



Tuberculose multifocale orbitaire et pleurale : à propos d'un cas et revue de la littérature.

Multifocal orbital and pleural tuberculosis: a case report and review of literature.

Zakou ARH^{1,2*}, Lawi CAA^{2,3}, Youssoufou SAS^{2,4}, , Maazou BM⁵, Seydou SS⁵, Moussa OO².

Reçu le 18-10-24

Accepté le 11 -12-2024

Publié le 10-01-25

Mots-clés

Tuberculose
multifocale,
oculaire, pleurale
Militaire, Niger

Résumé

Introduction : Le Niger fait partie des zones endémiques de la tuberculose. Les localisations extrapulmonaires peuvent être rencontrées. L'objectif était de rapporter un cas d'une tuberculose multifocale (orbitaire et pleurale) chez un militaire de 19 ans initialement vacciné contre la tuberculose.

Observation : il s'agissait d'un M. MO, âgé de 19 ans, jeune sans antécédents pathologiques particuliers, reçu pour un œil rouge douloureux dans un contexte fébrile. L'examen ophtalmologique mettait en évidence un oedème palpébral, une exophtalmie bilatérale avec des yeux rouges douloureux et purulent avec baisse de la vision, résistant aux antibiotiques usuels. L'examen pleuropulmonaire a mis en évidence un syndrome d'épanchement pleural liquidien droit et gazeux à gauche. La cyto-bactériologique du liquide pleural a retrouvé un exsudat à majorité lymphocytaire. La recherche des bacilles par écouvillonnage sur les sécrétions conjonctivales était négative. L'examen du genexpert sur le liquide pleural a retrouvé Mycobacterium tuberculosis (MTB) sensible à la Rifampicine. Le patient a été mis sous traitement anti-tuberculeux à combinaison fixe (RHZE et RH). Avec un recul de 14 mois, il y avait une disparition de l'exophtalmie.

Conclusion : La localisation orbitaire dans le cadre de la tuberculose multifocale présente un grand polymorphisme clinique d'où la nécessité de l'évoquer devant toute cellulite orbitaire rebelle aux antibiotiques non spécifiques.

Keywords

Multifocal
Tuberculosis,
ocular, pleural,
Military, Niger.

Abstract

Introduction: Niger is a tuberculosis-endemic country. Extrapulmonary localizations may be encountered. The aim of this study was to report a case of multifocal tuberculosis (orbital and pleural) in a 19-year-old soldier who had initially been vaccinated against tuberculosis.

Observation: Mr. MO, 19 years old, with no particular pathological history, was presented with a painful red eye in a febrile setting. Bilateral palpebral edema, bilateral exophthalmos with red, painful and purulent eyes with impaired vision, resistant to the usual antibiotics. Pleuropulmonary examination revealed a pleural effusion syndrome with fluid on the right and gas on the left. Cyto-bacteriological examination of the pleural fluid revealed a predominantly lymphocytic exudate. Conjunctival secretions were swabbed negative for bacilli. Genexpert examination of pleural fluid revealed Rifampicin-sensitive Mycobacterium tuberculosis (MTB). The patient was started on a fixed-combination anti-tuberculosis regimen (RHZE and RH). After 14 months, the exophthalmos had disappeared.

Conclusion: The orbital localization of multifocal tuberculosis presents a great clinical polymorphism, making it necessary to evoke it before any orbital cellulitis resistant to non-specific antibiotics.

Introduction

La tuberculose (TB) est une maladie infectieuse due au bacille tuberculeux. La tuberculose multifocale est définie par l'atteinte d'au moins deux foyers extra-pulmonaires avec ou sans atteinte pulmonaire [1]. Les atteintes multifocales représentent que 10 % des tuberculoses extra-pulmonaires et surviennent souvent chez des patients immunodéprimés [1]. L'atteinte orbitaire est néanmoins rare, car seul 0,3% des patients atteints de tuberculose développent une atteinte orbitaire [2]. Elle peut se rencontrer à toutes les phases du développement de la maladie. Cette localisation est très variable pouvant toucher le globe oculaire, les tissus mous et osseux de l'orbite. Les auteurs rapportent le cas d'une tuberculose multifocale chez un soldat au décours de la formation militaire initiale. Cette observation est particulière par l'aspect et le siège révélateur de la tuberculose, par les caractéristiques des lésions orbitaire et pleuropulmonaire, par l'absence d'immunodépression et l'évolution favorable du traitement. Les auteurs soulignent l'intérêt de rechercher activement par un bilan minimal, la forme ophtalmologique de la tuberculose devant toute lésion évocatrice afin de préserver le pronostic fonctionnel visuel dans un contexte où le plateau technique permettant de confirmer le diagnostic peut être insuffisant. L'objectif était de rapporter un cas d'une tuberculose multifocale (orbitaire et pleurale) chez un militaire de 19 ans initialement vacciné contre la tuberculose.

Observation

M. MO, âgé de 19 ans, jeune recrue des Forces Armées Nigériennes (FAN), sans antécédents pathologiques particuliers, a été reçu à l'infirmerie de Garnison de la Zone de Défense N°5 (Diffa) pour un œil rouge douloureux dans un contexte fébrile. Ce tableau clinique évoluait depuis 48h et associait une anorexie et un amaigrissement. L'examen à l'entrée objectivait :

- Une altération de l'état général OMS 3

- Une fièvre à 39,8°C

- Yeux : Œdème palpébral bilatéral, une exophtalmie bilatérale avec des yeux rouges douloureux avec baisse de la vision ramenant une sécrétion purulente (image 1).



Image 1 : Exophtalmie bilatérale avec sécrétions lacrymales purulentes.

L'examen général ne trouve pas d'autres signes extra-ophtalmologiques, notamment pas de signes respiratoires ou d'adénopathies palpables à l'examen physique initial.

Le scanner orbitaire n'a pas pu être effectué de même que l'examen du fond d'œil devant l'absence de moyens de diagnostic en ophtalmologie dans notre centre.

Une cellulite orbitaire non spécifique a été retenue et le patient a été mis sous bi-antibiothérapie probabiliste à large spectre faite de ceftriaxone : 2g/j associée à la Gentamycine 80mg/j et des soins locaux oculaires.

Affiliations :

1. Hôpital National de Niamey.
2. Centre Hospitalier des Armées
3. Programme National de lutte contre la 4-4.
4. Tuberculose3. Hôpital National Amirou Boubacar Diallo de Niamey.
5. Infirmerie Militaire Zone de Défense N°5 de Diffa

Auteur Correspondant : ZAKOU HAMIDOU ABDOUL RAZAK : Médecin Commandant, Chirurgien Urologue ; Forces Armées Nigériennes. mail : razakzakou@yahoo.fr; Tel : (+227 96 34 07 07)

Après 72h d'antibiothérapie, l'évolution a été marquée par une persistance de la fièvre et l'installation d'une toux sèche positionnelle associée à une dyspnée et une douleur basithoracique droite. L'examen

pleuropulmonaire à mis en évidence un syndrome d'épanchement pleural liquidien droit et gazeux à gauche. La radiographie du thorax (image 2) a objectivé une clarté, sans image vasculaire, thoracique droite surmontant un niveau hydro-aérique avec comblement du cul de sac pleural droit traduisant un hydropneumothorax droit et une clarté, sans image vasculaire, thoracique gauche traduisant un pneumothorax gauche (**image 2**).

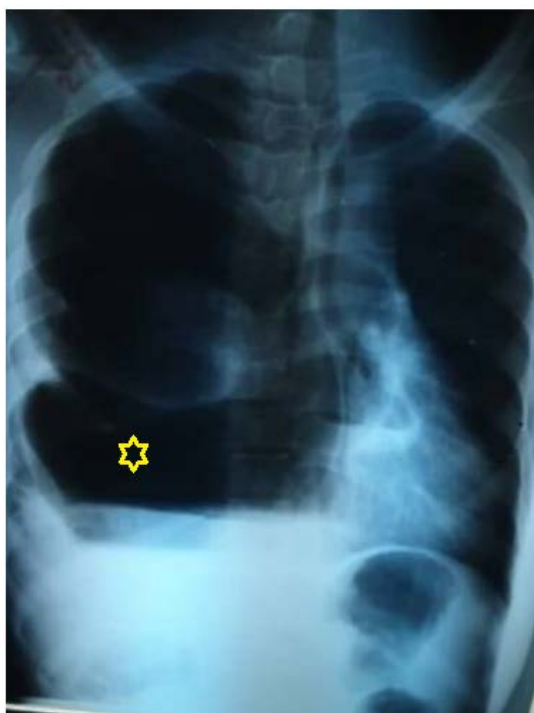


Image 2 : (étoile) Hydropneumothorax droit et pneumothorax gauche.

La ponction pleurale à droite a permis de ramener un liquide jaune citrin. La cyto-biochimie du liquide a retrouvé un exsudat à majorité lymphocytaire. L'examen du genexpert sur le liquide pleural a retrouvé *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) sensible à la Rifampicine. L'examen mycobactériologique sur les expectorations n'avait pu être réalisé devant la toux sèche. Bien qu'ayant peu d'intérêt diagnostique devant la positivité bactérienne, l'intradermo-réaction à la tuberculine (IDRT) était réalisée et revenue négative à 10mm. La recherche des bacilles par écouvillonnage sur les sécrétions conjonctivales

était négative. L'absence de matériel d'endoscopie bronchique n'avait pas permis la réalisation de lavage broncho-alvéolaire (LBA). Ailleurs, la sérologie rétrovirale était négative. Devant ce tableau une tuberculose multifocale (orbitaire et pleurale) a été retenue comme diagnostic. Le patient a été mis sous traitement selon le protocole du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) à base des anti-tuberculeux à combinaison fixe (RHZE et RH) : 4 comprimés de RHZE pendant 02 mois, puis 04 comprimés de RH pendant 04 mois (2RHZE/4RH).

A ce traitement a été associé un drainage pleural bilatéral et des soins locaux oculaires. L'évolution clinique a été marquée par un amendement de la fièvre, de la dyspnée et de la douleur thoracique dès J7 du traitement. Il s'en est suivi une amélioration progressive de l'état général et une régression de l'exophtalmie. Sur le plan radiologique, l'évolution a été marquée par une régression de l'hydropneumothorax bilatéral et un retour progressif du parenchyme pulmonaire à la paroi.

A M1 du traitement, l'évaluation ophtalmologique a objectivé une amélioration de l'exophtalmie à droite et une baisse de l'acuité visuelle à gauche. A l'examen ophtalmologique, il existait à droite une acuité à 10/10 tandis qu'à l'œil gauche il n'y avait pas de perception lumineuse orientée.

A M2 du traitement, l'examen clinique notait à l'œil gauche une semi mydriase aréflexique et une atrophie optique au fond d'œil, tandis que l'examen de l'œil controlatéral était normal. Le patient a poursuivi le traitement antituberculeux conformément aux directives du PNL.

A M6 du traitement antituberculeux, le protocole était arrêté. Avec un recul de 14 mois, il y avait une disparition de l'exophtalmie et une reprise des activités professionnelles. Cependant il conserve une séquelle à l'œil gauche, (**image3**).



Image 3 : Patients ayant terminé son traitement anti-TB. Visite retour avec un recul de 14 mois.

Discussion

L'atteinte orbitaire dans le cadre de la tuberculose multifocale est rare [1], même dans les pays où la tuberculose sévit selon un mode endémique. Au Niger l'incidence de la tuberculose est estimée à 74 nouveaux cas pour 100.000 habitants [3].

Plus fréquente chez les personnes immunodéprimées, la tuberculose multifocale peut également se rencontrer chez des sujets immunocompétents en dehors de toute localisation pulmonaire [4].

Il a été clairement démontré que le risque de développer des atteintes extra pulmonaires est proportionnel au degré du déficit immunitaire [5]. Certains auteurs ont pu établir une relation entre la tuberculose diffuse et l'intensité de la transmission dans la collectivité [6]. D'autres impliquent la précarité de la vie socio-économique [7] chez les populations vulnérables avec une promiscuité extrême telles que les maisons d'arrêt et les centres d'instruction militaires.

La tuberculose orbitaire survient en la présence ou pas d'une atteinte systémique. Elle peut toucher la glande lacrymale, les muscles oculomoteurs, les tissus orbitaires et les parois de l'orbite. Les manifestations cliniques peuvent être à type d'exophtalmie (comme chez notre patient), soit des troubles oculomoteurs (paralysie ou de limitation de la motilité par effet de masse), ostéopériostite ou un tuberculome de la glande lacrymale. L'exophtalmie secondaire à la tuberculose orbitaire peut entraîner une baisse de l'acuité visuelle, une atteinte du réflexe photomoteur, une hypertonie oculaire ou une altération du champ visuel due à une neuropathie optique compressive [2].

Le diagnostic repose sur la mise en évidence du mycobacterium tuberculosis dans les sécrétions ou liquide de ponction et sur l'histologie qui retrouve l'aspect de granulome épithélioïde et giganto-cellulaire avec nécrose caséeuse. Dans notre contexte, la présence du MTB sensible à la rifampicine, dans le liquide pleural et la rémission complète des lésions orbitaires et pleurales sous traitement antituberculeux, ont permis de poser le diagnostic malgré la pauvreté des moyens diagnostiques nécessaires.

La prise en charge précoce de la tuberculose multifocale est gage d'une évolution favorable notamment sur un terrain immunocompétent. Chez notre patient, le manque de certains outils essentiels de diagnostic explique le retard diagnostique. En effet si la tuberculose pleurale a été diagnostiquée bactériologiquement, la forme orbitaire a été retenue devant un faisceau d'arguments cliniques et évolutifs sous un traitement spécifique. Toutefois, le diagnostic de la tuberculose orbitaire repose sur l'association des données clinique, tomodynamométrique, et histologique [8, 9].

Avec un recul de 14 mois, le patient était guéri et a repris toutes ses activités professionnelles. Quoique la localisation orbitaire soit rare, la tuberculose pourrait être évoquée devant une cellulite orbitaire ne répondant pas à l'antibiothérapie non spécifique notamment dans les pays d'endémie tuberculeuse, souvent même chez les patients non immunodéprimés. Les localisations extra pulmonaires de la tuberculose sont beaucoup plus retrouvées au sein des populations vulnérables malgré les campagnes de sensibilisations des programmes de lutte contre la tuberculose. La sensibilisation devra désormais s'intensifier, car l'incidence de la tuberculose est en augmentation dans le monde entier en raison de l'infection à VIH et de l'immigration de personne provenant de zones endémiques à l'Ouest [10].

Conclusion

La localisation orbitaire dans le cadre de la tuberculose multifocale présente un grand polymorphisme clinique d'où la nécessité de

l'évoquer devant toute cellulite orbitaire rebelle aux antibiotiques non spécifiques. La prise en charge est médicale, même dans le cadre d'une tuberculose multifocale, basée sur la chimiothérapie. L'absence de prise en charge spécifique peut engager le pronostic fonctionnel visuel (le cas de notre patient) et même le pronostic vital.

Conflit d'intérêts : aucun

Références

1. El Hachimi K, Zaghba N, Benjelloun H, Yassine N. La tuberculose multifocale : à propos de 52 cas. *Rev Mal Respi.* 2016 ; 33 : A167-A168.
2. Khrifi Z, Abdellaoui M, Alaoui A, Benatiya IA, Tahri H. Tuberculose orbitaire : à propos d'un cas. *Pan Afr Med J.* 2014 ; 17 : 64-72.
3. Ministère de la Santé Publique du Niger, PNLT. Plan stratégique national de laboratoire de tuberculose. 2019-2021 ; 11-15.
4. Amel R , Fatma BF, Anis M, Monia K, Chadia L. Tuberculose multifocale chez les immunocompétents. *Pan Afr Med J.* 2016 ; 24 : 13.
5. Boukeroui L, Nafti S. La tuberculose multifocale chez l'immunocompétent est-elle liée à l'intensité de la transmission dans la collectivité ? *Rev Mal Respi.* 2012; 29:S1–A205.
6. Ekingen BG, Guvenc H, Kahraman H. Multifocal Tuberculosis of the Chest Wall without Pulmonary Involvement. *Acta chir belg.* 2006 ; 106:124–126.
7. Hurrem B, Ayse E, Hatice B, et al. Multifocal tuberculosis presenting with osteoarticular and breast involvement. *Ann Clin Microbiol Antimicrob.* 2003 ; Mar 19 :2- 6.
8. Dalvin LA, Smith WM. Orbital and external ocular manifestations of Mycobacterium tuberculosis : A review of the literature. *J Clin Tuberculosis Mycobact Dis.* 2016; 4 : 50–57.
9. Simon NM, Venkatesh CP, Debraj S, Usha K, Santosh H, Dinesh S. Orbital Tuberculosis: A Review of the Literature. *Orbit.* 2008 ; 27 : 267– 277.
10. Kumudini S, Vikas K, Anu J, Sukhdeep B, Suvarna S. Tuberculous orbital abscess associated with thyroid tuberculosis. *J Ophthalmic Vis Res.* 2011; 6(3):204–207.