériologique avec une culture sur milieu de Lowenstein était négative. L'étude anatomopathologique a confirmé le diagnostic de tuberculose ganglionnaire. Le traitement médical par 4 antituberculeux a été réalisé pendant 6 mois. L'évolution était favorable. Au recul de 1^{er}, le patient est en rémission complète.

DISCUSSION : La tuberculose ganglionnaire touche dans la majorité des cas les ganglions cervicaux et rarement les aires ganglionnaires périphériques. Le diagnostic est difficile du fait de sa symptomatologie peu spécifique et de la multiplicité des diagnostics différentiels. L'IRM reste un examen clé pour l'orientation diagnostique. Le traitement médical repose sur les antituberculeux administrés au quotidien pendant six mois.

CONCLUSION : La tuberculose ganglionnaire périphérique pose souvent des problèmes diagnostiques. L'évolution est le plus souvent favorable après un traitement anti bacillaire.

ABSTRACT

INTRODUCTION : Peripheral lymph node tuberculosis is the most frequent localization of extra-pulmonary tuberculosis. Its management remains difficult despite the proven efficacy of antituberculosis treatment.

OBSERVATION: Child of 13 years, addressed for tumefaction of the internal face of the left arm evolving since 1 month. On examination a swelling of 7 cm of firm consistency, without inflammatory signs in painless look at the pressure and adherent to the deep planes. The standard radiograph showed no bone lesion. Ultrasound showed an oblong, lobulated wall formation of heterogeneous content with a fleshy portion vascularized to the doppler and a non-vascularized echogenic content. MRI has shown that the lesion occurs in hypo signal T1 and hypersignal T2 heterogeneous with a heterogeneous enhancement after injection of Gadolinium. A glandular adenectomy was performed. The bacteriological study with a Lowenstein medium culture was negative. The anatomopathological study confirmed the diagnosis of lymph node tuberculosis. Medical treatment with 4 antituberculosis drugs was carried out for 6 months. The evolution was favorable. At the 1-year follow-up, the patient is in complete remission.

DISCUSSION: Ganglionic tuberculosis affects in most cases the cervical lymph nodes and rarely the peripheral ganglionic areas. The diagnosis is difficult because of its non-specific symptomatology and the multiplicity of differential diagnoses. MRI remains a key review for diagnostic guidance. Medical treatment is based on anti-tuberculosis drugs administered daily for six months.

CONCLUSION: Peripheral lymph node tuberculosis often presents diagnostic problems. Evolution is most often favorable after anti-bacillary treatment.



I. INTRODUCTION

La tuberculose ganglionnaire périphérique est la localisation extra pulmonaire la plus fréquente. Elle demeure une préoccupation constante en raison des problèmes diagnostiques et thérapeutiques qu'elle pose^[1]. Elle est observée essentiellement chez l'enfant et l'adolescent. Notre objectif est de rappeler les caractéristiques cliniques et radiologiques de la tuberculose ganglionnaire périphérique.

II. OBSERVATION

Enfant de 13ans, adressé pour tuméfaction de la face interne du bras gauche évoluant depuis 1 mois.

A l'interrogatoire, on n'a pas de notion de contagé tuberculeux ni d'histoire d'un épisode d'infection tuberculeuse ancienne. La vaccination par le BCG était correctement réalisée.

A l'examen, l'enfant était apyrétique, d'état général conservé; ne décrivait pas de douleurs et la tuméfaction était de 7cm de grand axe sans signes inflammatoires en regard; elle était de consistance ferme, indolore à la pression et adhérente aux plans profonds (figure1).



Figure 1 : aspect clinique du bras gauche.
Picture1: Clinical aspect of the left arm.

La biologie ne montrait ni hyperleucocytose ni hyperlymphocytose, la CRP était négative et la VS était élevée à 48 à la 1^{ère} heure.

La radiographie standard n'a pas montré de lésion osseuse. L'échographie a objectivé une formation oblongue à paroi lobulée de contenu hétérogène avec une portion charnue vascularisée au doppler et un contenu échogène non vascularisé.

L'IRM a objectivé une lésion oblongue sous cutanée mesurant 72x25x43mm qui se présente en hyposignal T1 hypersignal T2 hétérogène avec un rehaussement hétérogène après injection IV de Gadolinium associée à un nodule tissulaire solide de 15x13mm de taille, elle a objectivé aussi plusieurs adénopathies au niveau axillaire gauche dont certaines sont quasi liquéfiées nécrosées (figure2a,2b,2c).

La biopsie chirurgicale a ramené une quantité importante de pus, une adénectomie du ganglion en regard a été réalisée, ce dernier était inflammatoire et ouvert communiquant avec la collection sus décrite (figure3).

L'étude bactériologique de ce prélèvement avec une culture sur milieu de Lowenstein était négative.

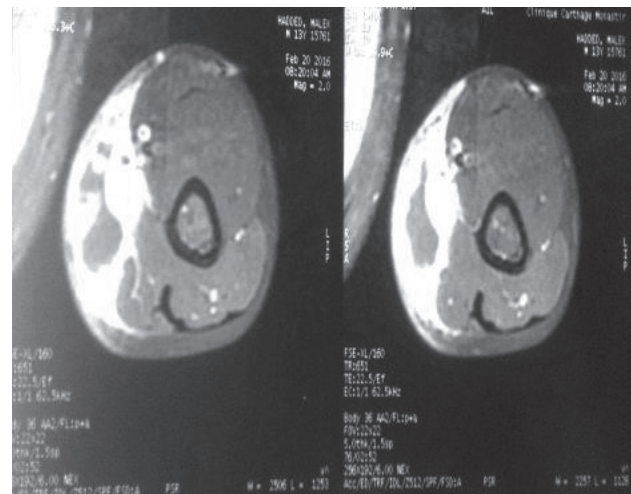


Figure2 a: aspect du bras à l'IRM (coupe axiale T1).
Picture2a: Aspect of the arm to the MRI (axial section T1).

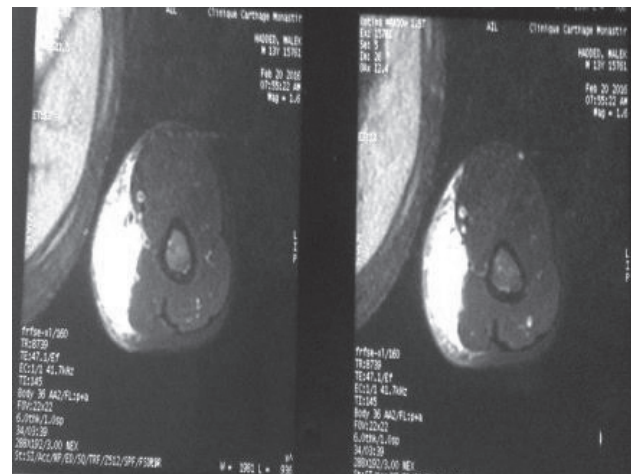


Figure2^b : aspect du bras à l'IRM (coupe axiale T2).
Picture2^b: Aspect of the arm to the MRI (axial section T2)

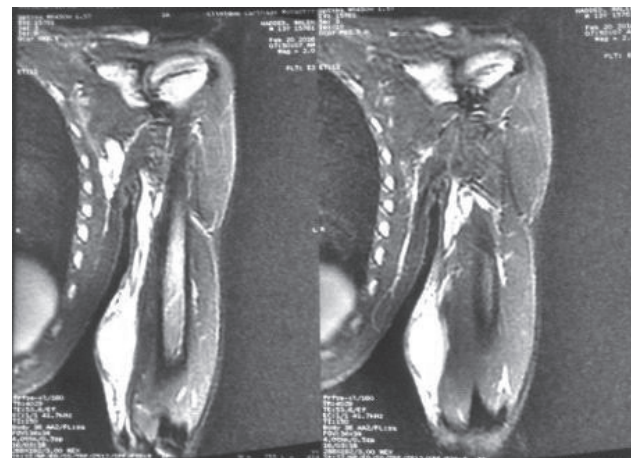


Figure2^c : aspect du bras à l'IRM (coupe coronale T2).
Picture2^c: Aspect of the arm to the MRI (coronal cut T2).

L'étude anatomopathologique a confirmé le diagnostic de tuberculose mettant en évidence une lymphadénite granulomateuse avec nécrose caséuse du ganglion enlevé. L'examen général du patient ne trouvait pas des signes orientant vers une autre localisation tuberculeuse. La radiographie du thorax n'a pas montré des signes d'une atteinte pulmonaire. L'IDR à la tuberculine est non faite. Le traitement médical a consisté en l'association de quatre médicaments antituberculeux : isoniazide (H), rifampicine (R), pyrazinamide (Z) et éthambutol(E) en une seule prise journalière le matin à jeun. La durée totale du traitement



était de 6 mois : HRZE pendant 2mois puis HR pendant 4mois^[3].

L'évolution était favorable. Au recul de 1an, le patient est en rémission complète.

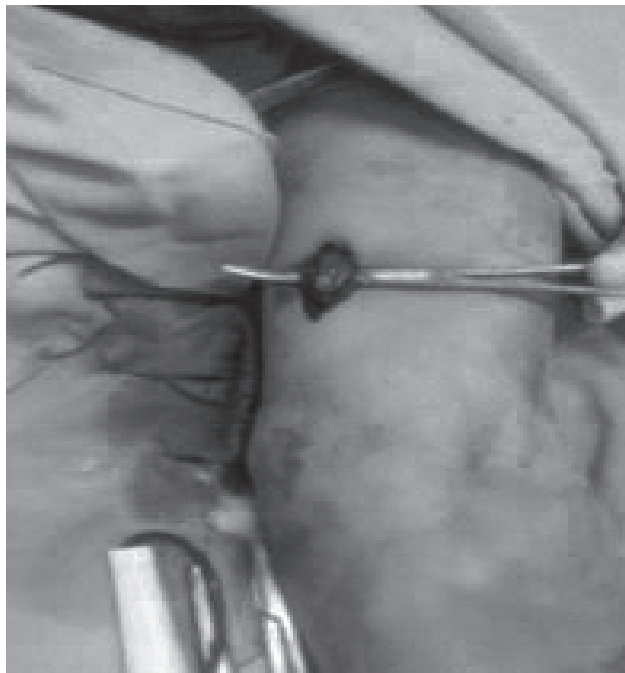


Figure 3: aspect macroscopique du ganglion lors de la biopsie chirurgicale.

Picture3 : Macroscopic appearance of the ganglion during surgical biopsy.

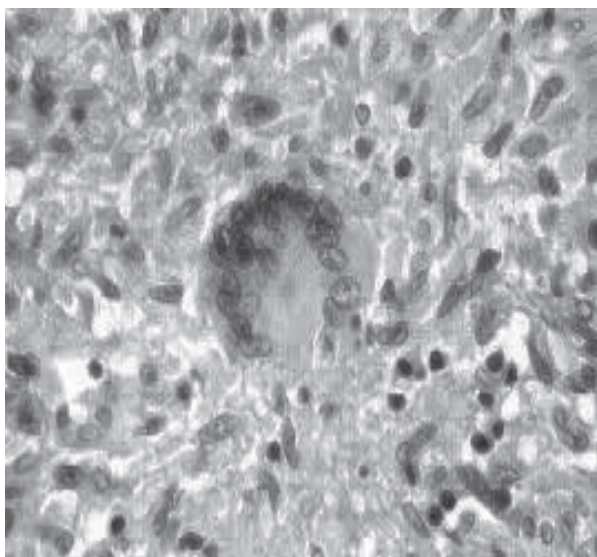


Figure 4 : aspect microscopique du ganglion prélevé.

Picture4: Microscopic aspect of the ganglion.

III. DISCUSSION :

La tuberculose ganglionnaire touche dans la majorité des cas les ganglions cervicaux et rarement les aires ganglionnaires périphériques. Elle est souvent la seule manifestation de la tuberculose extra pulmonaire. Son diagnostic est difficile du fait de sa symptomatologie peu spécifique et de la multiplicité des diagnostics différentiels^[4]. L'IRM reste un examen clé pour l'orientation diagnostique pouvant révéler des petites masses confluentes avec des foyers nécrotiques périphériques et un œdème des tissus mous. Le caractère pauci bacillaire de la tuberculose ganglionnaire donne une place majeure à l'étude cyto histologique dans le diagnostic

de cette entité^[4]. Tritar Cherif^[2] préconise un traitement médical reposant sur les antituberculeux administrés au quotidien pendant six mois (HRZE pendant 2mois puis HR pendant 4mois) et qu'une exérèse chirurgicale initiale n'est indiquée que si les adénopathies sont importantes et gênantes ou en cas de doute diagnostique.

Plusieurs autres études notamment celle de J.P.Lanoix^[5] n'ont pas prouvé de supériorité d'un traitement médical antituberculeux plus prolongé avec des groupes traités pendant 9 et 12 mois. La revue de la Littérature ne retrouve pas d'étude de qualité permettant de conclure sans controverse sur une durée optimale de traitement.

IV. CONCLUSION

La tuberculose ganglionnaire périphérique pose souvent des problèmes diagnostiques. Son diagnostic est basé sur la combinaison de granulomes épithélioïdes et de nécrose caséuse avec ou sans cellules géantes multinucléées à l'étude cyto histologique.

L'évolution est le plus souvent favorable après un traitement anti bacillaire. Cependant une exérèse chirurgicale initiale est indiquée si les adénopathies sont importantes et gênantes ou en cas de doute diagnostique^[2].

V. RERERENCES

- 1) M. M. Thompson, M. J. Underwood, R. D. Sayers, K. A. Dookeran, P. R. F. Bell Peripheral tuberculous lymphadenopathy : a review of 67 cases Br. J. Surg. 1992, Vol. 79, August, p763-764.
- 2) tritar cherif F, cherif, H. Daghfous Prise en charge de la tuberculose ganglionnaire, La tunisie Medicale - 2014 ; Vol 92 (n°01) : 111-113.
- 3) Van Loenhout-Rooyackers JH et al. Shortening the duration of treatment for cervical tuberculous lymphadenitis. Eur Respir J 2000;15:192-5.
- 4) smith H. Paradoxical responses during the chemotherapy of tuberculosis. J Infect 1987;15:1-3 .
- 5) J.P.Lanoix, Y.Douadi, A.Borel, C.Andrejask, Y. El Samad, J.P.Ducroix, J.L.schmit Traitement de la tuberculose ganglionnaire : des recommandations à la pratique Médecine et maladies infectieuses volume41, issue2, February2011, Page 87-91.