

Case report

Dacryoadenite tuberculeuse bilatérale: à propos d'un cas

Bekkay Rezzoug¹, Nazih Tzili¹, Hassan Ali¹, Oubaida Elyamouni¹, Mahfoud El Khaoua¹, Hamza Elorch¹, Redouane El Hlimi¹, Abdallah El Hassan¹, Amina Berraho¹

¹Service d'Ophtalmologie B, Hôpital des Spécialités, CHU Rabat, Maroc

⁸Corresponding author: Bekkay Rezzoug, Service d'Ophtalmologie B, Hôpital des Spécialités, CHU Rabat, Maroc

Key words: Dacryoadénite, tuberculose, glande lacrymale, inflammation

Received: 23/05/2014 - Accepted: 04/10/2014 - Published: 12/01/2015

Abstract

La dacryoadénite tuberculeuse est une inflammation rare de la glande lacrymale causé par le bacille *Mycobacterium tuberculosis*. Elle pose un problème étiopathogénique et diagnostique. Nous rapportons dans cette observation le cas d'une dacryoadénite tuberculeuse bilatérale chez un jeune homme Marocain de 34 ans ayant présenté une tuberculose ganglionnaire et du cavum il y à 14 ans, ayant été confirmé par l'examen anatomopathologique. La tuberculose reste un diagnostic qui doit être toujours évoqué même dans les atteinte bilatérale surtout si il y a un antécédent personnel ou familiale positif de tuberculose. Le pronostic de cette affection est devenu favorable grâce au traitement antibacillaire précoce.

Pan African Medical Journal. 2015; 20:26 doi:10.11604/pamj.2015.20.26.4663

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/20/26/full/>

© Bekkay Rezzoug et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introduction

La tuberculose est une maladie infectieuse causée par le bacille *Mycobacterium tuberculosis* qui atteint le plus souvent les poumons, mais peut également affecter d'autres organes. De rares cas de dacryoadénite tuberculeuse ont été rapportés. Nous rapportons dans cette observation un cas de dacryoadénite tuberculeuse bilatérale.

Patient et observation

Nous rapportons le cas d'un jeune homme Marocain de 34 ans, traité il y'a 14 ans pour tuberculose ganglionnaire et du cavum, qui présente une tuméfaction des 2 angles supéro-externes de l'orbite droite et gauche sans signes inflammatoires associés (**Figure 1**). L'examen ophtalmologique trouve une exophtalmie bilatérale : de 25 mm au Hertel, non axile avec un globe dévié légèrement en bas et en dedans. L'espace oculo-orbitaire trouve une masse tumorale palpable au niveau l'angle supéro-externe, des deux cotés, à limites latérales imprécises et faisant corps avec la glande lacrymale. On note également une limitation des mouvements oculaires en haut et en dehors. Par ailleurs, Le globe oculaire est indemne avec une AV à 10/10 avec un fond 'il normal des deux cotés. L'examen otorhinolaryngologique est sans particularité. Un bilan biologique a été demandé et montre : une vitesse de sédimentation (VS) élevée à 30 mm à la première heure, l'intradermoréaction à la tuberculine est positive à 22 mm, alors que la numération formule sanguine, le bilan phosphocalcique, le dosage du facteur rhumatoïde et la sérologie syphilitique sont normaux. La radiographie thoracique met en évidence une image de caverne tuberculeuse à droite (**Figure 2**). Une TDM orbito-cérébrale était demandée objectivant une hypertrophie bilatérale, homogène, légèrement hyperdense des glandes lacrymales ne rehaussant pas au produit de contraste (**Figure 3**). Une biopsie anatomopathologique de la tumeur confirme l'origine tuberculeuse en mettant en évidence un granulome épithéloïde et géantaux-cellulaire associé à une nécrose caséuse (**Figure 4**). L'évolution sous traitement anti bacillaire de 6 mois et corticothérapie orale prolongée à 6 mois est marquée par la régression tumorale en 4 semaines (**Figure 5**) et l'absence de récurrence après un recul de 4 ans.

Discussion

Décrite pour la première fois par Abadie en 1881 [1], la dacryoadénite tuberculeuse est une affection rare même dans les pays endémique [2]. Elle touche surtout l'adulte jeune et l'atteinte bilatérale est exceptionnelle [3-5]. La dissémination est essentiellement hématogène [6] avec une localisation primaire pulmonaire comme c'est le cas chez notre patient, ganglionnaire ou osseuse, etc. La recherche d'un foyer primaire est alors systématique devant toute suspicion d'une dacryoadénite tuberculeuse. Dans notre contexte, le patient avait comme antécédent une tuberculose ganglionnaire et du cavum, ce qui nous a aidé à s'orienter vers une possibilité d'atteinte tuberculeuse de la glande lacrymale malgré sa rareté. Néanmoins, l'atteinte peut être primaire après contact avec des mains contaminées ou des crachats contenant des bacilles [7]. La dacryoadénite tuberculeuse se présente sous forme d'une dacryomégalie bilatérale et asymétrique entraînant une déformation de la paupière supérieure en forme de « S ». Sur le plan radiologique (scanner orbitaire), la dacryoadénite tuberculeuse peut être vu soit sous la forme d'un élargissement des glandes lacrymales ou des abcès [8]. Une destruction osseuse peut être mise en évidence [9]. Les autres causes de l'élargissement de la glande lacrymale comprennent le lymphome et la sarcoïdose, surtout dans l'atteinte bilatérale et ne montrent pas d'abcès orbitaire ou de destruction osseuse [8,9]. L'étude anatomopathologique ou immuno-histochimique permet de poser le diagnostic étiologique surtout si l'atteinte est bilatérale sans contexte de contag tuberculeux. Le traitement des dacryoadénite tuberculeuse reste initialement médical, par des antibacillaires, avec un pronostic excellent [4,10]

Conclusion

La dacryoadénite tuberculeuse bilatérale est une entité clinique rare, elle touche l'adulte jeune mais aussi l'enfant. Son diagnostic bénéficie actuellement de la réalisation des biopsies et des progrès réalisés en matière d'immuno-histopathologie. Grâce à la précocité du diagnostic, au traitement antibacillaire adapté et l'observance thérapeutique, le pronostic de cette affection est devenu favorable avec un risque faible de contamination communautaire.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Contributions des auteurs

Bekkay Rezzoug, Nazih Tzili, Hassan Ali, ont écrit le manuscrit et dirigés l'étude. oubaida elyamouni, mahfoud el khaoua, hamza elorch, ont effectués les analyses de laboratoire et interprétés les résultats. redouane el hlimi, abdallah el hassan, amina berraho ont lu, corrigé et approuvé la dernière version.

Figures

Figure 1 : le patient à son admission; tuméfaction des 2 angles supéro-externes de l'orbite droite et gauche sans signes inflammatoires associés

Figure 2 : radiographie thoracique montrant une image de caverne séquellaire parahilaire droite

Figure 3 : TDM orbito-cérébrale montrant une hypertrophie bilatérale, homogène, légèrement hyperdense des glandes lacrymales ne rehaussant pas au produit de contraste

Figure 4 : image histologique du granulome épithéloïde et gigantaux-cellulaire associé à une nécrose caséuse

Figure 5 : le patient après traitement; nette amélioration

Références

1. Madge SN, Prabhakaran VC, Shome D, Kim U, Honavar S, Selva D. Orbital tuberculosis: a review of the literature. *Orbit*. 2008; 27(4):267-277. **PubMed | Google Scholar**
2. Mahender K Narula, Vikas Chaudhary, Dhiraj Baruah, Manoj Kathuria, Rama Anand. Pictorial essay: Orbital tuberculosis. *Indian J Radiol Imaging*. 2010 February; 20(1): 6-10. **PubMed | Google Scholar**
3. Offret G, Renard G, Pasticier, Dhermy MP. A case of bilateral tuberculosis dacryoadenitis. *Bull Soc Ophtalmol Fr*. 1974 May-Jun;74(5-6):557-67. **PubMed | Google Scholar**
4. Baghdassarian SA, Zakharia H, Asdourian KK. Report of a case of bilateral caseous tuberculous dacryoadenitis. *Am J Ophthalmol*. 1972 Oct;74(4):744-6. **PubMed | Google Scholar**
5. Vancea P, Bâlan N. La tuberculose bilatérale scléreuse des glandes lacrymales : Clinique Ophtalmologique de l'Institut de Médecine, Jassy. *Ophthalmologica*. 1959;137(5):313-320. **PubMed | Google Scholar**
6. Sharma A, Pandey SK, Mohan K, et al. Tuberculosis of the lacrimal gland: a case report. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 1998 Jul-Aug;35(4):237-9. **PubMed | Google Scholar**
7. Güzel MZ, Kilic A, Arslan H. Palatal fistula: a complication of primary tuberculous dacryoadenitis. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2008 Sep;61(9):1105-7. **PubMed | Google Scholar**
8. Narula MK, Chaudhary V, Baruah D, Kathuria M, Anand R. Pictorial essay: Orbital tuberculosis. *Indian J Radiol Imaging*. 2010 Feb;20(1):6-10. **PubMed | Google Scholar**
9. van Assen S, Lutterman JA. Tuberculous dacryoadenitis: a rare manifestation of tuberculosis. *Neth J Med*. 2002 Sep;60(8):327-9. **PubMed | Google Scholar**
10. A Mortada Tuberculoma of the orbit and lacrimal gland. *J Ophthalmol*. Aug 1971; 55(8): 565-567. **Google Scholar**



Figure 1 : le patient à son admission; tuméfaction des 2 angles supéro-externes de l'orbite droite et gauche sans signes inflammatoires associés



Figure 2 : radiographie thoracique montrant une image de caverne séquellaire parahilaire droite

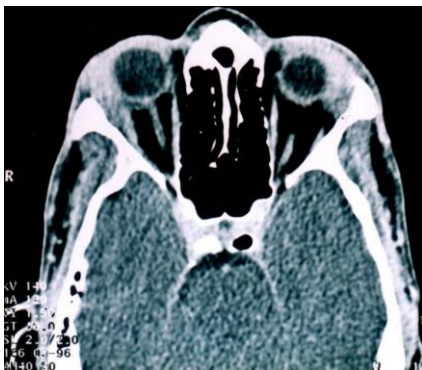


Figure 3 : TDM orbito-cérébrale montrant une hypertrophie bilatérale, homogène, légèrement hyperdense des glandes lacrymales ne rehaussant pas au produit de contraste

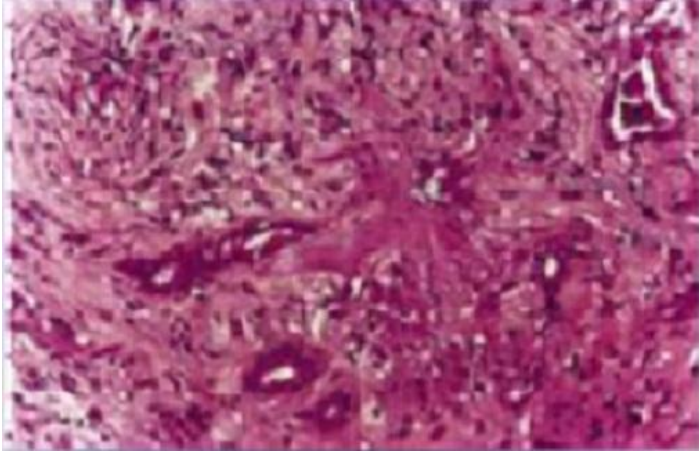


Figure 4 : image histologique du granulome épithéloïde et géantaux-cellulaire associé à une nécrose caséuse



Figure 5 : le patient après traitement; nette amélioration