



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Réaction paradoxale à la fin du traitement antituberculeux chez le sujet immunocompétent



Paradoxical reaction following antituberculosis therapy in immunocompetent patient

S. Bacha^{a,*}, M. Khemiri^a, H. Racil^a, S. Hantous^b,
N. Chaouch^a, S. Cheikhrouhou^a, A. Chabbou^a,
M.L. Megdiche^a

^a Service de pneumologie, hôpital Abderrahmane Mami, pavillon 2 Ariana, Tunisie

^b Service de radiologie, hôpital Abderrahmane Mami, Ariana, Tunisie

Disponible sur Internet le 21 octobre 2016

MOTS CLÉS

Tuberculose ;
Antituberculeux ;
Réaction paradoxale ;
Prise en charge ;
Adénopathie
paradoxale

Résumé

Introduction. – Les réactions paradoxales (RP) sous traitement antituberculeux sont rares et encore peu étudiées chez le sujet immunocompétent.

Observation. – Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 21 ans, immunocompétent, VIH négatif, hospitalisé pour une tuberculose disséminée et qui avait présenté à 8 mois de traitement antituberculeux une réaction paradoxale caractérisée par l'apparition d'adénopathie cervicale gauche fistulisée à la peau, des lésions parenchymateuses pulmonaires, pleurales, costales et rachidiennes. La conduite thérapeutique était de poursuivre le traitement antituberculeux. L'évolution initiale était favorable avec régression de l'adénopathie cervicale et des lésions associées. Cependant, à 20 mois de traitement antituberculeux, une adénopathie inguinale gauche apparaissait avec fistulisation à la peau. L'examen histologique de la biopsie inguinale concluait à une tuberculose caséo-folliculaire. Le patient rapportait une bonne observance du traitement. Les urines étaient rouges. Le traitement antituberculeux était maintenu. L'évolution était marquée par une diminution de la taille de l'adénopathie inguinale avec cicatrisation cutanée de la fistule sous traitement antituberculeux. Le patient recevait 28 mois de traitement antituberculeux. Les échographies cervicale et pelvienne de contrôle montraient l'absence d'adénopathies. La tomodensitométrie de contrôle notait une régression des lésions thoraco-abdominales et osseuses.

* Auteur correspondant. 12, rue Abbes Ibn Ferness, cité la Gazelle, 2083 Ariana, Tunisie.
Adresse e-mail : saoussnbacha@yahoo.fr (S. Bacha).

KEYWORDS

Tuberculosis;
Antituberculous
treatment;
Paradoxical reaction;
Management;
Paradoxical
lymphadenopathy

Conclusion. — Les RP aux antituberculeux restent un diagnostic d'élimination. Il n'y a pas de consensus sur la prise en charge de cette entité.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Introduction. — The features of paradoxical reactions (PR) that occurred in non-HIV infected patients are rare and not well known.

Case report. — The authors reported the case of a 21 years old, non-immunocompromised, and HIV negative patient treated for disseminated tuberculosis. PR occurred after 8 months after initiation of antituberculous treatment. PR presented as left cervical lymphadenopathy, pulmonary, pleural, costal and spinal location of the tuberculosis. The antituberculous drugs were prolonged. Patient's clinical symptoms improved initially. However, left inguinal lymphadenopathy appeared after 20 months of antituberculous therapy. Inguinal lymph node biopsy revealed tuberculous lymphadenitis. The patient has a good compliance to the treatment. The patient was continued on same antituberculous treatment for a total of 28 months. The cervical and inguinal lymphadenopathy disappeared and CT scan showed regression of thoracic, abdominal, costal and spinal lesions.

Conclusion. — PR during antituberculous treatment must be considered after exclusion of other causes. No consensus on the therapeutic management of this entity has been developed to date.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La réaction paradoxale (RP) à l'introduction du traitement antituberculeux est définie comme la réapparition des symptômes généraux, l'aggravation des lésions préexistantes ou l'apparition de nouvelles lésions après une amélioration initiale sans cause retrouvée [1]. Les RP ont été bien décrites chez le patient atteint de VIH, mais encore peu étudiées chez le sujet immunocompétent [2,3].

Observation

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 21 ans, étudiant, sans antécédent pathologique particulier, tabagique à 5 paquets années qui était hospitalisé pour une toux sèche, une hémoptysie de faible abondance et des sueurs nocturnes évoluant dans un contexte d'altération de l'état général depuis 4 mois. L'examen physique était normal. La radiographie thoracique montrait un élargissement du médiastin supérieur et moyen. La tomodensitométrie thoracique et abdominale montrait des adénopathies médiastinales et abdominales en majorité nécrosées, une hépatomégalie et une splénomégalie nodulaires, une infiltration de la graisse périhépatique et mésentérique, associée à un épanchement intrapéritonéal de faible abondance. La CRP était à 116 mg/L. Le taux des lymphocytes totaux était à 1350/mm³. Le taux d'hémoglobine était à 10,5 g/dL. Les sérologies VIH, de l'hépatite virale B et C étaient négatives. L'examen histologique de la pièce de biopsie des ganglions médiastinaux obtenue par médiastinoscopie axiale

objectivait des granulomes épithéloïdes et gigantocellulaires centrés par des plages de nécrose caséuse. La culture du fragment de biopsie ganglionnaire revenait positive à *Mycobacterium tuberculosis* multisensible. La recherche de BAAR à l'examen microscopique des crachats était négative. Une quadrithérapie antituberculeuse (HRZE) était débutée pour tuberculose disséminée pendant 2 mois relayée par une bithérapie (HR). L'évolution était marquée par la régression progressive de la symptomatologie respiratoire et générale avec une bonne tolérance clinique et biologique du traitement antituberculeux. Le traitement était directement observé par un personnel médical pendant les deux premières semaines d'hospitalisation, puis le patient rapportait la bonne observance thérapeutique lors des consultations successives avec des urines rouges. Huit mois après le début du traitement antituberculeux, une adénopathie cervicale gauche apparaissait. L'examen clinique retrouvait une formation molle cervicale gauche indolore de 3 cm de grand axe de consistance liquidienne qui s'était fistulisée à la peau. L'échographie cervicale montrait un adénophlegmon sus-claviculaire gauche. Le bilan biologique standard ne montrait pas d'anomalies. L'examen bactériologique du liquide d'aspiration ganglionnaire révélait la présence de quelques BAAR sensibles aux antituberculeux. L'examen histologique de la biopsie de l'adénopathie cervicale montrait des granulomes épithéloïdes et gigantocellulaires centrés par une nécrose caséuse. La tomodensitométrie cervicothoracique et abdominale à 8 mois de traitement antituberculeux montrait des adénopathies cervicales, médiastinales (latérotachéales, hilaires gauches, sous-carinaires) et abdominales (cœlio-mésenteriques et du hile

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5674496>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5674496>

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