



Cas Clinique

Tuberculose Orbitaire de l'Enfant : à Propos d'un Cas à l'Hôpital National de Zinder

Orbital Tuberculosis in a Child: a Case Report from Zinder National Hospital

Abba Kaka Hadjia Yakoura^{1*}, Laminou Laouli², Traoré Hassane³, Nouhou Diori Adam⁴, Moussa Mahamane⁵, Koki Godefroy⁶, Amza Abdou⁴.

RÉSUMÉ

Nous reportons un cas de tuberculose orbitaire chez un enfant de 30 mois sans notion de contagement tuberculeux. Le diagnostic clinique n'était pas évocateur. C'est l'analyse histopathologique qui a posé le diagnostic à travers la découverte d'une nécrose caséuse avec tissus fibro-nécrotiques et présence des cellules géantes. La prise en charge pluridisciplinaire associant la chirurgie à la chimiothérapie a été suivie d'une bonne réponse avec un recul de 9 mois.

ABSTRACT

We report the case of a 30 months old child who presented with an orbital mass without any positive history of tuberculosis. Clinical examination was not conclusive. Histopathological exam confirmed the diagnosis, showing caseous necrosis and fibrotic tissue associated with giant cells. Treatment was multidisciplinary, associating surgery and chemotherapy. The clinical evolution showed a good response 9 months after.

- ⁽¹⁾ Service d'Ophtalmologie Hôpital National de Niamey
⁽²⁾ Service d'Ophtalmologie Hôpital National de Zinder
⁽³⁾ Service d'Ophtalmologie Hôpital National de Maradi
⁽⁴⁾ Service d'Ophtalmologie Hôpital National Lamordé
⁽⁵⁾ Service de Stomatologie Hopital National de Niamey
⁽⁶⁾ Hôpital militaire de région 2 à Douala - Cameroun

Auteur correspondant

Abba Kaka Hadjia Yakoura
 Service d'Ophtalmologie Hôpital National de Niamey
 BP 238 Niamey
 Email: abbakakayakoura@yahoo.fr

Mots clés : tuberculose, orbite, enfant, Niger.

Key words: tuberculosis, orbit, child, Niger.

INTRODUCTION

La tuberculose est une affection causée par le mycobactérium tuberculosis. L'OMS évalue à un tiers de la population mondiale le nombre de porteurs de mycobacterium tuberculosis [1]. Au Niger son incidence est estimée à 98 nouveaux cas pour 100.000 habitants avec 11% d'enfants de moins de 15 ans atteints [2]. La forme extra pulmonaire est rare et la forme orbitaire l'est encore plus, car seuls 0,3% des patients atteints de tuberculose développent une atteinte orbitaire [3]. L'infection peut atteindre l'orbite par voie hémotogène ou par contiguïté. Le foyer est généralement unilatéral, avec une présentation clinique variée affectant aussi bien les tissus mous que la partie osseuse, la notion de contagement n'est pas toujours retrouvée [4]. C'est ainsi que nous rapportons ce cas survenu chez un enfant de 30 mois.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un enfant de sexe masculin âgé de 30 mois qui a été vu en consultation externe au service d'Ophtalmologie de l'Hôpital National de Zinder pour tuméfaction de la région péri-orbitaire temporale gauche

(figure 1) évoluant depuis 6 mois. Il n'y avait aucun antécédent personnel, ni familial de contagement tuberculeux. Cependant, il dormait avec d'autres enfants du voisinage chez sa grand-mère depuis la période du sevrage. L'enfant n'a pas reçu la vaccination BCG à la naissance. A son admission, il présentait une tuméfaction qui causait une déformation de l'hémiface gauche signant une exophtalmie de grade 1 à l'exophtalmomètre de Hertel. Cette lésion était non douloureuse, de consistance molle et adhérente au plan postérieur. Il n'a pas été observé une ophtalmoplégie à l'examen de l'oculomotricité. L'examen des autres annexes a mis en évidence un chémosis conjonctivale inféro-temporal avec un léger refoulement nasal du globe oculaire sans proptosis. L'examen du segment antérieur et du segment postérieur n'a révélé aucune anomalie. L'examen général a retrouvé des adénopathies prétragiennes et sous maxillaires, une fièvre à 38,5°C. Le bilan biologique qui était normal comportait : NFS, ionogramme complet, VS, CRP, bilan d'hémostase, recherche de BK dans le lavage bronchique, intradermo-réaction (IDR) à la tuberculine et une sérologie VIH.



Figure 1 : tuméfaction faciale à l'admission



Figure 2 : Aspect facial après 3 mois de traitement

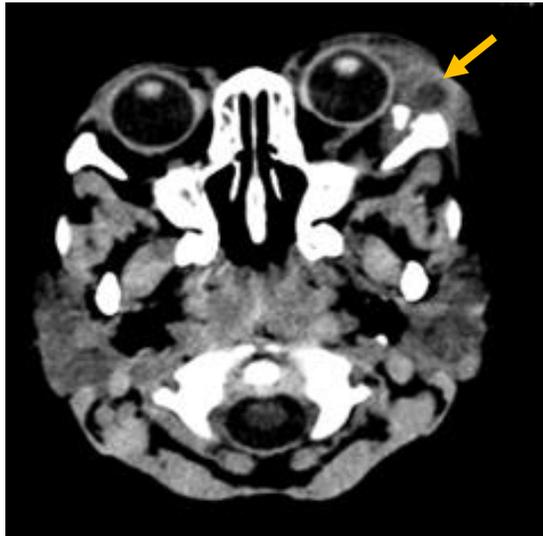


Figure 3: TDM à l'admission

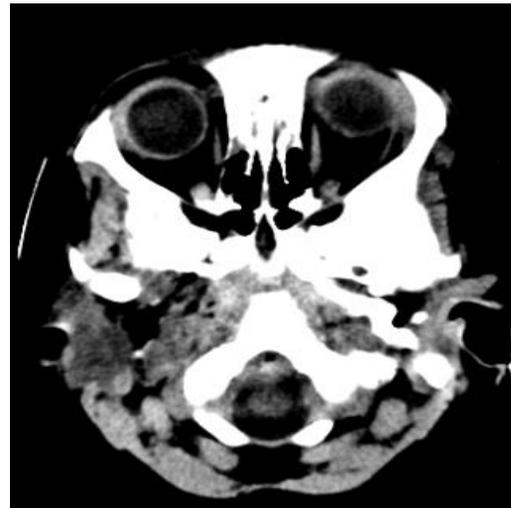


Figure 4 : TDM après 3 mois de traitement anti-tuberculeux



Figure 4 : pièce biopsique de la tumeur.

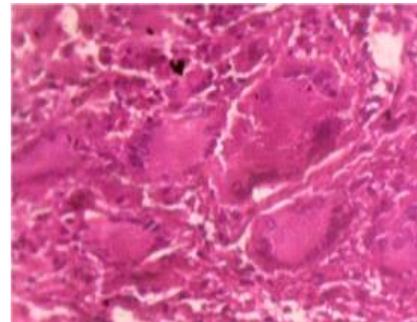


Figure 5 : aspect histologique de nécrose caséuse avec tissu fibreux nécrotique et cellules géantes

Le bilan radiologique montrait une radiographie pulmonaire normale, et une tomodensitométrie orbito-cérébrale en coupe sagittale révélant un foyer kystique des tissus mous du côté temporal gauche sans atteinte osseuse (figure 2). L'exérèse complète du kyste, puis l'examen histo-pathologique de la pièce opératoire objectivera des granulomes épithélioïdes et gigancocellulaires avec des lésions de nécrose caséuse (figures 3 et 4). La culture du tissu a aussi retrouvé le mycobacterium tuberculosis confortant ainsi le diagnostic. La prise en charge a été complétée par une consultation pédiatrique avec mise en route d'un traitement antituberculeux comprenant 3 comprimés par jour de RHZ (tableau I) (R=Rifamycine, H= Isoniazide, Z= Pyrazinamide). Après 3 mois de traitement anticuberculeux, l'évolution clinique et radiologique (TDM) était satisfaisante (figures 5 et 6). La surveillance clinique et radiologique faite tout les 3 mois est normale avec un recul de 9 mois.

DISCUSSION

L'atteinte ophtalmologique de la tuberculose est très variable touchant le globe oculaire, les tissus mous et osseux de l'orbite. L'atteinte orbitaire est rare et son diagnostic chez l'enfant n'est pas aisé. Tout âge confondu, seulement 0,3% des cas diagnostiqués présentent cette forme clinique [4, 5]. Toutefois, dans les zones endémiques comme la nôtre avec une incidence de 98 nouveaux cas pour 100.000 habitants [6], la tuberculose devrait être évoquée devant toute exophtalmie en raison de la pandémie du VIH. La présentation orbitaire est le plus souvent unilatérale. Elle affecte plus le jeune enfant de sexe féminin selon Dalvin et Smith [7]. Tandis que dans une revue de la littérature Khrifi et al. avaient rapporté des cas chez le patient de sexe masculin avec une variabilité d'âge [3]. L'âge moyen au diagnostic serait de 14 ans avec un délai de présentation de 2 mois à 7ans [4, 7]. Notre cas rentre dans

cette tranche d'âge à la différence de celui de Kalila et al âgé de 57 ans [8].

Dans un cas comme le nôtre, la manifestation orbitaire serait le foyer origine car aucun autre site d'atteinte n'avait été retrouvé. En général, aussi bien le globe oculaire que ses annexes sont susceptibles d'être atteints par le mycobactérium tuberculosis. La symptomatologie étant variable selon le site d'atteinte, une baisse de l'acuité visuelle voire une cécité est parfois retrouvée en cas d'atteinte oculaire sévère ou compressive du nerf optique [8]. L'exophtalmie tuberculeuse devrait être suspectée chez les immunodéprimés en zone d'endémie [9]. Notre jeune patient est était immunocompétent avec une exophtalmie non axiale de grade 1 et une dysmorphie faciale due à la localisation orbito-temporale de la tuméfaction. Si le diagnostic de la tuberculose pulmonaire est aisé, celle de l'orbite l'est encore moins à cause de sa rareté et repose sur l'association des données clinique, tomodynamométrique, et histologique [7, 10]. Dans les zones non endémiques, la tuberculose orbitaire constitue un diagnostic d'élimination. Devant l'absence de la notion de contagion et celle des signes systémiques chez notre patient, le diagnostic a reposé sur les données cliniques, radiologique, et histologique. L'association VIH/Tuberculose est assez courante et 50% de patients ayant une tuberculose extra pulmonaire sont dans cette association [11, 12]. Il faudrait systématiquement la rechercher devant chaque cas de tuberculose extra pulmonaire. Elle a été estimée à 13,6% par Amadou et al. dans une région au sud du Niger [13]. Le granulome épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse retrouvé dans un tissu extra pulmonaire devrait être accompagné de la culture du tissu à la recherche des bacilles du complexe *M. tuberculosis* [14]. Chez notre patient la culture de la pièce bionique a conforté le diagnostic. Avec l'aide des pédiatres, notre patient a bénéficié du protocole anti-tuberculeux suivant étalé sur 6 mois: une phase initiale de 2 mois de quadrithérapie RHZE notée 2RHZE puis une phase d'entretien de 4 mois de trithérapie RHE notée 4RHE. Le traitement bien conduit, le pronostic est favorable devant une atteinte isolée sans immuno-dépression et une surveillance au long court doit être mise en place à la recherche des foyers secondaires de survenue tardive. L'évolution peut être favorable ou non et l'extension intracrânienne est un signe de gravité souvent défavorable, bien que Tuli et al ont montré un cas avec une bonne évolution [15]. Notre patient a présenté une bonne évolution clinique sous traitement et le suivi (trimestriel) clinique et radiologique n'a pas détecté de récurrence avec un recul de 9 mois.

CONCLUSION

La tuberculose orbitaire étant très rare avec très peu de cas décrits dans la littérature doit être évoquée devant tout cas d'exophtalmie dans les zones d'endémicité tuberculeuse associée ou non à un terrain d'immunodéficience.

Le diagnostic de certitude repose sur des arguments cliniques, radiologiques, biologiques, et histopathologiques. Sa prise en charge doit être pluridisciplinaire.

Conflits d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

REFERENCES

- 1- D. Bouvry. Tuberculose. Rev Mal Respirat Actu 2012; 4: 34-37.
- 2 - Ministère de la Santé Publique du Niger, PNLN. Plan stratégique national de laboratoire de tuberculose. 2019-2021; 11-15.
- 3 - Khrifi Z, Abdellaoui M, Alaoui A, Benatiya I A, Tahri H. Tuberculose orbitaire : à propos d'un cas Pan Afr Med J 2014;17:64-3872.
- 4 - Mahender K Narula, Vikas Chaudhary, Dhiraj Baruah, Manoj Kathuria, Rama Anand. Pictorial essay: Orbital tuberculosis. Indian J Radiol Imaging 2010 ; 2(20) : 1, 6-10.
- 5 - Moutaouakil A, Kari B, Zaidnass A. La tuberculose orbitaire à propos d'un cas. Maghreb Med 2002; 36(1): 93-94.
- 6 - Ministère de la Santé Publique du Niger, PNLN. Plan stratégique national de laboratoire de tuberculose. 2019-2021; 11-15.
- 7- Dalvin L A, Smith W M. Orbital and external ocular manifestations of Mycobacterium tuberculosis : A review of the literature. J Clin Tuberculosis Mycobact Dis 2016; 4 : 50-57.
- 8- Kalila Steen K, Jeffrey Fialkov J. A Misdiagnosed Case of Orbital Tuberculosis With Intracranial Extension: Case Report. Plastic Surg Case Stud 2017 ; 3(4): 1 - 4.
- 9 - Banait S, Jain J, Parihar PH, Karwassara V. Orbital tuberculosis manifesting as proptosis in an immunocompromised host. Indian J Sex Transm Dis 2012 Jul-Dec; 33(2): 128-130.
- 10 - Simon N. Madge, Venkatesh C. Prabhakaran, Debraj Shome, Usha Kim, Santosh Honavar & Dinesh Selva Orbital Tuberculosis: A Review of the Literature. Orbit 2008; 27:267-277.
- 11 - Schneider E, Moore M, Castro KG. Epidemiology of tuberculosis in the United States. Clin Chest Med 2005; 26(2):183-195.
- 12- Rieder HL, Snider DE Jr, Cauthen GM. Extrapulmonary tuberculosis in the United States. Am Rev Respir Dis 1990; 141(2):347-351.
- 13 - Amadou MLH, Abdoulaye O, Amadou O, et al. Profil épidémiologique, clinique et évolutif des patients tuberculeux au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Maradi, République du Niger. Pan Afr Med J 2019;33:120, 1- 6.
- 14 - Kumudini S, Vikas K, Anu J, Sukhdeep B, Suvarna S. Tuberculous orbital abscess associated with thyroid tuberculosis. J Ophthalmic Vis Res 2011 July; 6(3): 204-207.
- 15 - Tuli N. Orbital tuberculosis in childhood with intracranial extension: a case report. Cases J 2010 ; 3 : 38, 1- 4.