

LA TUBERCULOSE PALPEBRALE PRIMAIRE (A PROPOS D'UN CAS)

BAHA ALI T.* , ALLALI B.* , ESSALIME K.* ,
LAMARI H.* , ZAGHLOUL K.*

RÉSUMÉ

La tuberculose cutanée est une affection rare. L'atteinte palpébrale isolée est inhabituelle. Sa présentation clinique est polymorphe expliquant souvent le retard diagnostique. Son traitement fait appel à une polychimiothérapie anti-tuberculeuse. Les auteurs rapportent à travers une observation le cas d'un enfant atteint d'une tuberculose palpébrale primaire et discutent la difficulté diagnostique, la physiopathogénie de l'atteinte palpébrale, son diagnostic et son traitement.

SUMMARY

Cutaneous tuberculosis is an uncommon disease and tuberculosis affecting the eyelid alone is even more rare. The clinical presentation is polymorphous which explains a diagnosis delay. Its treatment is based on antitubercular drugs chemotherapy. Authors report through an observation the case of a child with eyelid tuberculosis and discuss a difficult diagnosis, a physiopathogeny of eyelid tuberculosis, its diagnosis and treatment.

MOTS-CLES

Tuberculose, peau, enfant, paupière, traitement

KEY WORDS

Tuberculosis, skin, child, eyelid, treatment

.....

* Service d'Ophtalmologie Pédiatrique Hôpital 20 août
Casablanca -Maroc

received: 31.10.05

accepted: 21.01.06

INTRODUCTION

La tuberculose sévit encore dans le monde et spécialement dans les pays en voie de développement. Il existe approximativement 8 millions de nouveaux cas dans le monde dont 3 millions de décès chaque année (2,9,17). L'atteinte cutanée est relativement peu fréquente. L'atteinte péri-oculaire isolée est très rare (2). Nous allons présenter à travers un cas clinique une atteinte tuberculeuse isolée de la paupière chez un enfant pour discuter par la suite sa physiopathogénie, son diagnostic et son traitement.

OBSERVATION

Il s'agit de l'enfant A.A âgé de 7 ans qui a présenté un nodule d'allure inflammatoire de la paupière inférieure de son œil gauche. L'enfant a consulté en ville où un diagnostic de chalazion a été posé. Le patient a été mis sous corticoïdes topiques avec antibiothérapie locale anti-staphylococcique. Après 10 jours de traitement, aucune amélioration n'a été constatée. Le patient a reconsulté mais sans amélioration de son état. Cette tuméfaction augmentait progressivement de volume et s'étendait en une véritable masse palpébrale avec apparition un mois plus tard d'une adénopathie prétragienne gauche (*Photo 1*). Cette évolution a poussé son médecin traitant à demander un avis spécialisé à l'hôpital. L'interrogatoire a montré que l'enfant était bien vacciné pour son âge. L'enfant n'avait aucun antécédent pathologique particulier. L'examen général a trouvé un enfant en bon état général. Les paramètres vitaux étaient normaux. L'examen ophtalmologique a montré une acuité visuelle de 10/10



Photo 1: Masse palpébrale inférieure avec pus au centre

des deux yeux, un tonus oculaire normal. L'examen des annexes a trouvé une masse palpébrale inférieure gauche de 17 mm de longueur, d'allure inflammatoire, s'étendant horizontalement, avec des sécrétions purulentes. On notait également une nécrose centrale (*Photo 2*). L'examen des aires ganglionnaires a révélé une adénopathie prétragienne de 3 cm mobile et douloureuse. Le reste de l'examen ophtalmologique n'a pas montré d'atteinte conjonctivale, cornéenne ou uvéale. Le fond d'œil était sensiblement normal aux deux yeux. Le reste de l'examen somatique était sans particularité. Un traitement antibiotique per os à base d'amoxicilline-acide clavulanique a été instauré pendant 10 jours. L'évolution a été marquée par l'amélioration des sécrétions purulentes avec diminution de la taille de l'adénopathie sans la faire disparaître complètement. Une biopsie chirurgicale de la masse palpébrale a été décidée. L'examen anatomo-pathologique a mon-

tré la présence d'un granulome inflammatoire fait de lymphocytes, plasmocytes, polynucléaires mêlés à des cellules épithéloïdes et géantes organisées en pallissades et en follicules au contact d'une nécrose acidophile évocatrice d'une tuberculose. L'interrogatoire rétrospectif n'a pas révélé de contagé tuberculeux connu ; la radiographie du thorax était normale, de même la numération sanguine; la recherche du bacille de Koch (BK) dans les urines était négative ; l'intradermoréaction à la tuberculine (IDR) a entraîné une induration de 6 mm. Aucun traumatisme palpébral n'a été révélé dans l'interrogatoire. Le malade a été traité par rifinah, pyrazinamide pendant 2 mois, puis rifinah seul pendant 4 mois. L'évolution a été très favorable avec disparition totale de la masse palpébrale et de l'adénopathie. La peau a fistulisé en regard de l'adénopathie laissant une cicatrice (*Photo 3*).



Photo 2: Présence d'une nécrose centrale



Photo 3: Cicatrice cutanée en regard de l'adénopathie

DISCUSSION

La tuberculose représente encore un problème de santé publique pour l'OMS. En effet, environ un tiers de la population mondiale est infectée par le BK (3,9,11). Cette situation est encore aggravée par l'association à l'infection du virus de l'immunodéficience humaine (1,3). L'atteinte péri-oculaire et oculaire en rapport avec la tuberculose est rare (2) et survient souvent secondairement à une autre atteinte souvent pulmonaire (9). L'atteinte isolée de la paupière est inhabituelle (4). Certains auteurs (7,13) rapportent 1 cas sur 100 tuberculoses cutanées.

Le mode de contamination de la paupière peut être une dissémination par voie hématogène à partir d'un autre foyer adjacent comme la conjonctive ou la muqueuse nasale (2) ou à partir d'un foyer tuberculeux à distance (9). Une inoculation directe suite à un traumatisme peut expliquer l'atteinte primaire de la paupière (2). Chez notre malade, aucun traumatisme n'a été trouvé lors de l'interrogatoire. De même, l'état général du patient était bon sans signe d'une autre localisation tuberculeuse loco-régionale ou générale. Toutefois un traumatisme caché ne peut être formellement rejeté.

L'atteinte cutanée péri-oculaire touche essentiellement l'enfant (17) et se présente sous la forme d'un petit nodule s'ulcérant et s'étendant localement avec douleurs possibles et sécrétions purulentes. Cette sémiologie s'applique parfaitement à notre cas. La surinfection bactérienne est fréquente expliquant comme dans notre cas l'apparition d'adénopathie inflammatoire douloureuse et de sécrétions purulentes. La réponse partielle à une antibiothérapie générale laisse supposer la possible contamination du ganglion par le BK. Au fur et à mesure, on peut voir l'apparition d'autres nodules à l'intérieur ou aux berges de la lésion initiale. Le retard diagnostique peut conduire à des complications palpébrales type ectropion (7,15). Les autres présentations cliniques sont l'aspect de lupus vulgaire prenant la forme d'un nodule rouge-brunâtre ou jaunâtre (8,17), l'abcès froid avec une masse fluctuante sans inflammation aiguë, réalisant dans certains cas une véritable cellulite (11), ou tout simplement

l'aspect de faux chalazion faussant le plus souvent le diagnostic comme chez notre malade. La présentation anatomo-pathologique dépend essentiellement du profil immunologique du malade. Chez les patients à haut degré immunitaire, l'absence de foyer de nécrose est habituelle à l'inverse des patients à statut immunitaire faible où la nécrose domine (2). Les diagnostics différentiels sont la sarcoïdose, la syphilis, sans oublier le granulome sur corps étranger (5,16).

Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments épidémiologiques, cliniques, biologiques et anatomopathologiques. Le contage tuberculeux, les antécédents d'une tuberculose ancienne, l'IDR à la tuberculine, la radiographie du thorax, la recherche de BK par examen direct, culture ou amplification génique (10,12,19) et l'examen anatomopathologique quand il est possible apportent des arguments pour étayer le diagnostic. Le bilan d'extension de la maladie est obligatoire, notamment l'examen de l'œil à la recherche d'uvéïte, de vascularite, d'œdème maculaire (4,9,14,17,18). Un examen général est nécessaire.

Le traitement de cette affection fait appel à une chimiothérapie anti-tuberculeuse comprenant l'isoniazide, rifampicine et pyrazinamide. Certains auteurs (6) ajoutent l'éthambutol qui semble être efficace sur les formes résistantes. La surveillance des effets secondaires du traitement sera toujours de mise, notamment l'état du foie et des fonctions visuelles.

CONCLUSION

La tuberculose palpébrale primaire est une affection extrêmement rare. Elle doit toujours faire rechercher une autre localisation associée ou un traumatisme palpébral expliquant une possible inoculation. Sa présentation clinique est polymorphe, variant de l'aspect de faux chalazion à l'aspect de lupus vulgaire. Seule une recherche attentive de BK ou la mise en évidence d'un granulome giganto-cellulaire avec nécrose caséuse sont le garant d'un diagnostic positif. Tout retard peut amener à des complications sérieuses palpébrales, oculaires ou générales.

REFERENCES

1. BEARE N.A., KUBLIN J.G., LEWIS D.K., SCHIJFFELEN M.J., PETERS R.P., JOAKI G., KUMWENDA J., ZIJLSTRA E.E. – Ocular disease in patients with tuberculosis and HIV presenting with fever in Africa. *Br J Ophthalmol.* 2002; 86:1076-9
 2. CHOWDHURY M.M., VARMA S., HOWELL S., HOLT P.J., STATHAMT B.N. – Facial cutaneous tuberculosis: an unusual presentation. *Clin Exp Dermatol.* 2000; 25: 48-50
 3. CUNNINGHAM E.T., RATHINAM S.R. – TB or not TB? The perennial question. *Br J Ophthalmol.* 2001; 85:127-129
 4. DEMIRCI H., SHIELDS C.L., SHIELDS J.A., EAGLE R.C. – Ocular tuberculosis masquerading as ocular tumors. *Surv Ophthalmol.* 2004, 49:78-89
 5. GAWKRODGER D.J., BURTON J.L., BURNS D.A., BREATHNACH S.M. – Mycobacterial infections. *Textbook of Dermatology*, 6th edn. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1998: 1181-1206.
 6. GRAHAM S.M., DALEY H.M., BANERJEE A., SALANIPONI F.M., HARRIES A.D. – Ethambutol in tuberculosis: time to reconsider? *Arch Dis Child.* 1998; 79: 274-8
 7. KAKAKHEL K.U., MOHAMMAD S. – Tuberculosis of the conjunctiva, eyelid, and periocular skin. *Pakist J Ophthalmol.* 1988; 4: 73-7
 8. KHANDPUR S., REDDY B.S. – Lupus vulgaris: unusual presentations over the face. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2003, 17, 706-10
 9. LYNN W.A., LIGHTMAN S. – The eye in systemic infection. *Lancet* 2004; 364: 1439-50
 10. MO J.S., STREILEIN J.W. – Analysis of immune privilege in eyes with mycobacteria tuberculosis adjuvant-induced uveitis. *Ocul Immunol Inflamm.* 2005, 13:139-147
 11. RAINA U.K., JAIN S., MONGA S., ARORA R., MEHTA D.K. – Tubercular preseptal cellulitis in children. *Ophthalmology* 2004; 111:291-296
 12. SAKAI J., MATSUZAWA S., USUI M., YANO I. – New diagnostic approach for ocular tuberculosis by ELISA using the cord factor as antigen. *Br J Ophthalmol.* 2001; 85:130-133
 13. SEHGAL V.N., SRIVASTAVA G., KHURANA V.K., SHARMA V.K., BHALLA P., BEOHAR P.C. – An appraisal of epidemiologic, clinical, bacteriologic, and immunologic parameters in cutaneous tuberculosis. *Int J Dermatol.* 1987; 26: 521-6
 14. SHEU S.J., SHYU J.S., CHEN L.M., CHEN Y.Y., CHIRN S.C., WANG J.S. – Ocular manifestations of tuberculosis. *Ophthalmology.* 2001; 108:1580-5
 15. SHUKLA B.V., SHETH K.J. – Koch's cutis: (A case report). *Ind J Ophthalmol* 1978; 26: 54-6
 16. TAPPEINER G., WOLFF K. – Tuberculosis and other mycobacterial infections. *Dermatology in General Medicine*, 4th edn. New York: McGraw-Hill, 1993: 2371-95.
 17. THOMPSON M.J., ALBERT D.M. – Ocular tuberculosis. *Arch. Ophthalmol.* 2005;123: 844-49.
 18. TORRES R.M., CALONGE M. – Macular edema as the only ocular finding of tuberculosis. *Am J Ophthalmol.* 2004; 138:1048-9
 19. VOSS L.M. – Management of tuberculosis in children. *J Paediatr Child Health.* 2000, 36, 530-53
-
- Correspondance et tirés à part:*
 Dr. Tarik BAHAA ALI
 Lotissement El Haddaouia Rue 4 N° 75
 Casablanca - MAROC
 e-mail: tbahaali@yahoo.fr