



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



Cas clinique

La tuberculose miliaire du pharynx ou maladie d'Isambert Pharyngeal tuberculosis

S. Kharoubi *

Faculté de médecine, route de Zaâfrania, B.P. 205, 23000 Annaba, Algérie

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 29 mai 2007

Accepté le 8 avril 2008

Disponible sur Internet le
17 juin 2008

Mots clés :

Tuberculose pharyngée

Dysphagie

Maladie d'Isambert

Immunodéficience

Keywords:

Pharyngeal tuberculosis

Dysphagia

Isambert disease

Immunodeficiency

RÉSUMÉ

Objectifs. – Le but de ce travail est de présenter une forme très rare, voire exceptionnelle, de tuberculose du pharynx. Un rappel des différentes formes anatomocliniques est fait à cette occasion, avec une revue de la littérature.

Matériel et méthodes. – Une observation clinique d'une tuberculose du pharynx dans sa forme miliaire aiguë était présentée. Il s'agit d'une patiente de 20 ans avec un tableau de dysphagie rebelle dans un contexte d'altération de l'état général.

Résultat. – Un syndrome pharyngé associé à une épistaxis dans un contexte d'altération de l'état général est constaté. L'examen pharyngé retrouve un aspect de granulation diffuse de la muqueuse. Le bilan montrait un syndrome inflammatoire biologique avec une intra-dermo-réaction à la tuberculine fortement positive. Une biopsie pharyngée a retrouvé un aspect de granulome géantocellulaire avec nécrose caséuse. L'évolution fut favorable sous chimiothérapie antituberculeuse.

Conclusion. – La tuberculose du pharynx demeure une pathologie rare, notamment dans certaines présentations cliniques. Plusieurs paramètres épidémiologiques montrent une recrudescence de cette affection d'où l'intérêt de cette observation.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objectives. – The aim of this case study was to report a rare case of acute milary tuberculosis of the pharynx. The description of the various pathological forms of this disease and a review of the literature are included.

Methods. – Report of a case of acute milary tuberculosis of the pharynx in a 20-year-old female patient with chronic dysphagia and weight loss.

Results. – Dysphagia with epistaxis and severe nutritional problems was noted. The pharyngeal examination showed diffuse granulation of the pharynx. The blood count showed an inflammatory syndrome. The tuberculin skin test was highly positive. A pharyngeal biopsy found caseous necrosis in giant cell granuloma. The prognosis was good with antituberculosis antibiotics.

* 1, rue Mohamed-Chenafi, 23000 Annaba, Algérie.

Adresse e-mail : s_kharoubi@yahoo.fr.

0003-438X/\$ – see front matter © 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

doi:10.1016/j.aorl.2008.04.002

Conclusion. – Acute miliary tuberculosis of the pharynx is a rare entity. Many epidemiological studies have shown an increased frequency of this disease, which should therefore be kept in mind.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

La tuberculose du pharynx correspond à l'ensemble des lésions évolutives de type granulomateuses de la muqueuse pharyngée consécutive à l'infection par le bacille tuberculeux.

C'est une pathologie rare, le plus souvent primitive, non spécifique sur le plan sémiologique et simulant une présentation pseudotumorale [1].

Sur le plan topographique, elle touche surtout le rhinopharynx (cavum) [2].

Les localisations amygdaliennes représentent 45 % des cas. La paroi postérieure du pharynx est touchée dans 20 % des cas et, accessoirement, les piliers postérieurs, le voile du palais, la base de langue et les amygdales linguales [3,4].

Certaines formes anatomocliniques sont actuellement du domaine de l'exception : miliaire aiguë du pharynx, lupus du pharynx en dehors de quelques pays à forte endémie tuberculeuse [5-7].

Le diagnostic de la tuberculose a largement bénéficié des techniques modernes de biologie (chromatographie, méthodes cytogénétiques) avec des gains très appréciables sur les délais diagnostiques.

Les formes actuelles se distinguent par leur survenue en présence d'infection à HIV et surtout la responsabilité croissante de mycobactéries résistantes [4].

2. Observation clinique

Patient Y.H., âgée de 20 ans, sans profession, consulte pour une dysphagie progressive associée à une épistaxis évoluant dans un contexte d'altération de l'état général.

L'anamnèse note une évolution des symptômes depuis neuf mois avec une anorexie progressive, une fièvre sur un fond de sémiologie pharyngée (dysphagie, gêne pharyngée, toux d'irritation) et d'une épistaxis répétée, transitoirement, améliorée par les traitements (antibiotiques anti-inflammatoires, collutoires). Un enrrouement d'apparition récente (un mois) est noté.

La patiente présente, en outre, une aménorrhée secondaire depuis six mois. Elle est correctement vaccinée (BCG) et issue d'un milieu social défavorisé.

L'état général est altéré avec une perte de poids de 10 kg, une pâleur cutanéomuqueuse. La température est de 38 °C.

L'examen cervical note la présence d'adénopathies sous-digastriques bilatérales de 2 cm de diamètre, fermes et mobiles.

L'examen buccopharyngé note la présence de granulations multiples diffuses, non confluentes de 2 mm de diamètre le long de la paroi postérieure de l'oropharynx. Des sécrétions mucopurulentes associées réalisent un aspect de lésions « sales ».

La fibroscopie nasopharyngée note une congestion des fosses nasales avec un aspect d'hypertrophie adénoïdienne massive dans un cavum globalement purulent.

Un œdème congestif de la margelle laryngée postérieure (repli aryépiglottique et aryténoïdes) est noté.

Une biopsie du cavum et de l'oropharynx (granulations) est réalisée.

Le bilan biologique montre une vitesse de sédimentation à 35/50 mm et la formule sanguine suivante : leucocytes 6000 par millimètre cube avec 1800 lymphocytes et une anémie de type microcytaire hypochrome ; glucose : 0,98 g/l ; urée : 0,25 g/l.

L'examen tomodensitométrique montre une hyperplasie du toit du cavum, sans extensions locorégionales, ni lyse osseuse.

La radiographie du thorax ne montre pas de lésion pulmonaire évolutive, ni séquellaire. Il n'y a pas de syndrome tumoral médiastinal (adénopathies).

L'intradermo-réaction à la tuberculine est positive avec une induration à 10 mm. Le prélèvement bactériologique par écouvillonnage de l'oropharynx est négatif.

L'examen anatomopathologique des prélèvements pharyngés retrouve un épithélium de surface ulcéré avec, en profondeur, de nombreux follicules épithélio-gigantocellulaires avec nécrose caséuse (Fig. 1).

Ces données sont en faveur d'une tuberculose pharyngée dans sa forme miliaire aiguë.

Le bilan général de la maladie tuberculeuse (bacilloscopie, examen urogénital, échographie-bactériologie) ne montre pas de localisations secondaires.

Une chimiothérapie antituberculeuse associant : rifampicine (10 mg/kg par jour), isoniazide (5 mg/kg par jour), pyrazinamide (30 mg/kg par jour), pendant deux mois, puis rifampicine et isoniazide, pendant quatre mois, (régime RHZ/RH 2/4) est proposée.

Après un mois du traitement, on obtient l'apyrexie, le nettoyage des lésions et la disparition de la gêne pharyngée.

Vue récemment (huitième mois de traitement), la patiente est en bon état général (prise de poids de 6 kg) avec un examen du pharynx normal (sans séquelles locales) et une reprise de sa menstruation.

3. Discussion

La tuberculose connaît actuellement une recrudescence nette et constitue un problème de santé publique. En France, le risque annuel d'infection est estimé à 0,03 % avec une incidence en 1994 évaluée à 16,7 pour 100 000 habitants.

En revanche, cette incidence est de 272 cas pour 100 000 habitants en Afrique.

C'est le résultat de la dégradation des conditions socio-économiques des populations, de l'infection à VIH et de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4105885>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4105885>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)