

TUBERCULOSE PRIMAIRE DE LA CAVITÉ BUCCALE : À PROPOS D'UN CAS

Auteurs : Nomenjanahary L*, Randrianarimanarivo M*, Randrianjafisamindrakotroka NS*

*UPFR d'Anatomie et Cytologie Pathologiques de l' HU-JRA

Résumé

La tuberculose est une maladie infectieuse qui peut toucher tous les organes. La forme pulmonaire est la plus fréquente. La localisation primaire au niveau buccale est rare.

Dans cette étude, nous nous fixons comme objectif de déterminer les aspects cliniques et anatomocytopathologiques de la tuberculose primaire de la cavité buccale.

Nous rapportons le cas d'une femme de 70 ans vue en consultation pour une tumeur de la cavité buccale. L'état général était bon. L'examen de la cavité buccale permettait d'observer une tuméfaction ulcérée du palais, non saignante, et présentant un fond blanchâtre érythémateux. Une tumeur maligne a été suspectée. L'examen des autres appareils étaient normaux. Une biopsie palatine a été réalisée. L'histopathologie objectivait une muqueuse de type endobuccale avec un épithélium focalement ulcéré, mais dépourvu d'atypies cytonucléaires. Le chorion était le siège des granulomes inflammatoires, composés de cellules épithélioïdes, et de cellules géantes de type Langhans. Ces granulomes étaient souvent centrés par de la nécrose caséuse. Le diagnostic retenu était une tuberculose caséo-folliculaire de la cavité buccale. La patiente a reçu un traitement anti-tuberculeux selon le protocole du Programme National de Lutte contre la Tuberculose, et présentait une bonne amélioration clinique après deux mois de contrôle.

La tuberculose primaire de la cavité buccale est rare. Devant des lésions buccales traînantes, elle devrait être suspectée. L'examen anatomopathologique est la clé du diagnostic, afin de pouvoir mener une prise en charge correcte.

Mots-clés : biopsie, examen anatomopathologique, tuberculose

Abstract

Tuberculosis is an infectious disease that can affect all organs. The pulmonary form is the most frequent. Primary localization in the mouth is rare.

In this study, we aim to determine the clinical and anatomic-pathological aspects of primary tuberculosis of the oral cavity.

We report the case of a 70-year-old woman seen in consultation for a tumor of the oral cavity. The general condition was good. On examination of the oral cavity, an ulcerated swelling of the palate was observed, not bleeding, and presenting a whitish erythematous background. A malignant tumor was suspected. Examination of the other apparatus was normal. A palatal biopsy was performed. Histopathology showed an endobuccal mucosa with a focally ulcerated epithelium, but without cytonuclear atypia. The chorion was the site of inflammatory granulomas, composed of epithelioid cells and Langhans-type giant cells. These granulomas were often centered by caseous necrosis. The diagnosis was caseous-follicular tuberculosis of the oral cavity. The patient received anti-tuberculosis treatment according to the protocol of the National Tuberculosis Control Program, and presented a good clinical improvement after two months of control.

Primary tuberculosis of the oral cavity is rare. In front of lingering oral lesions, it should be suspected. Anatomopathological examination is the key to the diagnosis, in order to carry out a correct management.

Keywords: *biopsy, pathological examination, tuberculosis*

INTRODUCTION

La tuberculose est une infection granulomateuse chronique due à *Mycobacterium tuberculosis*. Elle est la deuxième cause mondiale de décès par infection. L'Organisation Mondiale de la Santé a signalé une incidence de 9,6 millions de cas de tuberculose dans le monde en 2014, touchant principalement les pays d'Asie du sud-est, le pacifique occidental, et l'Afrique [1]. Cette affection touche le plus souvent les poumons ; cependant elle peut affecter de nombreux organes et se manifeste initialement par des symptômes extra-pulmonaires [2]. La tuberculose de la cavité

buccale est une maladie rare avec une incidence de 0,5 à 1,5% [3]. Elle présente un polymorphisme clinique qui pose un problème de diagnostic. L'examen anatomopathologique a un rôle important, permettant de préciser la nature tuberculeuse des lésions.

Cet article rapporte un cas de tuméfaction ulcérée du palais, diagnostiquée tuberculose primitive buccale. À travers cette observation, nous nous proposons de préciser les modalités cliniques et les moyens de diagnostic de la tuberculose de la cavité buccale.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une femme de 70 ans, en bon état générale, vue en consultation pour une tumeur de la cavité buccale. L'examen de la cavité buccale permettait d'observer une tuméfaction ulcérée du palais, non saignante, et présentant un fond blanchâtre érythémateux, faisant suspecter une tumeur maligne. Les autres appareils étaient normaux. Les bilans biologiques montraient que la patiente présentait un syndrome inflammatoire chronique. Les bilans d'extension étaient négatifs, en particulier la radiographie du thorax qui était normale. Une biopsie du palais a été réalisée et la pièce a été envoyée au service d'anatomopathologie pour confirmation ou infirmation du diagnostic. L'examen macroscopique montrait deux fragments blanchâtres, sans particularités, avec respectivement un grand axe de 0,8 cm et 1,5 cm.

L'examen microscopique objectivait une muqueuse de type endobuccale. L'épithélium était focalement ulcéré, mais dépourvu d'atypies cytonucléaires. Le chorion était le siège des granulomes inflammatoires, composés de cellules épithélioïdes, et de cellules géantes de type Langhans. Ces granulomes étaient souvent centrés par de la nécrose caséuse.

Ainsi, le diagnostic retenu était une tuberculose caséo-folliculaire de la cavité buccale.

Des bilans à la recherche d'une tuberculose pulmonaire et viscérale, ainsi que d'une immunodépression associée notamment une sérologie VIH étaient négatifs.

La patiente a reçu un traitement anti-tuberculeux selon le protocole du Programme National de Lutte

contre la Tuberculose, et présentait une bonne amélioration clinique après deux mois de contrôle.

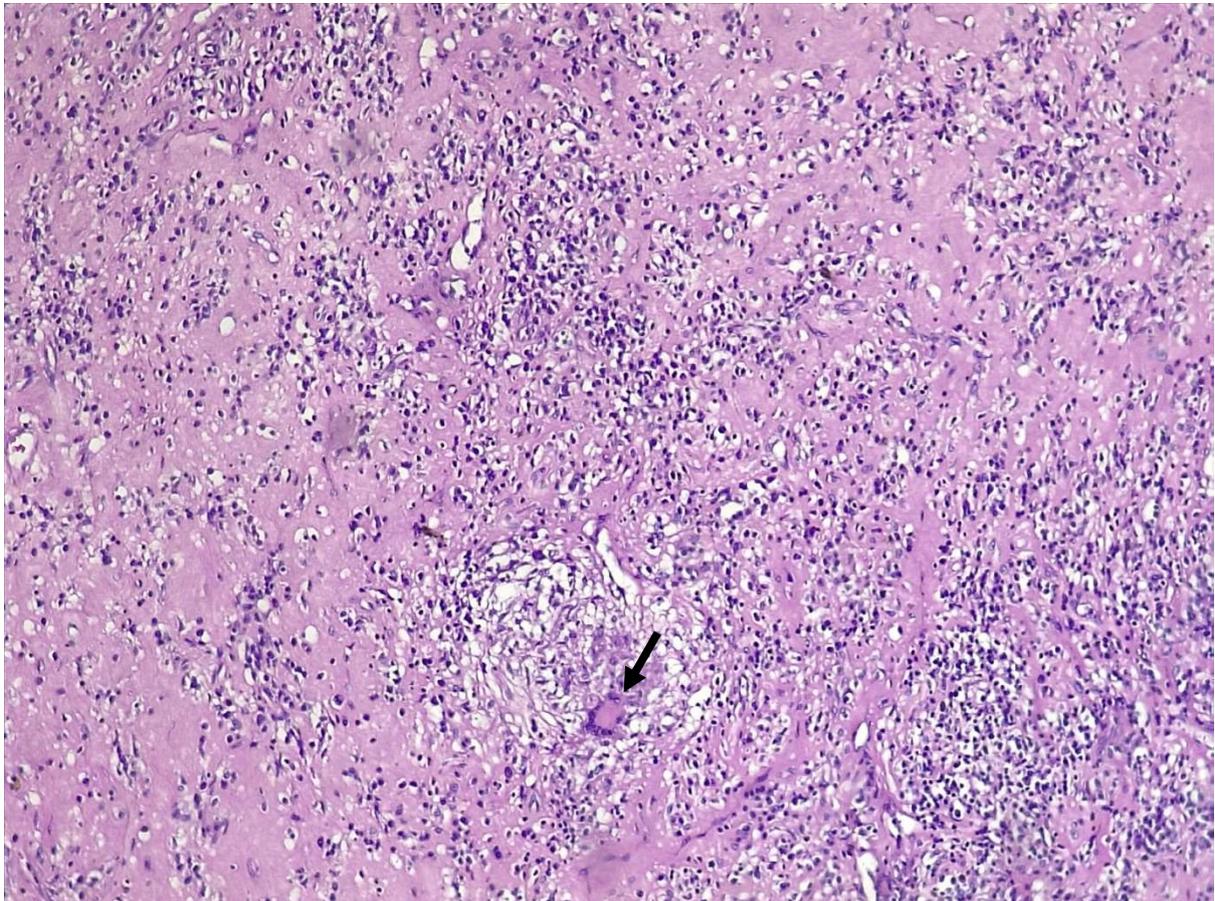


Figure : Microphotographie du palais ulcéré, montrant un début de nécrose caséuse et une cellule géante de type Langhans (flèche noire). Grossissement X200. Coloration HE

Source : UPFR Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU-JRA

DISCUSSION

La tuberculose de la cavité buccale est une maladie extrêmement rare avec une incidence de 0,5 à 1,5% [3]. En raison de sa rareté, il y a peu de littérature sur cette affection, et la plupart des études se présentent sous la forme de petites séries de cas [3-7].

En effet, la cavité buccale est non propice à l'inoculation des mycobactéries, du fait de la propriété inhibitrice de la salive [4]. De plus,

l'épithélium de la muqueuse buccale est une barrière naturelle à l'infection [4]. Les traumatismes de la muqueuse sont les voies servant de facteur prédisposant de l'inoculation des mycobactéries dans les formes primaires. Ceci peut être favorisée par une mauvaise hygiène bucco-dentaire, le tabagisme, l'inflammation de la muqueuse buccale ou une extraction dentaire [6]. Pour les cas secondaires à une atteinte pulmonaire,

les plus rapportés dans la littérature [2-4, 8], le bacille tuberculeux gagne la muqueuse buccale par les crachats émis lors de la toux ou par voie hémotogène [2, 5]. Il existe aussi des terrains favorables à l'infection tuberculeuse, qui sont en rapport avec l'immunodéficience. Les patients vivants avec le virus de l'immunodéficience, la carence en vitamine D, la silicose, la maladie rénale en phase terminale, les diabétiques, les fumeurs, les alcooliques, et les patients sous traitement corticoïdes sont tous à grand risque [9].

La localisation était le palais pour notre cas. Toutes les parties de la cavité buccale peuvent être touchées; mais souvent, le palais, la langue, le plancher, la gencive, et les lèvres sont les plus intéressés [4].

Cliniquement, notre patiente présentait une tuméfaction ulcérée du palais. C'est le signe le plus rapporté par les auteurs dans la littérature. Il peut être associé à l'odynophagie, la dysphonie, l'halitose, et la salivation excessive [4].

Ces manifestations cliniques sont non spécifiques. Outre la tuberculose, l'ulcération peut faire évoquer une tumeur maligne (carcinome épidermoïde, lymphomes), une infection bactérienne (syphilis), une infection virale (cytomégalovirus, VIH), une infection mycosique (histoplasme), une maladie de système (maladie de Behçet, sarcoïdose, maladie de Wegener), une ulcération aphtoïde ou une ulcération traumatique [2]. La détermination de ces diagnostics différentielle est influencée par l'âge, le genre, l'antécédent médical, et le mode de vie. Mais, la clinique seule

ne peut pas déterminer le diagnostic. D'où l'intérêt des examens paracliniques.

Le diagnostic de certitude de la tuberculose repose sur l'identification de la mycobactérie par un examen bactériologique direct, ou par culture sur milieu spécialisée, ou par « *polymerase chain reaction* » (PCR) [8]. Ces examens n'étaient pas réalisés pour notre patient, de même pour la plupart des cas rapportés dans la littérature [3-8], car la tuberculose n'était pas suspectée.

Dans tous les cas, la biopsie pour examen anatomopathologique était le moyen utilisé pour la recherche de diagnostic. Cet examen est performant pour le diagnostic de la tuberculose. Il est aussi essentielle pour écarter une néoplasie et d'autres causes de lésions granulomateuses suscitées.

En microscopie optique, la lésion tuberculeuse se présente sous forme d'un granulome inflammatoire chronique. Les granulomes épithélioïdes, les cellules géantes de types Langhans, et la nécrose caséuse sont les triades pathognomoniques pour le diagnostic [10, 11]. C'était le cas de notre patiente, et la plupart des cas dans la littérature. Toutefois, pour les granulomes tuberculeux ne comportant pas de nécrose caséuse, le diagnostic est incertain. De ce fait, le pathologiste aura recours à la recherche des mycobactéries par la coloration spéciale [4, 11, 12]. L'histochimie à la coloration de Ziehl-Neelsen a une sensibilité de 72,7 % [13, 14]. Il est aussi possible de faire un examen PCR sur prélèvement tissulaire traité avec du paraffine [13].

Le traitement des tuberculoses extra-pulmonaires est la même que pour la tuberculose pulmonaire. C'est un protocole de deux mois de rifampicine, isoniazide, pyrazinamide et ethambutol, puis quatre à six mois de rifampicine et d'ethambutol [15]. Cette étude permet de souligner l'importance, pour les médecins, d'être conscient des rares

manifestations de la tuberculose. Penser à la tuberculose comme diagnostic différentiel devant une lésion buccale chronique peut nous conduire à un diagnostic précis et une prise en charge plus précoce.

CONCLUSION

La tuberculose de la cavité buccale est une affection rare mais non négligeable. Elle n'est pas souvent suspectée par les médecins devant une lésion chronique, alors qu'une prise en charge précoce permet d'empêcher l'aggravation et la propagation de la maladie. L'anatomopathologie

tient une place importante dans son diagnostic. Dans la majorité des cas, la technique histopathologique standard suffit pour diagnostiquer la tuberculose extrapulmonaire, mais quelques fois, on a recours à la coloration spéciale ou un PCR .

RÉFÉRENCES

- 1- World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2014. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2014.
- 2- Vidal M, Delevaux I, André M, Marroun I, Gavet F, Voinchet H, Palat S, Kintossou R, Gilain L, Aumaître O. Tuberculose disséminée révélée par une localisation linguale. *Rev Med Int* 2007;28:124-6.
- 3- Krawiecka E, Szponar E. "Tuberculosis of the oral cavity: an uncommon but still a live issue. *Postepy Dermatologii i Alergologii*, 2015. 32 (4); 302– 6.
- 4- Kakisi OK, Kechagia AS, Kakisis IK, Rafailidis PI, Falagas ME. Tuberculosis of the oral cavity: a systematic review. *Eur J Oral Sci* 2010;118:1-9.
- 5- Rodrigues G, Carnelio S, Valliathan M. Primary isolated gingival tuberculosis. *Braz J Infect Dis* 2007;11:172-3.
- 6- Iype EM, Ramdas K, Pandey M, Jayasree K, Thomas G, Sebastian P, Nair MK . Primary tuberculosis of the tongue: report of three cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2001;39:402-3.
- 7- Stambouli OB, Mahi I. Tuberculose palatine : une localisation rare à ne pas méconnaître. *Ann Der Ven*, 2018. 145 (4), p 28.

- 8- Yamamoto K, Iwata F, Nakamura A, Iwashima Y, Miyaki T, Yamada H, et al. Tonsillar tuberculosis associated with pulmonary and laryngeal foci. *Intern Med.* 2002; 41: 664 - 6.
- 9- S. D. Lawn and A. I. Zumla, "Tuberculosis," *The Lancet*, vol. 378, no. 9785, pp. 57–72, 2011.
- 10- Volkman HE, Pozos TC, Zheng J, Davis JM, Rawls JF, Ramakrishnan L. Tuberculous granuloma induction via interaction of a bacterial secreted protein with host epithelium. *Science.* 2010;327: 466- 9.
- 11- Popescu MR, Plesea IE, Olaru M, et al. Morphological aspects in tuberculosis of oral cavity—our experience and a review of the literature attempt. *Rom J Morphol Embryol.* 2015;56 : 967-87.
- 12- Wang WC, Chen JY, Chen YK, Lin LM. Tuberculosis of the head and neck: a review of 20 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009; 107: 381-6.
- 13- Raslan WF, Rabaan A, Al-Tawfiq JA. The predictive value of Gen-Probe's amplified Mycobacterium tuberculosis direct test compared with culturing in paraffin-embedded lymph node tissue exhibiting granulomatous inflammation and negative acid fast stain. *J Infect Public Health.* 2014;7:251- 6.
- 14- Ju W, Fu Y, Liu Y, Tan Y, Dong M, Wang L, et al. Clinical and pathologic analyses of tuberculosis in the oral cavity: report of 11 cases. *Oral Surgery oral medicine oral pathology oral radiology* 2018; 125: 44-51.
- 15- Horsburgh CR, Barry CE, Lange C. Treatment of tuberculosis. *The New England Journal of Medicine.* 2015; 373(22) : 2149–60.