

HEAD AND NECK JOURNAL OF MADAGASCAR



Tuberculose cérébrale Cerebral tuberculosis

Rafidimalala RA, Tongavelo A, Nomenjanahary L, Randriamiarisoa D, Rakotovao RTK, Randrianjafisamindrakotroka NS, Andriamamonjy C.

Introduction

La tuberculose constitue un problème de santé publique dans les pays en développement comme Madagascar. Son incidence mondiale est de 6,3 millions de nouveaux cas en 2016 selon l'OMS contre 6,1 millions en 2015 (1). A Madagascar, le rapport OMS « Global report TB 2008 attribue une incidence de 248 cas pour 100 000 habitants, toutes formes confondues. L'atteinte cérébrale est rare et représente 5,68 % des cas. Sa manifestation clinique est variée et non spécifique et présente parfois un diagnostic différentiel avec les tumeurs cérébrales. Nous rapportons un cas de tuberculose cérébrale simulant un processus tumoral expansif.

Observation

Il s'agissait d'un jeune homme de 17 ans, hospitalisé en service de neurochirurgie pour une hémiparésie gauche d'installation progressive évoluant depuis trois semaines, associée à des signes d'hypertension intracrânienne tels que vomissements en jet, nuque algie, baisse de l'acuité visuelle progressive de l'œil droit et photophobie. A l'entrée, le patient était conscient avec un état hémodynamique stable et une température subfébrile de 37,8°C.

L'examen neurologique montrait une cécité bilatérale avec mydriase peu réactive, un strabisme convergent de l'œil gauche, une paralysie faciale inférieure gauche et une hémiparésie gauche de type pyramidal sans trouble de la déglutition, ni trouble sphinctérien.

Discussions

Selon l'OMS, en 2016, 6,3 millions de nouveaux cas de tuberculose ont été signalés, soit 61 % de l'incidence estimée (10,4 millions) (1). Mais l'atteinte cérébro-méningée reste rare (2 à 5 % des localisations tuberculeuses) (2). A Madagascar, son incidence est actuellement de plus de 27,000 nouveaux

L'examen des autres appareils était sans particularité.

Sur le plan biologique, la numération de la formule sanguine montrait une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. La sérologie VIH était revenue négative.

La radiographie pulmonaire ne montrait pas de lésion pleurale ni parenchymateuse en foyer évolutive radiovisible. Le scanner cérébral objectivait un processus expansif d'allure tumorale, tissulaire, polymorphe (figure 1).

Le patient a été opéré, pour biopsie et tentative d'exérèse. La suite opératoire était simple et l'examen anatomo-pathologique du prélèvement a confirmé la nature tuberculeuse de la pièce. (Figure 2).

cas par an avec 5,68 % pour les atteintes méningées (3).

En 2007, le service d'anatomo-pathologie du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona a publié qu'il n'y avait que 2 cas sur 7 ans (4). Dix ans plus tard,

nous rapportons ce cas de tuberculose cérébrale.

La tuberculose cérébrale est une pathologie de l'enfant et de l'adulte de 18 à 60 ans, sans prédominance de sexe. Pour notre cas, il s'agissait d'un homme de 17 ans, donc légèrement plus jeune par rapport à la littérature.

Dans les pays où la prévalence de la tuberculose reste encore élevée, un antécédent de tuberculose a été retrouvé, surtout chez les enfants, dans 30 à 70 % des cas (5). Pour notre cas, le patient ne présentait aucun signe de tuberculose dans ses antécédents.

Les signes cliniques de la tuberculose neuro-méningée sont polymorphes (6). Ils se manifestent par des atteintes focalisées d'installation progressive associées à des signes méningés (7). Une altération de la conscience peut être aussi notée, allant de l'obnubilation jusqu'au coma profond (8). Dans notre étude, nous avons observé une hémiparésie gauche d'installation progressive associée à un syndrome d'hypertension intracrânienne dans un contexte apyrétique.

Elle est le plus souvent secondaire à une dissémination hématogène du *M. tuberculosis*, le plus souvent à partir d'un foyer pulmonaire (50 %), parfois à partir d'une localisation ganglionnaire, hépatique ou rachidienne (5). Notre étude montrait une radiographie pulmonaire normale (sans lésion pleurale et parenchymateuse). La présence d'une adénopathie rétro-

auriculaire ne permet pas d'affirmer une dissémination ganglionnaire étant donné que ce dernier n'a pas été biopsié.

Le diagnostic de la tuberculose cérébro-méningée repose sur des arguments biologiques, histologiques et neuroradiologiques. Les examens biologiques ne sont spécifiques. Certaines études affirment l'existence d'une corrélation entre l'apparition d'un tuberculome et l'infection à VIH (5), mais nous n'avons pas vérifié pour notre cas.

L'imagerie cérébrale permet de mettre en évidence un épaississement et un réhaussement leptoméningé, une dilatation ventriculaire (9) et fait discuter un processus tumoral primitif ou secondaire, ou autres localisations cérébrales infectieuses (toxoplasmose, abcès bactérien ou fongique, neurocysticercose).

Sur le plan histologique, ces lésions débutent sous la forme d'un conglomérat de microgranulomes dans une zone d'encéphalite, et ils confluent pour former un tuberculome mature non caséifié. Dans la plupart des cas, une nécrose caséuse centrale se développe, d'abord solide, mais elle peut dans certains cas se liquéfier, et on parle d'abcès (10).

Le plus souvent les tuberculomes ont une capsule comportant du tissu collagène, des cellules épithélioïdes, des cellules de Langhans et des lymphocytes (10). Dans notre cas, nous avons objectivé une nécrose caséuse entourée d'une inflammation granulomateuse épithélioïde et géo-cellulaire de type Langhans.

Conclusion

L'atteinte cérébrale tuberculeuse est rare et peut constituer un mode de révélation. Les signes neurologiques sont ceux d'un processus expansif intracérébral mais seul un examen histologique confirmera le diagnostic par la mise en évidence d'une inflammation granulomateuse nécrosante associée à des cellules géantes.

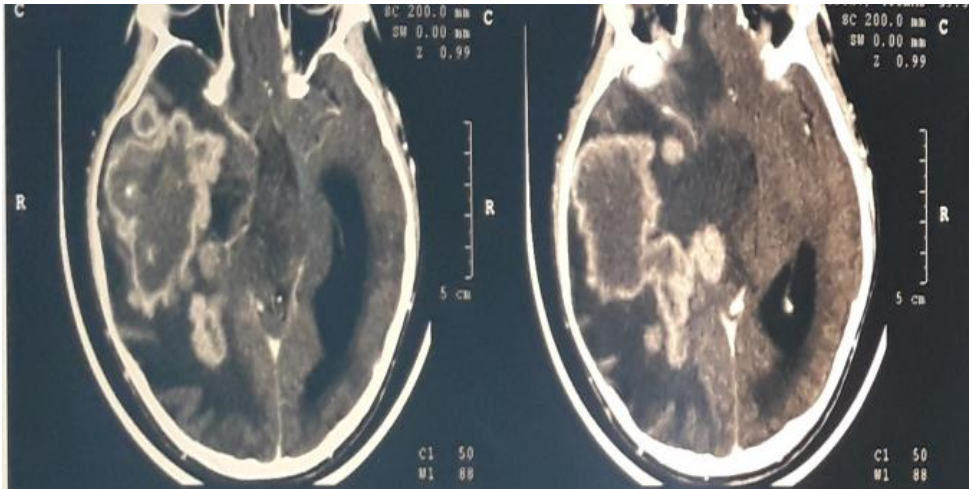


Figure 1 : Scanner cérébrale avec produit de contraste : processus expansif d'allure tumorale, tissulaire, polymorphe avec des calcifications internes à rehaussement périphérique en pariéto-temporal et des structures profondes droites, entouré d'un important œdème péri-lésionnel avec engagement sous falciqne droit.

Source : Service de neurochirurgie, CHU-JRA.

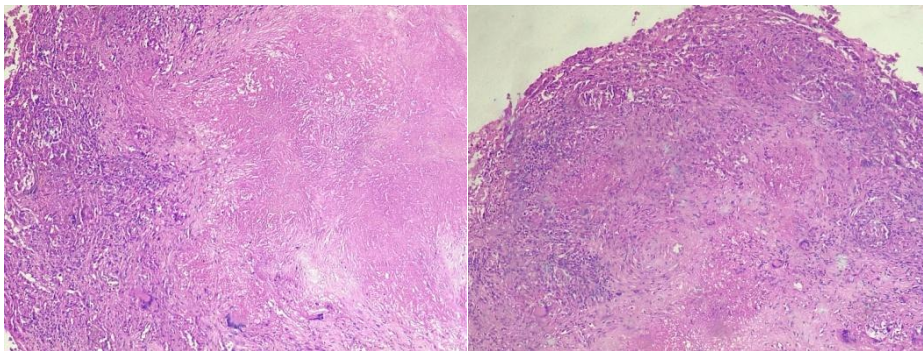


Figure 2 : Large plage de nécrose caséuse, entourée par une inflammation granulomateuse polymorphe, composé de cellules épithélioïdes, de lymphocytes et des cellules géantes de type Langhans

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde (réunion d'experts). OMS, Genève, 2017.
2. Battikh R, Yedeas M, Labidi J et al. Tuberculomes cérébraux : à propos de six cas. *Revue Neurologique*. 2009 Nov;165(11):943-8.
3. Rakotomizao JR, Ravahatra K, Rakotondrabe T, Nandimbiniaina A, Raharimanana RN, Andrianarisoa AFC. Profils épidémiocliniques de la tuberculose au CHU d'Antananarivo. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2018 Jan;35:173.
4. Rajemiarimoelisoa CF, Randriamamonjy F, Randrianjafisamindrakotroka NS. Extrapulmonary tuberculosis cases study from the surgical pathology laboratory of University Hospital Center of Antananarivo, Madagascar. First western indian ocean pathologist meeting, oral communication. 2007 Aug.
5. Muralidhar K, Katti MK. Pathogenesis, diagnosis, treatment, and outcome aspects of cerebral tuberculosis. *Med Sci Monit*. 2004;10: 215-29.
6. Bazin C. Tuberculose du système nerveux central. *EMC Neurologie*. 2004;1(2):169-92.
7. Vignaud J, Cosnard G, Pharaboz C. Imagerie par résonance magnétique crânio-encéphalique. Vigot. 1991.
8. Gueddari FZ, Bouyacoub F, Dafiri R, Khamlichi A, Imani F. Imagerie par résonance magnétique de la tuberculose cérébro-méningée. *Med Magh*. 1998;74:9-15.
9. Mélé N, Charbonneau F, Henry C. Sténoses artérielles intra-craniennes : penser à l'artérite cérébrale tuberculeuse. *Pratique Neurologique-FMC*. 2015;6(1):38-42.
10. Bargallo N, Berenguer J, Tomas X, Nicolau C, Cardenal C, Mercader JM. Intracranial tuberculoma: CT and MRI. *Eur Radiol*. 1993;3:123-8.