

Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

MAURITANIE MÉDICALE

Lettre à la Rédaction

Tuberculose laryngée, une localisation rare.

Laryngeal tuberculosis, a rare location.

Auteurs :
Ahmed Amar[1], Mohamed Lemine Cherif Ahmed[2], Nacer Dine Mohamed babe[3],Mohamed S Mouammar[4], Mohamed Hemeyine[5], Mohamed Agheb[6], Khaled Bouh[7],Moulaye ahmed El Ghazali[8], Salek Ahmed vall[1], Mouhamed Mahmoud Ahmed jiddou[1], Mohamed Moustapha M.[1], Yeslim Jaroullah[1]

Auteur correspondant : Amar Ahmed.
Adresse mail : amarfamily@yahoo.fr

Affiliation des auteurs :

[1] service de médecine interne et pathologies digestives. Hôpital Cheikh Zayed de Nouakchott BP 5720 Nouakchott.
[2] Service ORL du centre National d'oncologie.
[3] Service d'anatomie et cytologie pathologiques Hôpital National de Nouakchott
[4] Service de Chirurgie. Hôpital Cheikh Zayed de Nouakchott.
5 Service de Gastroentérologie. Centre Hospitalier National de Nouakchott.
6 Service de Médecine interne et Gastroentérologie. Hôpital Amitié de Nouakchott.
7 Service de Gastro-entérologie. Hôpital Militaire de Nouakchott.
8 Service de radiologie. Centre Hospitalier des spécialités de Nouakchott

Article Info

Soumis : le 11/11/2017
Accepté : le 18/01/2018

Résumé

L'infection bactérienne chronique à Mycobacterium tuberculosis est une atteinte systémique qui peut se localiser à n'importe quel organe. Le poumon est le site de prédilection, elle peut toucher rarement la sphère ORL notamment le larynx. Nous voulons, par ce cas clinique, attirer l'attention sur le polymorphisme clinico-endoscopique de cette affection qui peut, tout de même, mimer ou être associée à une atteinte néoplasique. Dans cette localisation rare le traitement reste classique et repose sur les anti-bacillaires standards.

Mots clés : tuberculose • larynx • dysphagie • gastrostomie

Abstract

The chronic bacterial infection with Mycobacterium tuberculosis is a systemic disorder and can be located anywhere in the body. The lung is the site of predilection, it can seldom touch sphere ERL in particular the larynx. The aim of our case is to outline clinical and endoscopic aspects of this disease which lcan look like or being associated with neoplasm. In this rare localization the treatment remains traditional anti-tubercular drugs.

Key words : Tuberculosis • larynx • dysphagia • gastrostomy

Introduction

La tuberculose est une pathologie polymorphe touchant tous les organes, due à une infection chronique par le Mycobacterium tuberculosis. La localisation laryngée était classique jusqu'au début du XXème siècle mais avec l'utilisation des antituberculeux elle est devenue exceptionnelle et représente moins de 1 % des formes extra pulmonaires [1]. La malnutrition, l'alcoolisme, l'immunodéficience acquise et le tabac constituent des facteurs de risque classiques [2]. Les manifestations cliniques habituelles sont dominées par une dysphonie, dyspnée, voire une dysphagie avec ou sans altération de l'état général dans un contexte fébrile. Le diagnostic est posé par une PCR mycobactérie et/ou un examen direct après coloration de Ziehl-Neelsen positifs. Un granulome épithéloide giganto-cellulaire avec ou sans nécrose caséeuse à l'histologie peut aider à asseoir le diagnostic [3]. Toutefois une origine néoplasique doit être éliminée en premier vu la symptomatologie et le terrain semblables. Nous rapportons ici le cas d'un homme de 67 ans qui a présenté une tuberculose laryngée avec dysphagie totale et dénutrition sévère ayant nécessité la pose d'une sonde d'alimentation par gastrostomie.

Observation

Un Homme de 67 ans tabagique connu à raison de 40 P/A, non alcoolique, retraité ayant un niveau socioéconomique très bas avec notion d'une dysphonie négligée. L'interrogatoire ne retrouve pas de notion de toux chronique ni contage. Il est admis pour exploration d'une altération de l'état général, fièvre au long cours et une dysphagie totale(trouble à la déglutition par obstruction ou douleur). L'examen clinique retrouve un patient dénutri, pâle avec douleurs à la palpation de la région cervicale antérieure sans adénopathies ni autre masse palpable. L'hémogramme montre une anémie microcytaire à 6 g/dl d'hémoglobine [12-14 g/dl], un syndrome inflammatoire avec une vitesse de sédimentation à 80 mm à la première heure [2-10mm] et une C-réactive protéine à 56 mg/l [<6 mg/l]. Les fonctions hépatiques et rénales sont normales. La sérologie VIH est négative. La radio thorax de face, de mauvaise qualité certe, a permis de mettre en évidence des opacités reticulo-nodulaires bilatérales siégeant au niveau des apex (Fig.1). La nasofibroscopie sans sédation montre une lésion ulcérée retroaryténoïde bilatérale très suspecte dans le contexte (Fig. 2,3). Une alimentation s'est imposée vu la dénutrition profonde d'où la mise en place d'une sonde de gastrostomie par voie chirurgicale. Un scanner cervico-thoraco-abdominal injecté a objectivé un aspect de pneumopathie interstitielle bilatérale sur fond emphysémateux (Fig. 4, 5), adénopathies cervicales infra centimétriques, médiastinales et mésentériques. Infiltration avec prise de contraste laryngée et surtout au niveau des replis ary-epiglottiques. Intégrité de la charpente cartilagineuse laryngée avec perméabilité de la filière pharyngo-laryngo-trachéale (Fig.6, 7) et un épaississement œsophagien inferieur. Une endoscopie digestive haute sous sédation profonde au propofol a montré des aryténoïdes ulcérées et un aspect tumoral ulcéro-bourgeonnant de la corde vocale droite, saignant facilement au contact, dure sous la pince à biopsie, sténosant infranchissable dont l'étude histologique conclut à un granulome inflammatoire avec de la nécrose suggérant une tuberculose. Devant ce tableau très évocateur de néoplasie laryngée on a jugé utile de refaire la biopsie lors d'une deuxième endoscopie digestive haute qui retrouve le même aspect macroscopique et histologique. Le diagnostic de tuberculose est réconforté par l'étude des crachats qui est revenue positive au bacille acido-alcoolo-résistant. Un traitement est alors commencé à base des quatre anti-bacillaires classiques comprenant la rifampicine, l'isoniazide, le pyrazinamide et l'ethambutol pour une durée de deux mois ; la rifampicine et l'isoniazide ont été poursuivis pour quatre mois. L'évolution était favorable avec apyrexie et amendement de la dysphonie et la dysphagie en quinze jours, la reprise d'une alimentation presque normale était possible à la troisième semaine de traitement. Une endoscopie digestive haute était reprise dans le but d'étiqueter l'épaississement œsophagien inferieur qui s'est avéré en rapport avec une œsophagite peptique stade D de LOS ANGELES surmontant une grosse hernie hiatale par glissement qui a bien évoluée sous traitement par inhibiteur de la pompe à proton. Lors de l'endoscopie digestive haute de contrôle, l'ulcération des aryténoïdes s'est presque effacée et a fait place à un aspect cicatriciel blanchâtre (Fig.8, 9). A trois mois

de traitement on note une reprise pondérale de cinq kilos, sans contrainte à la déglutition et surtout un bon état général. La radiographie du thorax de face de contrôle a montré la diminution de la densité de l'infiltrat réticulaire des sommets(Fig.10). Le scanner cervico-thoracique injecté de contrôle montre l'amendement de l'infiltration laryngée, sans prise de contraste pathologique ni syndrome de masse à ce niveau (Fig.11). Disparition des adénopathies cervicales et persistance d'un petit ganglion du groupe Ib bilatéral de taille non significative.Persistance des images pulmonaires séquellaires bi lobaires supérieures avec dilatation de bronches par rétraction, atélectasie rétractile sans lésions actives visibles(Fig. 12). L'ablation de la sonde de gastrostomie était alors possible sans incident.

Discussion

Le polymorphisme clinique et endoscopique de la tuberculose laryngée peut être source de retard diagnostique. L'atteinte laryngée peut se faire directement par voie aérienne, sur une tuberculose pulmonaire latente fréquemment associée, ou par dissémination hématogène à partir d'autres sites. Le larynx est rarement atteint de façon isolée. Notre cas illustre une situation exceptionnelle où une tuberculose pulmonaire latente est découverte par une atteinte laryngée. Notre contexte d'endémie de la tuberculose, d'analphabétisme, de pauvreté et le recours tardif aux soins font que la découverte de tels cas soit tardive et émaillée de complication comme la dysphagie totale chez notre patient et qui est présente dans 42% des cas dans d'autres séries. Cette dysphagie totale est responsable d'une dénutrition sévère ayant nécessité la mise en place d'une sonde de gastrostomie. Ailleurs la découverte d'une tuberculose laryngée se fait habituellement devant une dysphonie dans 85% des cas, une voix enrouée ou rarement un stridor voire une dyspnée [6]. La toux et l'hémoptysie peuvent manquer dans les localisations pulmonaires associées [4]. La dysphagie dans notre cas est très probablement due à l'atteinte ulcéro-bourgeonnante des aryténoïdes qui est une localisation classique de l'atteinte laryngée qui peut siéger également par ordre décroissant sur la corde vocale ligamentaire, la bande ventriculaire, l'épiglotte et la commissure postérieure [5]. L'aspect ulcéro-bourgeonnant pseudo tumoral est la présentation la plus fréquente en endoscopie et pose souvent un problème de diagnostic différentiel avec le cancer du larynx et particulièrement chez notre patient âgé et tabagique, ce qui a motivé un second look endoscopique avec biopsie pour confirmer le diagnostic [7]. Notons bien sûr, dans ce cas, que cancer et tuberculose peuvent coexister. Quant à l'aspect scanographique des lésions aussi bien au niveau laryngé que pulmonaire est resté superposable à celui de la littérature [8]. L'évolution en cours et après traitement classique de six mois est favorable avec régression des signes cliniques et endoscopiques. La surveillance après traitement est confiée au spécialiste ORL pour guetter la cicatrisation fibreuse responsable de l'immobilité des aryténoïdes.

Conclusion

La tuberculose laryngée est exceptionnellement primitive et évolue souvent avec une atteinte pulmonaire sous-jacente parfois méconnue. La hantise des praticiens est d'éliminer en premier une néoplasie du larynx vu le contexte alcoolo-tabagique et les présentations clinico-endoscopiques très étroitement semblables. L'histologie reste le meilleur moyen diagnostique. Les signes cliniques et endoscopiques s'amendent sous un traitement anti bacillaire classique bien conduit.

Conflit d'intérêt : Aucun

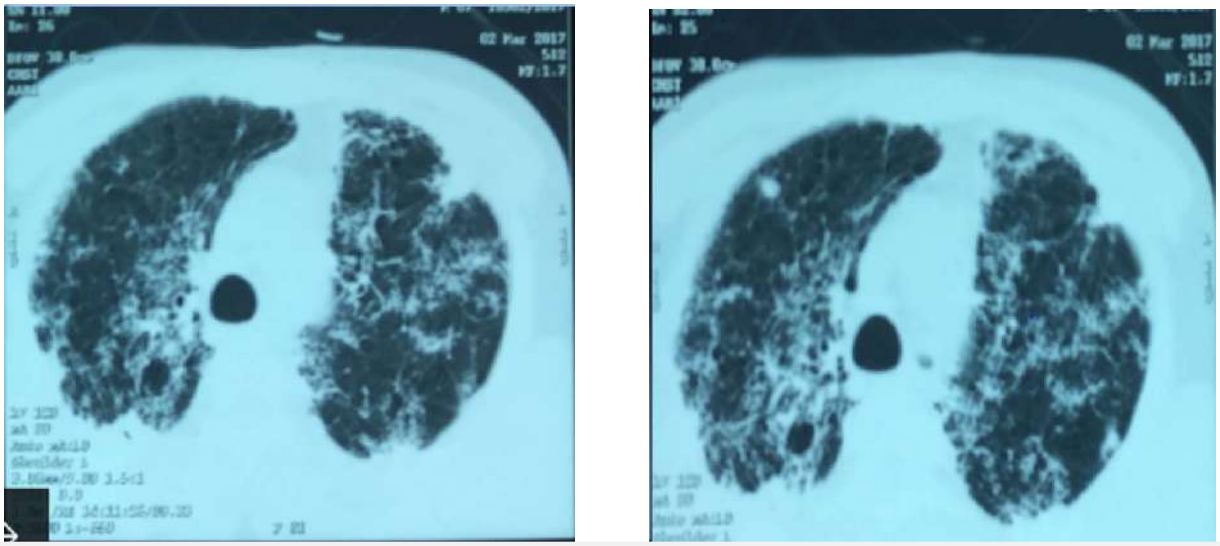
Iconographie



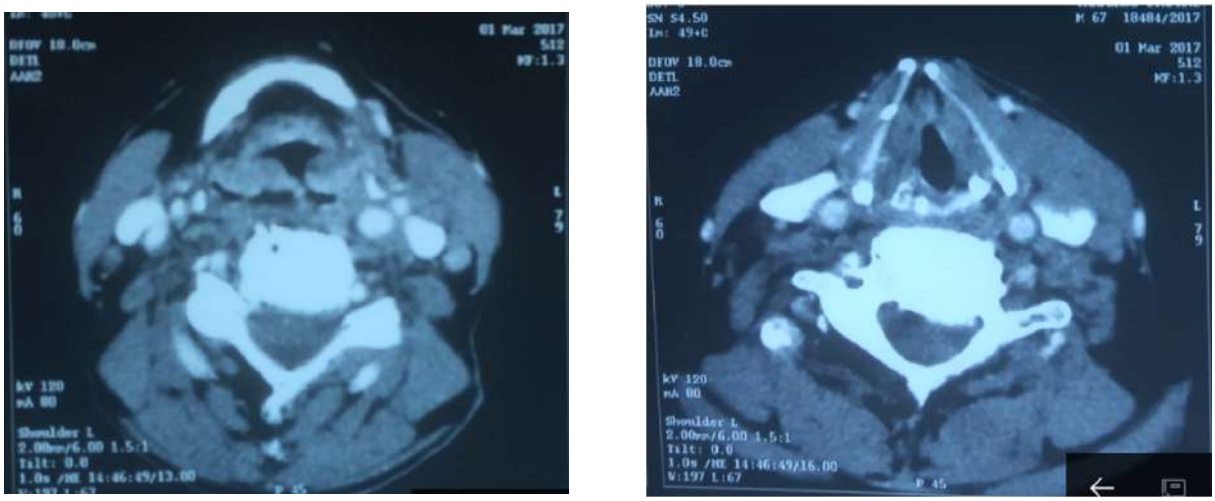
Figure 1 : La radio thorax de face avec des opacités reticulo-nodulaires bilatérales siégeant au niveau des apex



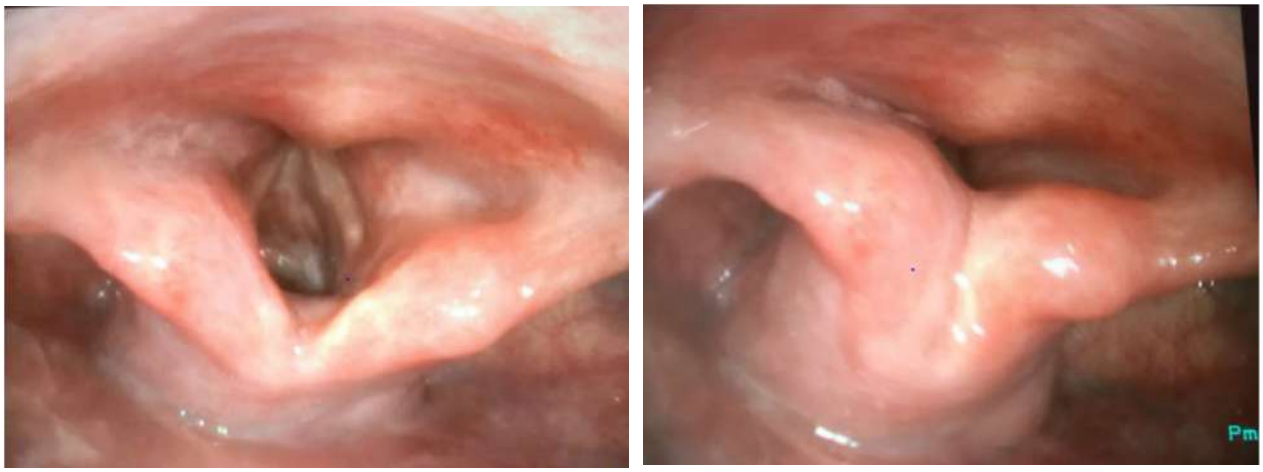
Figures 2,3 : Aspect endoscopique d'une lésion ulérée rectroaryténoïde bilatérale avec dépôt purulent chez notre patient



Figures 4, 5 : Coupe su un scanner thoracique injecté montrant un aspect de pneumopathie interstitielle bilatérale sur fond emphysémateux



Figures 6, 7 : Coupes sur un scanner ccervical injecté montrant une Infiltration avec prise de contraste laryngée et surtout au niveau des replis ary-epiglottiques. Intégrité de la charpente cartilagineuse laryngée avec perméabilité de la filière pharyngo-laryngo-trachéale



Figures 8, 9 : Endoscopie de contrôle : aspect cicatriciel blanchâtre des ulcérations des aryténoïdes



Figure 10 : La radiographie du thorax de face de contrôle a montré la diminution de la densité de l'infiltrat réticulaire des sommets

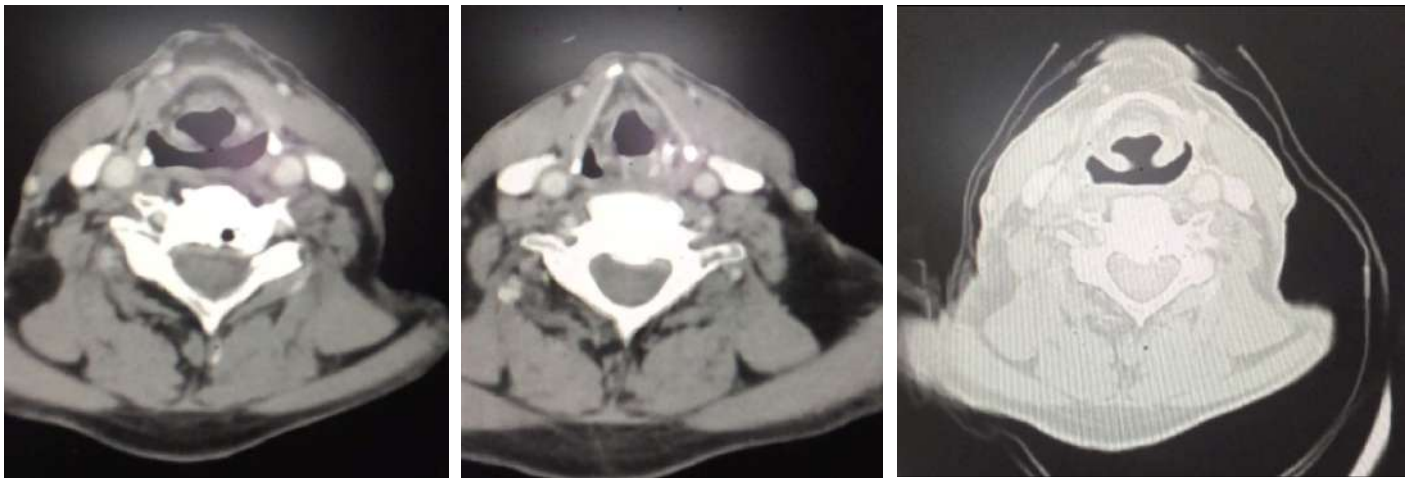


Figure 11 : Coupes sur le scanner cervical injecté de contrôle montre l'amendement de l'infiltration laryngée, sans prise de contraste pathologique ni syndrome de masse.

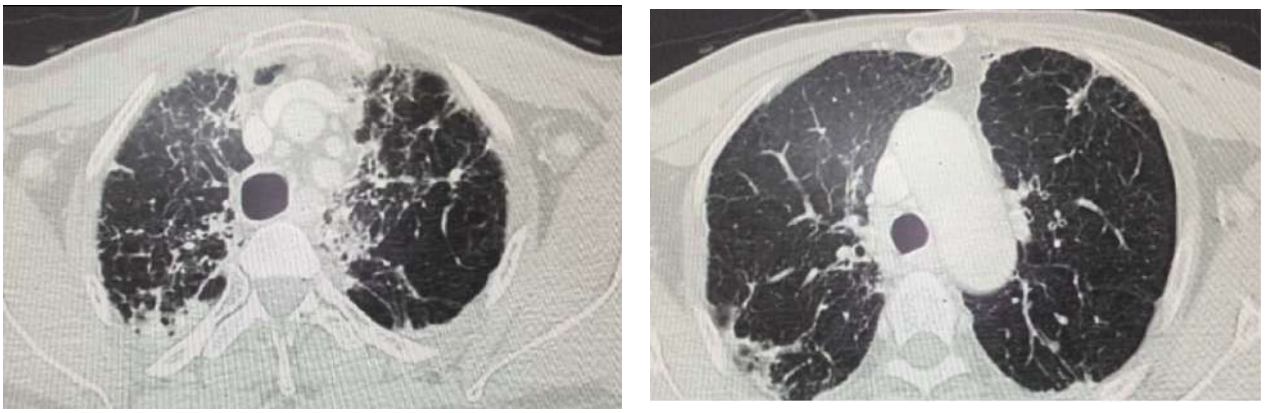


Figure 12 : Coupes sur un scanner thoracique injecté de contrôle montrant la persistance des images pulmonaires séquellaires bi lobaires supérieures avec dilatation de bronches par rétraction, atélectasie rétractile sans lésions actives visibles

Références

[1] Kurokawa M, Nibu K, Ichimura K, Nishino H. Laryngealtuberculosis: a report of 17 cases. Auris Nasus Larynx 2015;42:305–10.

[2] Lambert D A. Brabant-Viau , Abstract / La Revue de médecine interne 31S (2010) S84–S193

[3] Arrivé F .Médecine et maladies infectieuses 47 (2017) 174–178

[4] SODA A. Tuberculosis vnbof the larynx ;Clinicals aspects in 19 patients. Laryngoscope 1989;99: 1147-502

[5] El Ayoubia F. La tuberculose primitive du larynx ; Annales françaises d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale 131 (2014) 347–350

[6] Porras Alonso E. Tuberculoselaryngée. Rev LaryngolOtolRhinol (Bord)2002;123:47–8.

[7] Richter B et al. Epiglottic tuberculosis: differential diag-nosis and treatment. Case report and review of the literature. Ann OtolRhinol Laryngol 2001;110:197–201.

[8] El Kettani NE et al. Primary laryngeal tuberculo-sis mimicking laryngeal carcinoma: CT scan features. Indian J Radiol Imaging2010;20:11–2.