

La maladie d'Isambert : un mode de révélation très rare de la miliaire tuberculeuse

The Isambert disease: a very rare revelation of miliary tuberculosis

Rachadi Z.^{1*}, Idalene M.¹, Arsalane L.², Raji A.³, Tassi N.¹

¹ *Service des Maladies Infectieuses - CHU Mohammed VI – Université Cadi-Ayyad - Marrakech, Maroc*

² *Service de Microbiologie – Hôpital Avicenne – Université Cadi-Ayyad – Marrakech, Maroc*

³ *Service d'Oto-rhino-laryngologie – CHU Mohammed VI – Université Cadi-Ayyad – Marrakech, Maroc*

*Auteur correspondant : Zineb RACHADI, Service des Maladies Infectieuses, CHU Mohammed VI, BP 2360 Principal, Avenue Ibn Sina, Marrakech, Maroc. Email : zineb.rachadi@gmail.com.

Résumé :

L'objectif de ce travail était de rapporter un cas de miliaire tuberculeuse révélée par une localisation pharyngée, et d'étudier cette affection à travers une revue de littérature. Nous rapportons le cas clinique d'un patient de 23 ans, qui s'est présenté pour des angines chroniques traitées comme bactériennes mais sans amélioration. Une dysphonie et une dysphagie se sont ajoutées par la suite avec même des signes d'imprégnation tuberculeuse. La radio de thorax faite devant l'apparition de la toux avait objectivé une miliaire. Le diagnostic de tuberculose a été retenu devant la mise en évidence de bacilles acido-alcoolorésistants dans l'examen cyto bactériologique de l'écouvillonnage pharyngé ainsi que dans les expectorations. Le patient a été mis sous traitement anti bacillaires avec une nette amélioration clinique. Dans un contexte d'endémie tuberculeuse, le diagnostic de la tuberculose miliaire du pharynx doit être évoqué devant tout syndrome pharyngé ne s'améliorant pas sous traitement médical.

Mots clés : maladie d'Isambert ; oropharynx ; tuberculose

Abstract:

The objective of this study was to report a case of miliary tuberculosis revealed by a pharyngeal localization, and study this disease through a literature review.

We report the clinical case of a 23 year old patient presented for chronic tonsillitis treated as bacterial but without improvement. Dysphonia and dysphagia were added later with the same signs of tuberculous impregnation. The chest x-ray done before the onset of coughing had objectified miliary. The diagnosis of tuberculosis was selected before the detection of acid-fast bacilli in cyto bacteriological examination of the pharyngeal swab and sputum. Specific antituberculous treatment led to a favourable outcome

In a context of endemic tuberculosis, the diagnosis of miliary tuberculosis of the pharynx should be considered in all pharyngeal syndrome did not improve with medical treatment.

Keywords: Isambert disease; oropharynx ; tuberculosis

Introduction:

La tuberculose reste toujours un problème de santé publique mondiale, surtout dans les pays en voie de développement. Les localisations pharyngées demeurent rares, et sont, presque toujours secondaires à une origine pulmonaire ou laryngée [1].

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 de Koch.

L'objectif de ce travail était de rapporter un cas de miliare tuberculeuse révélée par une localisation pharyngée.

Patient et Observation :

Il s'agissait d'un patient de 23 ans, tabagique chronique à 8 Paquets/Année, n'ayant pas de notion de contage tuberculeux, qui s'est présenté en Mai 2015 pour une symptomatologie pharyngée faite d'une odynophagie importante, une dysphonie, avec expectorations purulentes verdâtres, évoluant depuis 4 mois avec fièvre, sueurs nocturnes, et un amaigrissement de 18 Kg en 4 mois.

Le patient avait consulté à plusieurs reprises, et était traité comme angines bactériennes, sans amélioration.

L'examen clinique a trouvé un patient fébrile à 39°C, eupnéique à 20 cycles par minute, avec un poids à 52 Kg. L'auscultation pulmonaire trouvait des râles crépitants et ronflants au niveau des deux champs pulmonaires. L'examen bucco-pharyngé a objectivé des dépôts blanchâtres sur les amygdales, les piliers antérieurs, la luette et le voile du palais (Figure 1). Les aires ganglionnaires étaient

libres. L'examen ORL avec nasofibroscopie a montré une inflammation des cordes vocales et une hypertrophie des cornets inférieurs, mais sans dépôts blanchâtres. Un bilan général à la recherche d'autres localisations tuberculeuses, s'est révélé négatif.

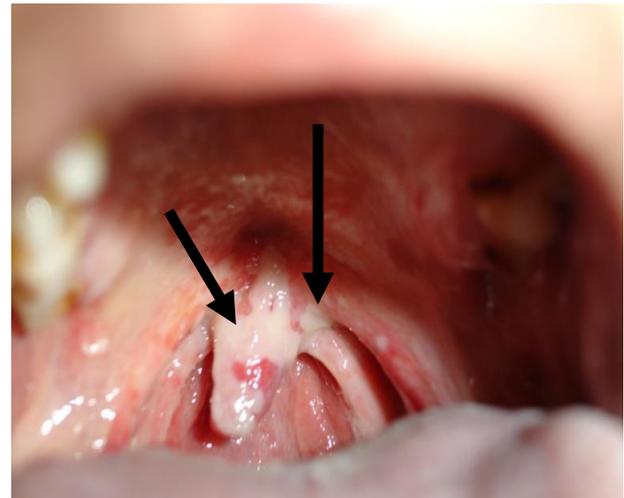


Figure 1: Dépôts blanchâtres multiples sur un fond érythémateux de l'oropharynx.

Un bilan biologique a mis en évidence une hyperleucocytose à 12 850/mm³ à prédominance polynucléaires neutrophiles, une Protéine C Réactive à 126,95 mg/l. La recherche de bacille acido-alcool-résistant (BAAR) dans les expectorations était positive. L'examen cyto bactériologique de l'écouvillonnage des amygdales a trouvé de nombreux leucocytes, avec la présence de 1 à 10 BAAR/300 champs à la coloration de Ziehl Nelson. La radiographie thoracique a mis en évidence une miliare (Figure 2). La sérologie VIH était négative. Le diagnostic de miliare pharyngée ou maladie d'Isambert a été retenu, et on n'avait pas eu recours à compléter par une biopsie.

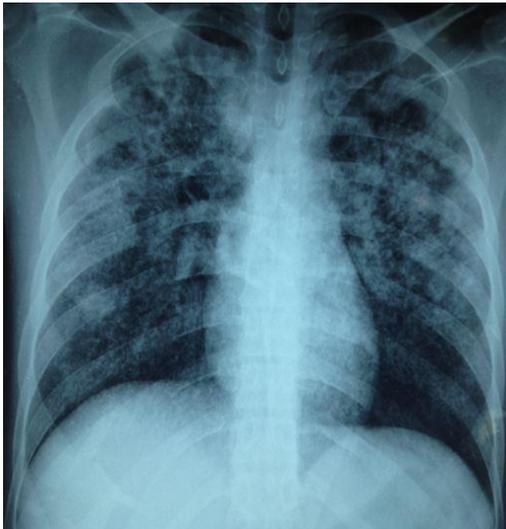


Figure 2: Aspect de miliaire pulmonaire diffuse sur la radio de thorax de face

Le traitement anti-bacillaire a été instauré associant Ethambutol 20mg/kg/j, Rifampicine 10mg/kg/j, Isoniazide 5mg/kg/j, et Pyrazinamide 25mg/kg/j pendant 2 mois, suivi de l'association Rifampicine et Isoniazide pendant 7 mois (2RHZE/7RH). L'évolution était favorable, avec une prise pondérale de 8 Kg en 2 mois (Figure 3).



Figure 3 : Régression des lésions pharyngées 2 mois après le démarrage des antibacillaires

Discussion :

Tous les indices démographiques insistent actuellement sur la recrudescence de la tuberculose dans ses différentes formes dans le monde entier. Selon l'OMS, le nombre de nouveaux cas de tuberculose dans le monde en 2015 est estimé à 10,4 millions, dont 37 000 nouveaux cas au Maroc [2]. Ceci est dû au nombre croissant des sujets immunodéprimés, ou vivants dans des conditions socio-économiques précaires, et à l'émergence de souches multi-résistantes de bacilles tuberculeux [3].

La tuberculose du pharynx est rare, une dizaine de cas seulement ont été rapportés, le plus souvent primitive, non spécifique sur le plan sémiologique et simulant une présentation pseudo-tumorale. Sur le plan topographique, elle touche surtout le rhinopharynx. Les localisations amygdaliennes représentent 45% des cas. La paroi postérieure du pharynx est touchée dans 20% des cas [4]. Sur le plan physiopathologique, l'inoculation du pharynx peut se faire par contamination aérienne directe, par voie hématogène, ou à partir d'un site infecté surtout pulmonaire, ou par voie lymphatique à partir d'un foyer cutané ou muqueux [5].

Sur le plan sémiologique, la tuberculose miliaire du pharynx est marquée par l'importance des signes généraux et fonctionnels. La température est constamment élevée, associée à des sueurs profuses et un amaigrissement important et rapide [6].

L'examen du pharynx révèle un semis de granulations comparées à « des grains de semoule » ou à « des œufs de poisson » [7]. Ces tubercules miliaires sont gris ou semi-transparents et reposent sur une muqueuse pâle ou au contraire congestive. A la différence de notre cas où nous avons trouvé de multiples dépôts blanchâtres confluent du pharynx. La luvette prend un aspect œdematié et infiltré. A l'examen cervical on note souvent de volumineuses adénopathies bilatérales [7], que notre patient n'en avait pas.

La confirmation diagnostique de la tuberculose pharyngée est histologique ou bactériologique [8]. Un prélèvement par écouvillonnage du pharynx ou tissulaire par biopsie, permet un examen microbiologique (examen direct et culture). Les procédés moléculaires tels que l'amplification génique ou la réaction par polymérisation en chaîne (PCR) mettant en évidence l'acide désoxyribonucléique (ADN) de *M. tuberculosis* se sont avérés utiles vus les délais rapides d'identification et les possibilités de typage d'espèce [9]. L'histologie des lésions tuberculeuses est pathognomonique en présence de granulome épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse. Un fragment biopsique doit impérativement faire l'objet d'un examen bactériologique : culture et antibiogramme.

Une fois le diagnostic de tuberculose miliaire pharyngée retenu, la recherche d'autres localisations est essentielle pour la mise en place d'un protocole thérapeutique adapté. Ce bilan doit comporter une nasofibroskopie avec biopsie, une

radiographie thoracique, une bacilloscopie et un bilan urinaire (échographie rénale et examen cytbactériologique des urines) [6]. La recherche d'une infection par le VIH doit être systématique.

Le traitement de la tuberculose pharyngée est essentiellement médical. Il repose sur une polychimiothérapie spécifique (rifampicine, isoniazide, ethambutol, pyrazinamide, streptomycine) pendant au moins 6 mois, et jusqu'à 18 mois pour les formes résistantes. On utilise généralement l'association rifampicine, isoniazide, pyrazinamide pendant 2 mois relayée par rifampicine-isoniazide pendant 4 mois. Notre patient a bénéficié de 9 mois de traitement anti-bacillaire selon le programme national marocain du traitement de la tuberculose [10]. Correctement traitée, l'évolution de cette forme de tuberculose est favorable avec guérison des lésions, habituellement sur le mode fibreux.

Conclusion :

Dans un contexte d'endémie tuberculeuse, le diagnostic de la tuberculose miliaire pharyngée ou maladie d'Isambert doit être évoqué devant tout syndrome pharyngé évoluant dans un contexte d'altération de l'état général et de fièvre ne répondant pas aux thérapeutiques usuelles. Sa prise en charge médicale doit être précoce pour éviter l'évolution vers des complications qui peuvent menacer le pronostic vital.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la rédaction de l'article, la révision critique de son contenu intellectuel et l'approbation finale de la version à publier.

Références

- [1] Aljalil A, Touati M, Chihani M, Bouaity B, Ammar H. La tuberculose miliaire aigue du pharynx ou maladie d'Isambert : à propos d'un cas. *ResearchGate*, 2015 ; 2 : 1445.
- [2] www.who.int/fr
- [3] Touati M, Darouassi Y, Chihani M et al. La tuberculose extra-ganglionnaire primitive de la sphère ORL : à propos de 15 cas. *Pan African Medical Journal* 2014, 19 : 179.
- [4] Kharoubi S. La tuberculose miliaire du pharynx ou maladie d'Isambert. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2008 ; 125 : 218 – 23.
- [5] Gassab E, Kedous S, Berkaoui A et al. Tuberculose extra-ganglionnaire de la tête et du cou. *J. TUN ORL* 2010; 24 : 26 – 9.
- [6] Ziad T, Nouri H, Adny A, Rochdi Y, Aderdour L, Raji A. Miliaire tuberculeuse aigue du pharynx ou maladie d'Isambert : à propos d'un cas. *Archives de Pédiatrie* 2013 ; 20 : 41- 3.
- [7] Zanaret M, Dessi P. Tuberculose pharyngée. *EMC ORL* 1992. [20-575-A-10].
- [8] El Ayoubi A, Benhammou A, El Ayoubi F, et al. La tuberculose primitive ORL extraganglionnaire. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2009 ; 126 : 208 – 15.
- [9] Slim-Saidi L, Mehiri-Zeghal E, Ghariani A, Tritar F. Nouvelles méthodes de diagnostic de la tuberculose. *Rev Pneumol Clin* 2015 ; 71 : 110 – 2.
- [10] <https://fr.slideshare.net/MehdiRazzok/programme-nationale-de-luttecontre-la-tuberculose-59772447>.