



ARTICLE ORIGINAL

Le profil épidémiologique, thérapeutique et évolutif de la tuberculose ganglionnaire

Epidemiological, therapeutic and evolutionary profile of lymph node tuberculosis

R. Bouchentouf, Z. Yasser, MA. Aitbenaser

Service de pneumologie, Hôpital Militaire Avicenne. Marrakech
Laboratoire PCIM-Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech. Maroc

SUMMARY

Introduction. Lymph node tuberculosis represent in Morocco as the second extra lung localization with a rate estimated at 30%.

Aims and method. This study was designed to evaluate demographic characteristics, clinical profile, therapeutic strategies and evolutionary aspects while treatment in patients with confirmed lymph node tuberculosis. Data were retrospectively analyzed in 95 patients with histological confirmed lymph node tuberculosis in Department of Respiratory Diseases of Avicenna Military Hospital in Marrakech between 2006 - 2011.

Result. Male (73.7%) and young age (median 26 years) were predominant among study patients. The median duration between the onset of symptoms and diagnosis was long and it was about 95 days. The cervical lymph nodes were the most frequently involved (84.2%), and the concomitant pulmonary localization was found among 3 patients (3.2%). The antituberculosis treatment had been prolonged among 8 patients because of the paradoxical response. At the end of chemical therapy, there were residual nodes in 7.3% of patients, requiring surgical treatment.

Conclusion. The delay of diagnosis of lymph node tuberculosis is still important, and the treatment could be prolonged because of paradoxical response.

KEYWORDS: Lymph node tuberculosis, epidemiology, treatment, evolution

RESUME

Introduction. L'atteinte ganglionnaire constitue, au Maroc, la deuxième localisation tuberculeuse extrapulmonaire avec un taux estimé à 30% de ces localisations.

Objectifs et méthodes. Le but de ce travail est d'appréhender, le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif de la tuberculose ganglionnaire périphérique à travers d'une étude rétrospective de 95 cas de tuberculose ganglionnaire périphérique confirmée histologiquement colligés au Service de Pneumologie de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech entre 2006 -2011.

Résultat. Il s'agit souvent de patients de sexe masculin (73,7%) jeunes avec une moyenne d'âge de 26 ans. Le délai moyen entre le début des symptômes et le diagnostic est long de 95 jours. Les adénopathies tuberculeuses sont le plus souvent cervicales (84,2%), la localisation pulmonaire concomitante est retrouvée chez 3 patients (soit 3,2%). Le traitement antituberculeux est prolongé chez 8 patients à cause des réactions paradoxales. Des adénopathies résiduelles sont notées dans 7,3% nécessitant leur exérèse chirurgicale.

Conclusion. Le retard de diagnostic de la tuberculose ganglionnaire reste important, et le traitement médical peut être prolongé à cause des réactions paradoxales.

MOTS CLES: Tuberculose ganglionnaire, épidémiologie, traitement, évolution

Auteur correspondant: Pr. Rachid BOUCHENTOUF. Service de Pneumologie. Hôpital Militaire Avicenne. Marrakech
E-mail: bouchentouf_rachid@yahoo.fr

INTRODUCTION

L'atteinte ganglionnaire constitue, au Maroc, la deuxième localisation tuberculeuse extrapulmonaire avec un taux estimé à 30% de ces localisations [1].

Le but de ce travail est d'appréhender les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de la tuberculose ganglionnaire périphérique.

PATIENTS ET METHODES

Notre étude est rétrospective. Elle a inclus tous les cas de tuberculose ganglionnaire périphérique colligés entre 2006 et 2011 au service de pneumologie de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.

Ils sont retenus

Les patients présentant une tuberculose ganglionnaire confirmée histologiquement par la mise en évidence de granulome épithéloïdo-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse.

Ils sont exclus

Les patients âgés moins de 14 ans, les patients sans confirmation histologique et les patients sous traitement antituberculeux ou recevant des corticoïdes, des immunosuppresseurs ou un traitement antirétroviral.

RESULTATS

Données épidémiologiques

- Il s'agit de 75 hommes et 20 femmes.
- La moyenne d'âge est de 26 ans (extrêmes: 14 - 75 ans).

Pour les facteurs de risque on note

- La notion de diabète chez 5 patients soit 5,5%,
- Un patient est connu VIH positif soit 1,1% (Tableau 1).

La notion de contagement tuberculeux est rencontrée chez 12 patients soit 12,6%.

6 patients ont été déjà traités pour tuberculose

- 4 pour tuberculose pulmonaire,
- 2 pour tuberculose pleurale.

Le délai moyen de diagnostic est 95 jours (extrême 10 - 170 jours).

Données cliniques et biologiques

Des signes généraux associés à type de perte de poids, d'asthénie, de sueurs nocturnes ou de fièvre ont été retrouvés chez 12 patients soit 12,6%.

TABLEAU 1 Caractéristiques des patients

Patients (n = 95)	Nombre	Pourcentage (%)
Age Moyen	26 ans (14 - 75 ans)	
Sexe		
<i>Homme</i>	70	73,7
<i>Femme</i>	25	26,3
Notion de contagement tuberculeux	12	12,6
Notion de traitement antérieur de la tuberculose	6	6,3
Facteurs de risque		
<i>HIV</i>	1	1,1
<i>Diabète</i>	5	5,3

TABLEAU 2 Localisations des adénopathies tuberculeuses

Localisation	Fréquence (%)
Cervicale	84,2
Sus claviculaire	10,5
Axillaire	3,2
Inguinale	2,1

Les adénopathies tuberculeuses sont le plus souvent cervicales (84,2%), suivies par les adénopathies sus claviculaires (10,5%), les axillaires (3,2%) et les inguinales (2,1%) (Tableau 2).

Les adénopathies sont unilatérales chez 85 patients soit (88%). Ces adénopathies sont souvent: fermes (49,5 %), inflammatoires (29,5%), abcédées (13,7%) et fistulisées (7,3%) (Tableau 3).

L'intradermoréaction à la tuberculine est réalisée chez 69 patients soit 72,6 %. Elle est supérieure à 14 mm chez 45 patients (65,2%), moins de 6 mm chez 10 patients (14,5%), entre 6 et 14 mm chez 14 patients (20,3%).

La radiographie thoracique est réalisée chez tous les patients, elle est anormale chez 3 patients et montre des lésions cavitaires.

TABLEAU 3 Localisations des adénopathies tuberculeuses	
Localisation	Fréquence (%)
Cervicale	84,2
Sus claviculaire	10,5
Axillaire	3,2
Inguinale	2,1

Les recherches du BAAR chez ces trois patients sont **revenues positives à l'examen direct**.

Traitement et évolution

Le traitement médical comprend une phase initiale de trithérapie associant isoniazide, rifampicine, **pyrazinamide pendant deux mois, suivie d'une phase de continuation de bithérapie par isoniazide et rifampicine: 2RHZ/4RH.**

Pour les 3 patients chez qui tuberculose ganglionnaire est associée à la tuberculose pulmonaire le traitement comprend une quadrithérapie avec en plus la streptomycine pendant la phase initiale.

Les 6 patients déjà traités pour tuberculose **bénéficient d'un traitement de rechute: le protocole est 2 SRHZE/ 1RHZE/ 5RHE** (S: streptomycine, R: rifampicine, H: isoniazide, Z: pyrazinamide, E: ethambutol).

L'évolution est favorable dans la majorité de cas.

Des réactions paradoxales sont notées chez 8 patients soit dans 8,5% ce qui motivent la prolongation du traitement antituberculeux à 9 mois.

Des adénopathies résiduelles sont notées chez 7 patients soit (7,3%) pendant le suivi de ces patients qui motivent leur exérèse chirurgicale.

DISCUSSION

La tuberculose est un problème de la santé publique au Maroc, 26000 à 27000 nouveaux cas de tuberculose toutes formes sont dépistés annuellement depuis quelques années [1].

Les tuberculose extra pulmonaires (TEP) représentent 46% des localisations tuberculeuses, et sont dominées par les atteintes pleurales et ganglionnaires

périphériques. La tuberculose ganglionnaire représente 30 % de toutes les TEP.

Nous avons noté dans notre série une nette prédominance masculine (73,7%), ces données sont en **accord avec d'autres études [2, 3]. La moyenne d'âge des cas notifiés est de l'ordre de 26 ans. La tuberculose ganglionnaire est plus fréquente chez les sujets immunodéprimés tels les sujets VIH positif, les diabétiques et les patients sous traitement immunosuppresseur ou corticothérapie au long court [3,4].**

Les adénopathies tuberculeuses chez les sujets VIH négatif sont souvent cervicales entre 70 à 87%selon les séries [5, 6]. Dans notre série les adénopathies cervicales représentent (82,4%). Celles ci peuvent être unilatérales ou multiples [7], se présentant sous différents aspects cliniques: elles peuvent être fermes, inflammatoires, abcédées ou fistulisées.

L'adénite fistulisée est retrouvée chez 7 patients soit 7,3%, chiffre proche de la série de Lacut et al chez qui la fréquence des adénopathies fistulisées est de 10% [8].

Les signes généraux associés à la tuméfaction ganglionnaire doivent être systématiquement **recherchés puisqu'ils sont retrouvés dans 20 % à 50 % des cas [5, 8].**

L'intradermo réaction à la tuberculine doit être réalisée chez tous les patients. L'IDR est habituellement positive en cas de tuberculose lymphonodale (63 à 90 % des cas dans la littérature 85,5 % dans notre série) [5, 8, 9]. Cependant, la négativité de cet examen n'élimine pas le diagnostic de tuberculose ganglionnaire évolutive, en particulier chez les patients infectés par le VIH.

Le Quantiféron-TB est un test plus sensible que l'IDR indiqué dans le cas de tuberculose extra pulmonaire **de diagnostic difficile et permet d'éviter des traitements antituberculeux par excès.** La polymérase chain reaction (PCR) ne semble pas améliorer le diagnostic de la tuberculose ganglionnaire, **malgré qu'elle présente une très bonne valeur prédictive sa sensibilité reste faible de l'ordre 35 %.**

La radiographie du thorax doit être systématiquement demandée afin de rechercher une localisation pulmonaire concomitante, celle-ci est retrouvée tout de même chez trois patients.

La biopsie ganglionnaire garde une place importante dans le diagnostic de la tuberculose ganglionnaire, **elle permet d'objectiver une histologie assez spécifique avec la mise en évidence du granulome épithéloïde et giganto-cellulaire et surtout de la**

caséuse, retrouvée dans 90 à 100 % des adénopathies tuberculeuses prélevées [8, 10]. Le traitement de la tuberculose ganglionnaire est avant tout médical et l'évolution est souvent favorable quoique des réactions paradoxales puissent être observées. La place de la chirurgie est très controversée selon les études, elle est incontestablement indiquée en cas d'adénopathies résiduelles, de récurrence, d'abcédation majeure [8, 11, 12].

CONFLIT D'INTERETS

Aucun.

REFERENCES

1. Programme National de lutte antituberculeuse (Maroc). Troisième édition avril 2011.
2. Cissoko Y, Diallo DA, Baby M, Sidibe AT, Dembele M, Diallo AN, et al. Place de la ponction à l'aiguille fine du ganglion lymphatique dans le diagnostic d'adénopathies mycobactériennes au Mali. *Med Mal Infect* 2003;32:519 - 24.
3. Ilgazli A, Boyaci H, Basyigit I, Yildiz F. Extra pulmonary tuberculosis: clinical and epidemiologic spectrum of 636 cases. *Arch Med Res* 2004; 35: 435 - 41.
4. Kim SJ, Hong YP, Lew WJ, et al. Incidence of pulmonary tuberculosis among diabetics. *Tuber Lung Dis* 1995; 76:529-33.
5. Hochedez P, Zeller V, Truffot C, et al. Lymph-node tuberculosis in patients infected or not with HIV: general characteristics, clinical presentation, microbiological diagnosis and treatment. *Pathologie Biologie* 2003; 496-502.
6. Zaatar R, Biet A, Smail A, Strunski V. Tuberculose lymphonodale cervicale: prise en charge diagnostique et thérapeutique. *Annales d'otolaryngologie et chirurgie cervico-faciale* 2009; 169-174.
7. Penfold CN, Revington PJ. A review of 23 patients with tuberculosis of the head and neck. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1996; 34: 508 -10.
8. Lacut JY, Dupon M, Pathy MC. Tuberculoses extrapulmonaires: revue et possibilités de diminution des délais d'intervention thérapeutique. *Med Mal Infect* 1995; 25:304-20.
9. Braune D, Hachulla E, Brevet F, Alfandari S, Gosselin B, Hatron PY, et al. La tuberculose ganglionnaire en France chez l'adulte non immunodéprimé : une pathologie qui reste d'actualité. *Rev Med Interne* 1998;19:242 -6.
10. Ammari FF, Bani Hani AH, Ghariebeh KI. Tuberculosis of the lymph glands of the neck: a limited place for surgery *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 128: 576-80.
11. Nalini B, Vinayak S. tuberculosis in ear, nose, and throat practice: its presentation and diagnosis. *Am J Otolaryngol* 2006; 27: 39 -45.
12. Mani R, Belcahdi M, Harrathi K, Rejeb AB, Benali M, Abdelkefi M, et al. Adénopathies cervicales tuberculeuses: place de la chirurgie. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)* 2005;126: 99 -103.

CONCLUSION

La tuberculose ganglionnaire demeure un important problème de santé publique au Maroc. L'étude anatomopathologique d'un ganglion prélevé par chirurgie conserve une place importante de diagnostic de tuberculose ganglionnaire, et le traitement est avant tout médical.