Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 1859-5138 Open access

Cas clinique

Abcès froid tuberculeux

Tuberculous cold abscess

MH Camara[1,2], L Camara[2], TH Diallo[2,] M Malamou[2], A Camara[2], ML Camara[2], S Camara[2], MGuirasy[2], S Keita[2]

Résumé

Introduction : Les abcès froids tuberculeux représentent une forme rare de tuberculose extra pulmonaire. Nous rapportons le cas d'un abcès froid tuberculeux au service de pneumophtisiologie d'hôpital national Ignace Deen Conakry.

Cas clinique : Monsieur M.S, 45 ans, ouvrier résident à COYAH (GUINEE), transféré en pneumologie pour grosse tuméfaction de la cuisse droite depuis deux mois. Sans antécédent particulier, apyrétique 37°6 C, 1m75 avec 67kg. La face antéro-interne de la cuisse présentait une volumineuse tuméfaction, molle, douloureuse à la palpation, non adhèrent au plan profond. Le reste de l'examen était normal. La radiographie dorsolombaire et du bassin montrait un aspect opaque et épaissi des parties molles péri-articulaires droites. La sérologie VIH était négative. Le diagnostic d'abcès froid cutané tuberculeux était retenu par la positivité des BAAR dans le pus de ponction (GeneXpert). Le Patient a été mis sous anti-tuberculeux et transféré en chirurgie pour la mise à plat chirurgical de l'abcès. Après (06) mois le patient était guéri avec disparition complète de l'abcès.

Conclusion L'abcès froid tuberculeux est une forme rare de tuberculose extra pulmonaire. A suspecter dans une région à forte endémicité de tuberculose devant toute tuméfaction cutanée froide d'évolution chronique. Son traitement reste cependant chirurgical par drainage du pus et médical basée sur les antituberculeux afin d'éviter les complications.

Mots-clés : Abcès froid, tuberculose, Ignace Deen, Conakry.

Abstract

Introduction: Tuberculous cold abscesses represent a rare form of extrapulmonary tuberculosis. We report the case of a cold tuberculous abscess to the pneumophthisiology department of Ignace Deen Conakry national hospital.

Clinical case: Mr. M.S, 45 years old, worker resident in COYAH (GUINEA), transferred to pulmonology for large swelling of the right thigh for two months. No particular history, afebrile 37°6 C, 1m75 with 67kg. The antero-internal aspect of the thigh presented a large swelling, soft, painful on palpation, not adhering to the deep plane. The remainder of the examination was normal. The thoracolumbar and pelvis radiograph showed an opaque and thickened appearance of the

right peri-articular soft tissues. HIV serology was negative. The diagnosis of cold tuberculous cutaneous abscess was made by the positivity of AFB in the puncture pus (GeneXpert). The Patient was put on anti-tuberculosis drugs and transferred to surgery for surgical removal of the abscess. After (06) months the patient was cured with complete disappearance of the abscess.

Conclusion: Tuberculous cold abscess is a rare form of extrapulmonary tuberculosis. To be suspected in a region with a high endemicity of tuberculosis in the face of any chronic cold skin swelling. However, its treatment remains surgical by drainage of pus and medical based on anti-tuberculosis drugs in order to avoid complications.

Keywords: Cold abscess, tuberculosis, Ignace Deen, Conakry.

Introduction

Les abcès froids doivent conduire à des examens cliniques et paracliniques exhaustifs et répétés, afin de ne pas méconnaître une origine infectieuse [1]. Les abcès froids tuberculeux représentent une forme rare et inhabituelle de tuberculose extra pulmonaire et représentent 1% des formes de tuberculose [2]. Le diagnostic de la tuberculose cutanée est souvent rendu difficile en raison du faible rendement bactériologique et repose parfois sur des critères présomptifs [3]. La miliaire tuberculeuse correspond à la dissémination hématogène du Mycobacterium tuberculosis à un grand nombre d'organes. Cette dissémination est en rapport avec l'effraction d'un foyer caséeux initial, réservoir du germe, dans le système circulatoire [4] . Nous rapportons le cas d'un gros abcès froid tuberculeux localisé au niveau de la cuisse droite au service de pneumophtisiologie d'hôpital national Ignace Deen Conakry.

Cas clinique

Monsieur M.S âgé de 45 ans ouvrier, résident à COYAH (GUINEE), admis en consultation de pneumologie pour une grosse tuméfaction du membre inférieur droit avec sciatalgie et fourmillements depuis deux mois. Sans antécédent particulier. A L'examen clinique le patient était apyrétique 37°6 C, une Taille 1m75 avec un poids de 67kg. La face antéro-interne de la cuisse droite était déformée par une volumineuse tuméfaction mesurant 15 cm au grand axe et 10 cm au petit axe arrivant jusqu'à la fosse iliaque droite, de consistance molle, douloureuse à la palpation, non adhèrent au plan profond et sans chaleur (figure 1). Le reste de l'examen était normal. La radiographie du bassin montrait un aspect opaque et épaissi des parties molles péri-articulaires droites avec déviation des liserés graisseux (figure 2). Les micronodules disséminés aux champs pulmonaires au telethorax de face (figure 4). Une anémie à 10.5g/L avec une leucocytose normale à 5000Giga/l, une vitesse de sédimentation accélérée 65 mm la première heure et une protéine C réactive à 75,9 mg/l à la biologie. La sérologie VIH était négative. La ponction de la tumeur était purulente et positive à la recherche du complexe mycobacterium tuberculosis par la technique PCR (Genexpert). La recherche des BAAR dans les crachats était négative. Le diagnostic d'abcès froid de la cuisse droite associé à la miliaire pulmonaire était retenu. Le patient avait été mis au traitement anti-tuberculeux pour (06) six mois directement selon le protocole (2RHZE/4RH) le 17/09/2023 et transféré en chirurgie générale pour drainage chirurgical. Une ponction dirigée manuellement avait été réalisée au niveau de scarpa de bissac et permis la mise en place d'un drain aspiratif qui a ramené 1,5 l de pus (figure 3). Apres (06) mois de traitement le patient était guéri avec disparition complète de l'abcès et un gain pondérale de 8kg.



A) Vue de Profil B) Vue de Face

Figure 1 : Abcès antéro-interne de la racine de la cuisse droite, mesurant 15cm au grand axe et 10 cm au petit axe arrivant jusqu'à la fosse iliaque droite.

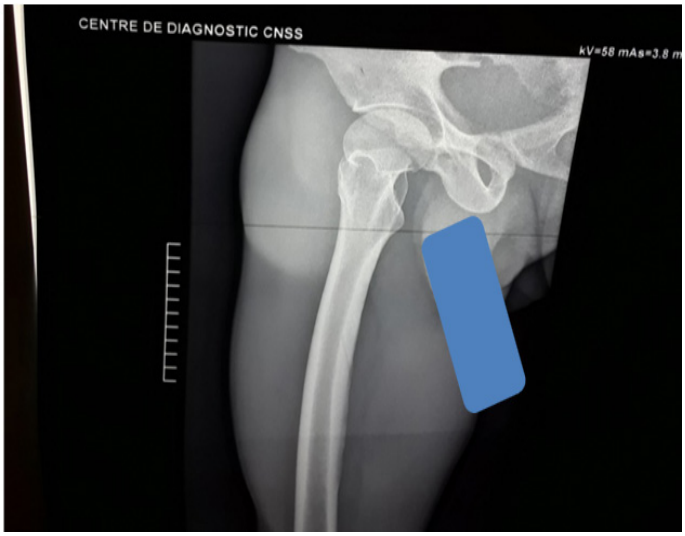


Figure 2 : La radiographie du bassin face

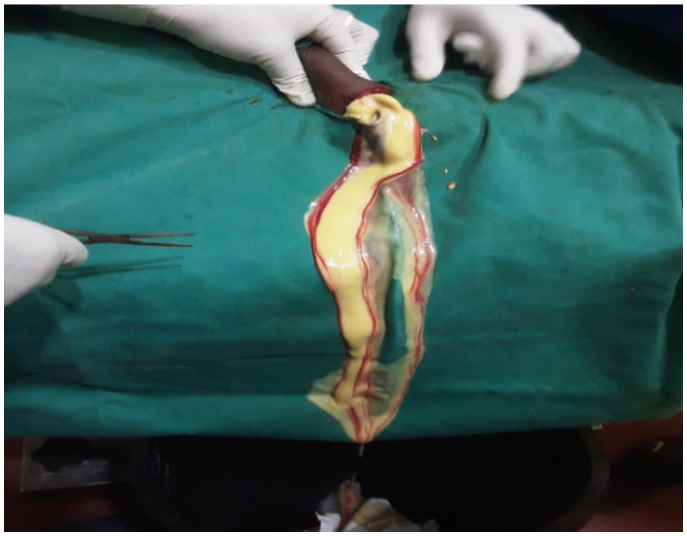


Figure 3 : Une ponction dirigée manuellement au niveau de scarpa

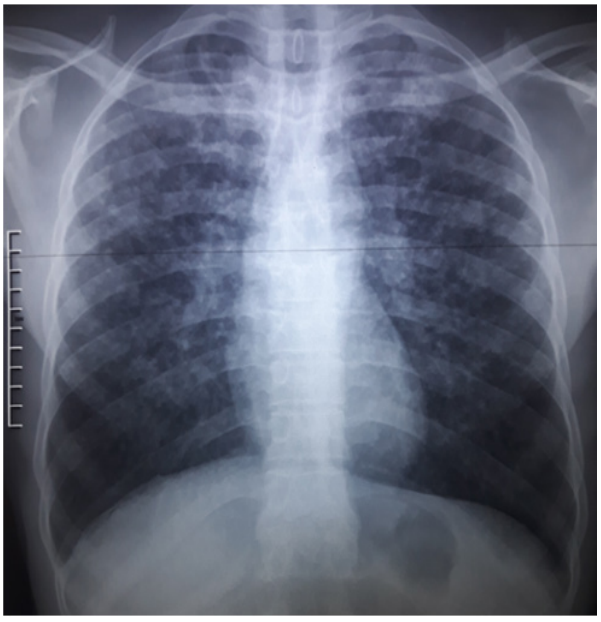


Figure 4 : Radiographie pulmonaire montrant des micronodules disséminés aux champs pulmonaires.

Discussion

La tuberculose peut atteindre tous les organes. L'abcès froid tuberculeux représente une forme rare et inhabituelle de tuberculose extra-pulmonaire 1 % [2 ; 5]. Le plus souvent, il est étudié dans le cadre des manifestations cliniques de la tuberculose ostéo-articulaire de la hanche [6]. La tuberculose rachidienne peut s'étendre aux structures adjacentes péri-vertébrales sous forme d'abcès froids des parties molles clinique ou radiologique dans 41 à 86% de cas [7]. L'abcès se développe dans l'espace rétro

pharyngé au niveau du rachis cervical, dans la gaine du psoas et/ou dans le triangle de Scarpa au niveau du rachis lombaire, dans la fesse ou dans le petit bassin dans les localisations sacrées [2]. Dans notre observation nous avons un abcès froid au niveau antéro-interne de la racine de la cuisse droite. Le début est souvent insidieux entraînant un retard de diagnostic [6]. La phase d'état est marquée par une tuméfaction des parties molles réalisant un abcès froid de volume variable [6]. Dans notre cas la tuméfaction était volumineuse mesurant 15 cm au grand axe et 10 cm au petit axe arrivant jusqu'à la fosse iliaque droite. Une douleur de la hanche et des limitations de mouvement peuvent s'associer, la fistulisation est la conséquence d'une évolution tardive [6 ; 7]. L'état général peut être altéré ou conservé et l'existence d'une amyotrophie de la cuisse est variable [6 ; 7]. En revanche dans notre étude, l'état général était conservé, la tuméfaction de consistance molle, non fistulisée, douloureuse à la palpation associée à des sciatalgies et fourmillements. La miliaire froide est un semis de petites opacités punctiformes de la taille d'un « grain de mil » arrondies et peu denses, uniformément et systématiquement réparties dans les deux champs pulmonaires survenant dans un contexte apyrétique [8]; comme dans notre cas. Sur le plan biologique la vitesse de sédimentation et la numération formule sanguine sont habituellement normales [6]; contrairement dans notre étude la vitesse de sédimentation était accélérée à 65 mm à la première heure. La confirmation diagnostique repose sur l'identification dans le liquide de ponction d'un bacille acidoalcooloresistant (BAAR) à l'examen direct après coloration de Ziehl-Neelsen. Cependant, cet examen peut être négatif, nécessitant la mise en culture sur milieu de Lowenstein-Jensen. L'étude bactériologique a l'inconvénient de nécessiter un long délai. L'étude anatomopathologique de la paroi de l'abcès ou d'adénopathies satellites permet de retrouver le classique granulome epitheliogigantocellulaire avec une nécrose caséeuse, pathognomonique de la tuberculose [9]. Dans notre étude la recherche du complexe mycobacterium tuberculosis sur le prélèvement était positive par la technique PCR (Gene-xpert) dans le pus de l'abcès. Le traitement chirurgical est basé sur le drainage et la résection de la poche de l'abcès avec un lavage abondant ou des ponctions à répétitions [8]. Dans notre cas nous avions procédé à un drainage chirurgical avec la mise en place d'un drain aspiratif qui avait ramené 1,5 litre de pus. Le traitement médical était à base d'anti tuberculeux par l'association de 4 médicaments à la phase initiale deux mois (Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide et ethambutol) et 2 médicaments à la phase d'entretien (Rifampicine et isoniazide) quatre mois dans notre étude, contrairement aux plusieurs autres études [8-10]. L'évolution était favorable, attestée par des critères cliniques, biologiques et radiologiques de guérison.

Conclusion

L'abcès froid cutané tuberculeux est une forme rare de tuberculose extra pulmonaire. A suspecter dans une zone à forte endémicité de tuberculose devant toute tuméfaction cutanée froide d'évolution chronique. Son traitement reste cependant chirurgical par drainage du pus et médical basée sur les antituberculeux afin d'éviter l'évolution vers les complications.

***Correspondance**

Mamadou Hawa Camara

camakams@gmail.com

Disponible en ligne : 12 Décembre 2023

1 : Université Gamal Abdel Nasser Conakry, Faculté des sciences et techniques de la santé.
2 : Hôpital national Ignace Deen Conakry.

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2023

Conflit d'intérêt : Aucun

Pour citer cet article :

MH Camara, L Camara, TH Diallo, M Malamou, A Camara, ML Camara et al. Abcès froid tuberculeux. Jaccr Africa 2023; 7(4): 324-328

Références

[1] EPoisnel , F Janvier, V Pangnarind, F Villetard-Gutierrez, E Jammot, A Cambon, et al. Abcès froids multiples récidivants: se souvenir du «mal royal»! Rev Médecine Interne. 2016;37:A167.

[2] KJE Kouassi, LB Yao, BJLN Sery, KI M'bra, KL Krah, GF Lohourou, et al. Abcès froid dorsolombaire révélant un mal de Pott. Pan Afr Med J. 2017;27(1). https://doi.org/10.11604%2Fpamj.2017.27.2.11174

[3] A Deh, BA Diatta, S Diadie, AM Gaye, K Diop, N Ndour, et al. Une histoire de fesse: cas d'une tuberculose gommeuse de la fesse chez un adulte immunocompétent. Pan Afr Med J. 2020;37:390. https://doi.org/10.11604%2Fpamj.2020.37.390.26223

[4] M Benzarti, M Jerray, J Souissi, A Hayouni, A Garrouche, N Klabi. Abcès cérébraux au cours d'une miliaire tuberculeuse: à propos d'un cas et revue de la littérature [Case Report]. Int J Tuberc Lung Dis. 1997;1(5):477-81.

[5] K Elatiqi, N Zaghba, H Benjelloun, N Yassine. Les abcès froids tuberculeux. Rev Mal Respir. 2016;33:A165.

[6] M Chahbouni, I Eloukili, MO Lamrani, M Kharmaz , F Ismail, M Mahfoud, et al. Abcès tuberculeux de la face postérieure de la cuisse: à propos d'un cas. Pan Afr Med J. 2014;19(1).

[7] YP Djaja, P Phedy, J Silitonga, D Librianto, I Saleh. Submuscular gluteal abcess: An unusual presentation of rare sacral tuberculosis. Int J Surg Case Rep. 2019;54:55-9.

[8] S Maiouak, H Benjelloun, N Zaghba, N Yassine, A Bakhatar, A Bahlaoui. La miliaire froide. Rev Mal Respir. 2015;32:A188-9.

[9] A Benhammou, R Bencheikh, MA Benbouzid, M Boulaich, L Essakali, M Kzadri. Abcès rétropharyngés révélant un mal de Pott cervical. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2007;108(6):543-6.