

Case report

Tuberculose sous cutanée cervico-thoracique: à propos d'un cas

Noureddine Errami^{1,*}, Amine Benjelloun², Nessrine Tahtah³, Bouchaib Hemmaoui¹, Ilias Benchafai¹, Ali Jahidi¹, Mohamed Zalagh¹, Fouad Benariba¹

¹Service d'ORL et Chirurgie Maxillo-faciale, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V Rabat, Maroc, ²Service de Pneumo-phtisiologie, Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech, Maroc, ³Service d'ORL et Chirurgie Maxillo-faciale, Hôpital des Spécialités, Faculté de Médecine et de Pharmacie Souissi, Rabat, Maroc

*Corresponding author: Benjelloun Amine, Service de Pneumo-phtisiologie, Hôpital Militaire Avicenne Marrakech, Maroc

Key words: Tuberculose, paroi thoracique, abcès sous cutané

Received: 21/05/2015 - Accepted: 08/06/2015 - Published: 06/07/2015

Abstract

La tuberculose de la paroi thoracique est une affection très rare. Nous rapportons le cas d'une tuberculose cervico-thoracique qui s'est présentée dans un tableau de cellulite chez un jeune patient immunocompétent de 26 ans sans antécédent de tuberculose. La TDM thoracique a mis en évidence une collection sous cutanée de la paroi antérieure du thorax, sans atteinte osseuse ni pleuro-pulmonaire associées. L'incision drainage a permis l'évacuation de la collection et le prélèvement histologique. L'étude anatomopathologique est revenue en faveur d'une tuberculose et un traitement anti-bacillaire de 9 mois a été débuté. L'évolution a été marquée par une perte de substance cutanée étendue en regard de l'ancienne collection ayant nécessité une greffe de peau libre. Ce diagnostic doit toujours rester présent à l'esprit surtout dans les pays d'endémie de tuberculose.

Pan African Medical Journal. 2015; 21:182 doi:10.11604/pamj.2015.21.182.7129

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/21/182/full/>

© Noureddine Errami 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 de la paroi thoracique est une affection très rare et représente moins de 10% des tuberculoses ostéo-articulaires [1]. Elle peut se présenter sous forme d'abcès froid ou de masse pseudo-tumorale. Son diagnostic doit être évoqué devant un faisceau d'arguments cliniques et radiologiques, surtout en zone d'endémie tuberculeuse. Nous rapportons le cas d'une tuberculose de la paroi thoracique qui s'est présentée dans un tableau de cellulite cervico-thoracique chez un jeune patient immunocompétent, avec une revue de la littérature.

Patient et observation

Il s'agit d'un jeune patient de 26 ans, de peau noire et sans antécédent pathologique particulier, qui s'est présenté aux urgences dans un tableau de cellulite cervico-thoracique. L'histoire de la maladie a débuté 6 mois auparavant par une petite tuméfaction pré-sternale qui a augmenté progressivement de volume. Cette symptomatologie a évolué dans un contexte d'amaigrissement de 10kg, de sueurs nocturnes et d'anorexie, sans signes pleuro-pulmonaires. L'examen à l'admission a mis en évidence une tuméfaction pré-sternale de 10/8cm mal limitée, s'étendant vers la base du cou, molle et douloureuse à la palpation, sans fistule ni adénopathie associée. Une TDM thoracique (**Figure 1**) a mis en évidence une collection pré-sternale sous cutanée, sans envahissement osseux ni musculaire ni pleuro-pulmonaire. Le bilan biologique a retrouvé une hyperleucocytose à 11200 GB/mm³ à prédominance neutrophile et une vitesse de sédimentation à 40 mm à la première heure. Le patient a subi une incision drainage à la partie basse de la collection avec prélèvement de tissu nécrosé. L'étude anatomopathologique a révélé des lésions granulomateuses avec nécrose caséuse compatibles avec une tuberculose. L'IDR à la tuberculine et la sérologie VIH étaient négatives. Par ailleurs, la recherche d'autres foyers tuberculeux s'est avérée négative. Le patient a été mis sous traitement anti-bacillaire classique pendant 9 mois (2 RHZE/7 RH: R: Rifampicine, H: Isoniazide, Z: Pyrazinamide, E: Ethambutol). L'évolution a été marquée par une perte de substance cutanée étendue en regard de l'ancienne collection (**Figure 2**), ayant nécessité des soins locaux et une greffe de peau libre, avec une cicatrisation ultérieure satisfaisante (**Figure 3**).

Discussion

La tuberculose de la paroi thoracique représente une localisation inhabituelle de la tuberculose extra-pulmonaire, le plus souvent décrite chez des patients présentant des tuberculoses graves et disséminées, notamment au cours de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) [2-4]. Elle représente moins de 10 pour cent des tuberculoses ostéo-articulaires [1] et 0,1 pour cent toutes formes confondues [5]. L'abcès froid isolé sans atteinte osseuse est exceptionnel [1] et se produit plus fréquemment chez l'homme [4] avec un sexe ratio de 2,5/1 et un âge variant de 15 à 35 ans avec quelques cas au delà de 50 ans [4-6]. En cas d'abcès froid de la paroi thoracique, des antécédents de tuberculose sont retrouvés chez 83% des patients et une tuberculose active est concomitante dans 17,4% des cas [2,7]. La pathogénie n'est pas univoque; une dissémination hématogène sanguine ou lymphatique est évoquée dans les formes compliquant une tuberculose miliaire ou s'associant à d'autres atteintes extra-pulmonaires ou osseuses multifocales. L'hypothèse d'une inoculation directe au niveau de la paroi thoracique est envisagée dans les atteintes liées au

Mycobacterium bovis survenant en milieu agricole [5]. Elle peut être également secondaire à une adénite de la paroi thoracique. Ce dernier mécanisme est prédominant pour les abcès froids sous-cutanés thoraciques [2,8], les ganglions intercostaux antérieurs sont les plus souvent concernés, d'où la localisation para-sternale préférentielle des abcès froids. Exceptionnellement, l'atteinte peut compliquer la vaccination par le BCG [5,9]. La tuberculose pariétale est caractérisée par l'absence de signes cliniques spécifiques [2,8]. La masse est rarement fluctuante, ce qui n'évoque que rarement une origine infectieuse [3,8]. L'expression clinique est variable; le début est souvent insidieux et les signes locaux ne deviennent évidents qu'aux stades avancés [5]. Des fractures pathologiques du sternum ou des côtes ont également été rapportées [6,10]. Quant à la fistule cutanée, bien que suggestive de l'origine tuberculeuse, elle peut également compliquer une infection à pyogènes ou une actinomycose [11]. L'abcès tuberculeux est souvent unique, mais peut se présenter avec deux ou plusieurs localisations [2,4].

L'abcès froid d'origine tuberculeuse est caractérisé par l'absence de signes inflammatoires. Une douleur de type pleurale, une toux sèche, une fièvre modérée, des sueurs nocturnes et un amaigrissement peuvent être présents ou faire défaut [12]. L'aspect fluctuant peut être évocateur de la nature infectieuse [5] faire penser à une cellulite extensive comme chez notre patient. Par ailleurs, l'abcès tuberculeux sous cutané peut poser le problème de diagnostic différentiel avec une tumeur pariétale bénigne ou maligne [2,13]. Malgré les progrès de l'imagerie, le diagnostic de tuberculose pariétale reste difficile du fait de l'absence de signes radiologiques spécifiques [2]. Les radiographies standards sont souvent normales au début. L'échographie précise l'échogénéicité d'une tuméfaction constatée à l'examen clinique. La tomодensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique permettent d'inventorier les éventuelles autres localisations tissulaires et osseuses non évidentes à la radiographie conventionnelle. La scintigraphie osseuse est plus performante pour dépister des localisations osseuses muettes cliniquement, voire radiologiquement [5]. Le diagnostic de certitude de l'origine tuberculeuse repose sur l'isolement de la mycobactérie dans le liquide de ponction et/ou dans les fragments de biopsies ou sur l'étude histologique et bactériologique des pièces opératoires avec mise en culture. Il s'agit le plus souvent de *Mycobacterium tuberculosis* plus rarement de *Mycobacterium bovis* [2,5,9] et exceptionnellement d'une mycobactérie atypique [5,14]. La mise en évidence du germe à l'examen direct du pus est rare, ce qui explique le retard thérapeutique, d'où l'intérêt de la PCR. Cette dernière permet un diagnostic rapide et donc de débuter un traitement antituberculeux standard qui pourra être modifié ultérieurement selon le résultat des cultures [2]. Dans le cas de notre patient, l'examen histologique de la pièce opératoire a permis de porter le diagnostic d'une tuberculose pariétale thoracique. Le traitement médical est précédé d'un traitement chirurgical permettant de réséquer l'abcès en totalité et d'emporter les tissus nécrosés sous-jacents (côtes, cartilage, sternum, adénopathies), afin de diminuer les récurrences [2,15].

Conclusion

La tuberculose de la paroi thoracique est une affection très rare qui peut se présenter sous forme d'une cellulite cervico-thoracique, même en l'absence d'une porte d'entrée évidente et sur terrain immunocompétent et indemne d'antécédents de tuberculose. Son diagnostic doit être évoqué devant un faisceau d'arguments cliniques et radiologiques, surtout en zone d'endémie tuberculeuse. Son traitement est basé sur une chimiothérapie anti-bacillaire

précédée d'une incision drainage qui évacue la collection et permet de confirmer histologiquement et bactériologiquement le diagnostic.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Remerciements

Nous remercions Mlle Rime Errami pour son soutien lors de la réalisation de ce travail.

Figures

Figure 1: TDM thoracique en coupe axiale mettant en évidence une collection pré-sternale sous cutanée, sans envahissement osseux ni musculaire ni pleuro-pulmonaire

Figure 2: perte de substance cutanée étendue de la paroi antérieure du thorax

Figure 3: aspect de la paroi thoracique antérieure après greffe de peau libre (résultat à 9 mois)

Références

1. Benyahya E, Etaouil N, Bennis R, Mkinsi O. Une masse de la paroi thoracique. *Rev Med Interne*. 2002 Sep;23(9):795-6. **PubMed | Google Scholar**
2. Abid M, Ben Amar M, Abdenadher M, Kacem AH, Mzali R, Mohamed IB. Abscess de la paroi thoracique et abdominale isolé: une forme exceptionnelle de tuberculose. *Rev Mal Respir*. 2010; 27(1):72-5. **PubMed | Google Scholar**
3. Mathlouthi A, Ben M'Rad S, Merai S, Friaa T, Mestiri I, Ben Miled K, Djenayah F. La tuberculose de la paroi thoracique: mise au point à partir de 4 observations personnelles et revue de la littérature. *Rev Pneumol Clin*. 1998 Sep; 54(4):182-6. **PubMed | Google Scholar**
4. Faure E, Souilamas R, Riquet M, Chehab A, Le Pimpec-Barthes F, Manac'h D, Debesse B. Cold abscess of the chest Wall: a surgical entity? *Ann Thorac Surg*. 1998 Oct; 66(4):1174-8. **PubMed | Google Scholar**
5. Bouslama K, Bakir L, Ben M'rad S, Aloulou R, Hendaoui L, BenSalah N. Tuberculose de la paroi thoracique à propos d'un cas et revue de la littérature. *Med Mal Infect*. 1998; 28:666-7. **PubMed | Google Scholar**
6. Hajjar W, Logan AM, Belcher PR. Primary sternal tuberculosis treated by resection and reconstruction. *Thorac Cardiovasc Surg*. 1996 Dec; 44(6):317-8. **PubMed | Google Scholar**
7. Sakuraba M, Sagara Y, Komatsu H. Surgical Treatment of Tuberculous Abscess in the Chest Wall. *Ann Thorac Surg*. 2005 Mar; 79(3):964-7. **PubMed | Google Scholar**
8. Fenniche S, Fekih L, Hassene H, Hantous S, Belhabib D, Megdiche ML. Tuberculous thoracic parietal abscess - Report of 4 cases. *Tunis Med*. 2003 Sep; 81(9):738-42. **PubMed | Google Scholar**
9. Simila S, Liedt E, Kinnunen P. Sternal abscess as a complication of BCG -revaccination. *Tubercle*. 1988 Mar; 69(1):67-9. **PubMed | Google Scholar**
10. Watts RA, Paice EW, White AG. Spontaneous fracture of the sternum and sternal tuberculosis. *Thorax*. 1987 Dec; 42(12):984-5. **PubMed | Google Scholar**
11. Kinnear WM, MacFarlane JT. A survey of thoracic actinomycosis. *Respir Med*. 1990 Jan; 84(1):57-9. **PubMed | Google Scholar**
12. El Barni R, Lahkim M, Achour A. Abscess tuberculeux de la paroi thoracique chez l'enfant. *Pan African Medical Journal*. 2013; 14:9. **PubMed | Google Scholar**
13. Chen CH, Shih JF, Wang LS, Perng RP. Tuberculous subcutaneous abscess: an analysis of seven cases. *Tuber Lung Dis*. 1996 Apr; 77(2):184-7. **PubMed | Google Scholar**
14. Samuels LE, Sharma S, Morris R J, Solomon MP, Granick MS, Wood CA, Brockman SK. Mycobacterium fortuitum infection of the sternum: review of the literature and case illustration. *Arch Surg*. 1996 Dec; 131(12):1344-6. **PubMed | Google Scholar**
15. Kuzucu A, Soysal O, Günen H. The role of surgery in chest wall tuberculosis. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2004 Mar; 3(1):99-103. **PubMed | Google Scholar**

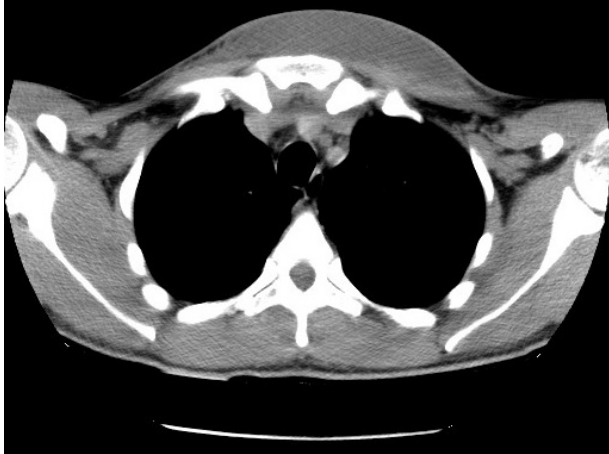


Figure 1: TDM thoracique en coupe axiale mettant en évidence une collection pré-sternale sous cutanée, sans envahissement osseux ni musculaire ni pleuro-pulmonaire



Figure 2: perte de substance cutanée étendue de la paroi antérieure du thorax



Figure 3: aspect de la paroi thoracique antérieure après greffe de peau libre (résultat à 9 mois)