

## Tuberculose amygdalienne et ganglionnaire cervicale: à propos d'un cas



AHN Rakotoarisoa <sup>\*1</sup>, NP Ramarozatovo <sup>1</sup>  
RMJ Razafindrakoto <sup>1</sup>, J Andriatsoavinarivomanana <sup>1</sup>,  
F Tsitohery <sup>1</sup>, JAB Razafindrabe <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Service d'Oto-Rhino-Laryngologie, CHU d'Antananarivo, Madagascar

<sup>2</sup> Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale, CHU d'Antananarivo, Madagascar

### Résumé

Affection rare, la tuberculose amygdalienne se manifeste comme une angine traînante, évoluant dans un contexte d'impregnation tuberculeuse. Nous rapportons le cas d'une patiente de 50 ans chez laquelle était posée le diagnostic de tuberculose secondaire, amygdalienne et ganglionnaire cervicale. La clinique et la radiographie pulmonaire n'avaient pas orienté vers l'existence d'une localisation pulmonaire active. L'examen anatomopathologique des pièces de biopsie amygdalienne palatine et d'adénectomie cervicale avait permis de confirmer le diagnostic. Le traitement était basé sur la chimiothérapie antituberculeuse. Les caractères sémiologiques de ces localisations tuberculeuses particulières sont discutés.

**Mots-clés:** Adénopathie; Amygdale palatine; Anatomopathologie; Diagnostic; Tuberculose

### Palatal tonsil and neck lymph node tuberculosis. Report of a case

#### Summary

Tuberculosis of palatal tonsil is a rare disease. Its manifestations are similar of those seen in a sluggish angina which occurs in a context of tuberculous impregnation. The case of a 50 year-old female was reported here. She presented secondary tuberculosis involving palatal tonsil and neck lymph nodes. Clinical signs and chest x-ray didn't lead to active pulmonary tuberculosis location. Histological examination of biopsy excision samples from right palatal tonsil and lymph node obtained after cervical adenectomy confirmed the diagnosis. Treatment is mainly based on antituberculous chemotherapy. This study aims to emphasize the diagnosis criteria of these tuberculosis uncommon locations.

**Keywords:** Adenopathy; Diagnosis; Histology; Palatal tonsil; Tuberculosis

### Introduction

La tuberculose occasionne une morbidité importante dans les pays en développement mais il est noté une résurgence dans les pays développés notamment à cause de l'infection à VIH [1]. En ORL, la localisation amygdalienne est réputée rare [2], devancée de loin par la localisation laryngée et ganglionnaire cervicale. Nous rapportons dans cette étude un cas de tuberculose amygdalienne associée à une tuberculose ganglionnaire cervicale. Notre objectif est de mettre en relief les caractères sémiologiques de ces localisations tuberculeuses particulières.

### Observation

Il s'agissait d'une femme de ménage de 50 ans, adressée en consultation le 20 mars 2006 pour angine et polyadénopathie cervicale. Les symptômes avaient débuté quatre mois plus tôt avec odynophagie, halitose, voix nasonnée et tuméfaction sous-mentale. Ces symptômes avaient persisté malgré un traitement associant antibiotiques et anti-inflammatoires. Il y avait une altération de l'état général avec perte de 6kg en quatre mois, asthénie, anorexie et fièvre vespérale. La patiente ne présentait pas de toux, ni d'expectoration, ni d'hémoptysie. Il y avait une notion de contact avec un membre de sa famille, tuberculeux pulmonaire. L'examen physique avait mis en évidence des amygdales palatines inflammatoires avec une ulcération à fond nécrotique, non hémorragique du côté droit (Figure 1).



Fig. 1: Amygdale palatine droite présentant une ulcération à fond nécrotique

Il existait des adénopathies latéro-cervicales bilatérales, mesurant de 2 à 5cm, fermes, indolores, mobiles sur le plan profond mais adhérentes à la peau. L'hémogramme montrait une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles et une lymphocytose. La vitesse de sédimentation (VS) était augmentée à 65mm à la première heure. Les sérologies de la syphilis et du VIH étaient négatives. La radiographie pulmonaire était sans anomalie. Une biopsie de la lésion amygdalienne droite, ainsi qu'une adénectomie cervicale droite étaient effectuées. Les résultats de l'examen anatomopathologique de la biopsie amygdalienne et de la pièce d'adénectomie cervicale étaient identiques montrant une nécrose caséeuse et la présence de cellules géantes au sein de follicules granulomateux en faveur d'une tuberculose caséeuse (Figure 2).

\* Auteur correspondant

Adresse e-mail: [herylala1@yahoo.fr](mailto:herylala1@yahoo.fr) (AHN Rakotoarisoa).

<sup>1</sup> Adresse actuelle: Service d'Oto-Rhino-Laryngologie, CHU-JRA Ampiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

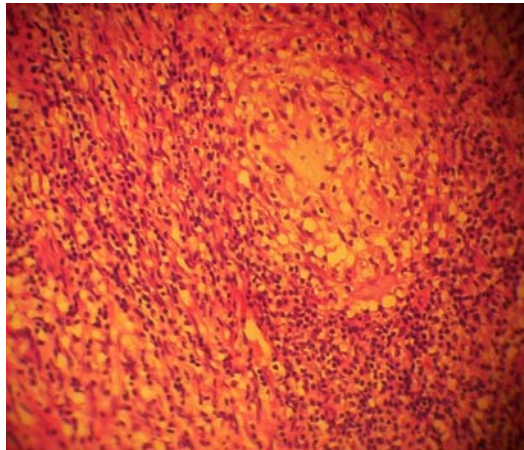


Fig. 2: Histologie: Tuberculose amygdalienne avec des follicules de Koester autour d'une plage de nécrose (Hématoxilline éosine x100)

Un traitement antituberculeux était prescrit selon le schéma en vigueur à Madagascar associant quatre antituberculeux (ethambutol, rifampicine, isoniazide et pyrazinamide) pendant deux mois et deux antituberculeux (isoniazide et thiacétazone) pendant six mois. L'évolution était favorable avec amélioration de l'état général et de la déglutition à la deuxième semaine, ainsi qu'une disparition de l'halitose. La patiente était déclarée guérie au terme du traitement, malgré la persistance d'une rhinolalie.

### Discussion

L'atteinte pulmonaire concerne 80% des cas de tuberculose. La localisation ganglionnaire cervicale prend la première place des localisations extra-pulmonaires [3,4]. La localisation amygdalienne est rare [2]. L'atteinte tuberculeuse du pharynx s'observe essentiellement entre 20 et 74 ans [5] avec une prédominance féminine (sex-ratio de 2/3) [6]. Il existe trois modes de contaminations: hémato-gène, lymphatique et aérienne. Les localisations amygdalienne et ganglionnaires associées comme dans le cas présenté dans ce travail, peuvent être considérées comme secondaires. Une primo-infection serait survenue probablement dans l'enfance. Le diagnostic est suspecté à la clinique. La dysphagie peut être importante [7] et elle résumait les plaintes de notre patiente, tandis que les signes d'imprégnation tuberculeuse étaient présents. Trois formes anatomo-cliniques peuvent être observées à l'examen de l'oropharynx [5,8]: la forme ulcéreuse chronique comme observée dans ce travail, la forme pseudonéoplasique et le "lymphome tuberculeux" (amygdale palatine hypertrophiée, pâle). Une intradermoréaction (IDR) à la tuberculine positive ou la présence de tubercules de Bouchut au fond d'œil ont une valeur d'orientation [6]. Dans cette étude, le diagnostic était évoqué par l'existence d'un

syndrome inflammatoire biologique avec une lymphocytose. La présence de lésion anatomopathologique spécifique et/ou la découverte du bacille tuberculeux [1] permet le diagnostic de certitude. La pratique d'une amygdalectomie d'emblée est discutable. Pour notre part, nous ne l'avions pas pratiquée devant la forte suspicion de lésion tuberculeuse. Les adénopathies cervicales associées s'observent dans 80-90% des cas et le contexte de tuberculose pulmonaire concomitante est rapporté par plusieurs auteurs [5,6]. En effet, il n'est pas rare de rencontrer d'autres atteintes associées: pulmonaire, ganglionnaire, génito-urinaire, digestive, neurologique ou encore ostéo-articulaire [5,7,9]. L'atteinte amygdalienne isolée est rare [2,3]. Devant la présence de lésion ulcérée se discute le diagnostic d'angine de Vincent, de chancre syphilitique, de cancer amygdalien, de leucose ou d'agranulocytose aiguë. Par ailleurs, une hypertrophie amygdalienne fait évoquer une amygdalite hypertrophique banale, un cancer, une amylose ou une sarcoïdose. Comme pour toute forme de tuberculose, le traitement de la tuberculose amygdalienne est médical. Outre la surveillance portant sur la tolérance et l'efficacité, il requiert une bonne observance de la part du patient [1]. L'évolution sous traitement est favorable dans la majorité des cas, avec disparition des symptômes et des lésions anatomiques. Toutefois des séquelles peuvent persister, comme ce qui était observé chez notre patiente, avec le nasonnement persistant témoin d'une atteinte vélaire [10].

### Références

- 1- API Consensus Expert Committee. API TB Consensus Guidelines 2006: Management of pulmonary tuberculosis, extra-pulmonary tuberculosis and tuberculosis in special situations. *J Assoc Physicians India* 2006; 54: 219-34.
- 2- Sierra C, Fortún J, Barros C, Melcon E, Condes E, Cobo J, et al. Extra-laryngeal head and neck tuberculosis. *Clin Microbiol Infect* 2000; 6:644-8.
- 3- Menon K, Bem C, Gouldebrough D, Strachan DR. A clinical review of 128 cases of head and neck tuberculosis presenting over a 10-year period in Bradford, UK. *J Laryngol Otol* 2007; 121:362-8.
- 4- Talukder MS, Huq MH, Haque A, Sarker CB. Extrapulmonary tuberculosis in surgical specimens. *Mymensingh Med J* 2002; 11: 104-6. Erratum in: *Mymensingh Med J* 2003; 12:75.
- 5- Srirompotong S, Yimtae K, Srirompotong S. Clinical aspects of tonsillar tuberculosis. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2002; 33:147-50.
- 6- Lecointre F, Marandas P, Micheau C, Lacombe H, Schwaab G, Cachin Y. La tuberculose des muqueuses des VADS, étude clinique à propos de 37 cas suivis à l'IGR. *Ann Oto-Laryngol* 1980; 97: 423-33.
- 7- Anim JT, Dawlatly EE. Tuberculosis of the tonsil revisited. *West Afr J Med* 1991; 10:194-7.
- 8- Gulati A, Kaushik R, Sharma J. Primary tuberculosis of the tonsil masquerading as carcinoma. *Indian J Pathol Microbiol* 2006; 49:312-3.
- 9- Adiego MI, Millán J, Royo J, Domínguez L, Castellote MA, Alfonso JJ, et al. Unusual association of secondary tonsillar and cerebral tuberculosis. *J Laryngol Otol* 1994; 108:348-9.
- 10- Gupta N, Nuwal P, Gupta ML, Gupta RC, Dixit RK. Primary tuberculosis of soft palate. *Indian J Chest Dis Allied Sci* 2001;43:119-21.