

FAIT CLINIQUE

OSTEITE FRONTALE TUBERCULEUSE REVELANT UNE TUBERCULOSE MULTIFOCALE.

NJOCK L.R.¹; ELLONG A.²; MVOUNI O.S.³; NDJOLO A.²; BENGONO G.²

(Manuscript N° A22. Received 13 January 2006. Accepted in revised form 20 February 2006) Clin Mother Child Health 2006; Vol 3, N° 1: 505-507

RESUME:

Nous rapportons un cas d'ostéite frontale tuberculeuse chez une patiente de 4 ans dont la sérologie VIH est négative. La découverte a été faite devant un retard de cicatrisation d'une plaie frontale iatrogène. Le bilan révèle une atteinte vertébrale et pulmonaire associée. L'amélioration a été bonne sous traitement médical avec un geste chirurgical de débridement osseux frontal.

MOTS CLES: Tuberculose – Crâne - Mal de Pott - Miliare pulmonaire.

CALVARIAL TUBERCULOSIS WITH POTT'S DISEASE AND PULMONARY LOCALISATION.

SUMMARY:

The authors report a case of frontal bone tuberculosis in a young 4 year old female patient. This patient was HIV negative. The diagnosis was made in a context of persistent frontal sinus ulceration. CT scan suspected an associated Pott's disease and a pulmonary localisation on chest X-ray. Medical treatment and surgical excision of the frontal bone gave satisfactory results.

KEY WORDS: Tuberculosis - Cranial bone - Pott's disease - Pulmonary tuberculosis.

I- INTRODUCTION

La tuberculose est en recrudescence dans la région sub-saharienne à cause de la pathologie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Cependant certaines localisations inhabituelles notamment crâniennes demeurent exceptionnelles et méritent d'être rapportées en raison de leur piège diagnostique. Nous présentons un cas d'ostéite frontale tuberculeuse de retard diagnostique évident associé à un mal de Pott et à une miliare tuberculeuse.

II- OBSERVATION:

Enfant M.L. de sexe féminin, âgé de 4 ans amenée en consultation au service ORL de l'Hôpital Général de Douala pour une plaie frontale avec perte de substance osseuse en regard du sinus frontal.

Elle avait présenté un an auparavant une bosse frontale qui avait motivé une consultation dans un centre de pédiatrie où une incision faite avait rapporté du pus dans un contexte non fébrile et la patiente avait été mise sous amoxicilline. L'évolution avait été émaillée par une absence de cicatrisation. Deux mois plus tard une consultation avait été entreprise dans un service d'ORL avec réalisation d'une biopsie et mise en route d'une antibiothérapie à base d'acide fusidique (Fucidine®), de soins locaux constitués par un méchage de la plaie et un nettoyage à la bétadine. La biopsie faite concluait en une atteinte inflammatoire non spécifique. Une fois de plus l'absence de cicatrisation avait été à l'origine d'une nouvelle consultation en chirurgie générale. La patiente avait subi sous anesthésie générale une excision large de la lésion associée à un curetage osseux sous couvert d'une antibiothérapie comportant l'ofloxacine (Oflozet®), la ceftriaxone (Oframax®), la lincomycine (Lincocine®), puis la céfixime (Oroken®). Devant l'absence d'amélioration, une nouvelle consultation avait été entreprise dans une clinique privée d'ORL. Un scanner réalisé avait objectivé une masse ethmoïdo-frontale droite avec lyse des parois osseuses. Quelques jours plus tard l'enfant avait développé une méningite traitée par la ceftazidime (Fortum®) et la lincomycine (Lincocine®). Après cet épisode l'enfant avait été admis au service de pédiatrie de l'Hôpital Général

¹ Service d'ORL ; Hôpital Général de Douala. B.P. 4856, Douala - Cameroun.

² Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Yaounde-Cameroun.

³ Service d'Oto-rhino-laryngologie, Hôpital Général de Douala-Cameroun.

Correspondances: NJOCK R., BP 4856 DOUALA, Cameroun. Email: rnjock@yahoo.fr

de Douala. L'interrogatoire avait révélé qu'il s'agissait du deuxième enfant d'une fratrie de deux née à la suite d'un accouchement difficile par forceps avec séjour en néo-natalogie. L'enfant avait ensuite présenté dans la petite enfance des convulsions hyperthermiques. L'examen clinique montrait un état général bon mais, l'existence d'une protusion des vertèbres cervicales. Le thorax était bombé avec une auscultation normale. L'abdomen était souple sans organomégalie. Une suspicion de tuberculose osseuse fut évoquée.

Le bilan biologique avait montré une numération formule sanguine (NFS) normale, un dosage de la C-reactive protein (CRP) qui était peu élevée, une sérologie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) négative. L'analyse des crachats à la recherche de bacilles acido-alcoolo-résistants (BAAR) était négative. La radiographie pulmonaire avait montré un syndrome interstitiel diffus type miliaire pulmonaire. L'examen tomodensitométrie (TDM) du crâne avait mis en évidence une lyse osseuse frontale associée à une opacité ethmoïdo-frontale (Figure 1) alors qu'au niveau du rachis un mal de Pott était découvert (Figure 2).

La patiente avait subi sous anesthésie générale une excision large des séquestres osseux avec réalisation de biopsies osseuses multiples et une exploration de la paroi postérieure du sinus frontal en double équipe ORL-neurochirurgicale. Le résultat des prélèvements biopsiques avait retenu le diagnostic de tuberculose osseuse. Un traitement antituberculeux comportant une quadrithérapie à base d'isoniazide (75mg/j), de rifampicine (300mg/j), d'ethambutol (500mg/j), et de pyrazinamide (750mg/j) avait été rapidement institué. L'évolution était favorable avec une cicatrisation de la plaie frontale, une tendance à la régression de la perte de substance osseuse et une normalisation des images pulmonaires et vertébrales après un an.

DISCUSSION

L'ostéite tuberculeuse de la voûte crânienne est rare, même dans les régions d'endémie tuberculeuse. Selon LASCAUT cette situation s'explique par la faible vascularisation de cette région [1]. RAUT et al, dans une méta-analyse de 42 cas trouve une localisation préférentielle au niveau de l'os pariétal (52,3%) devant l'os frontal [2]. Les zones frontales et pariétales étant plus riches en diploé. L'extension méningo-encéphalique est exceptionnelle et se retrouverait dans moins de 5% des cas [2]. Dans notre cas la patiente a développé une méningite spontanément résolutive sous ceftazidime (Fortum®) et lincomycine (Lincocine®) faisant penser à une infection bactérienne. L'intégrité de la paroi postérieure

du sinus frontal en per-opératoire conforte cette position. L'aspect typique au scanner est celui d'une lyse osseuse pure, avec des lacunes arrondies homogènes à contours réguliers de 1 à 2 mm. Mais pour RAUT et al, la radiographie standard peut être contributive au diagnostic en montrant une destruction osseuse focale avec des opacités en regard des tissus mous [2]. Le scanner est cependant nécessaire pour faire le bilan d'extension, évaluer le degré d'envahissement intracrânien et guider ainsi un geste chirurgical éventuel. La chirurgie n'étant indiquée qu'en cas de destruction osseuse massive. STONES publie deux cas d'ostéite tuberculeuse crânienne chez l'enfant [3]. La particularité de ces deux cas étant une atteinte vertébrale et pulmonaire associée. Dans l'un des cas la présentation a été au niveau crânien celle d'un abcès froid et dans l'autre, celle d'une tuméfaction orbito-crânienne. La tuberculose osseuse du crâne est souvent asymptomatique et rarement révélée par un abcès froid [1]. SHAHAT et al, publie deux cas dont la découverte a été faite devant une tuméfaction du crâne [4]. Nous rapportons un cas où la bosse frontale survenant en dehors de tout contexte traumatique avec absence de signes inflammatoires locaux bruyants aurait dû alerter et amener à la réalisation d'une radiographie standard qui aurait orienté le diagnostic. Par la suite le retard de cicatrisation observé aurait dû faire penser à une situation inhabituelle et faire suspecter une tuberculose. Cette évocation devant se faire dans notre environnement dans les autres localisations atypiques de la tuberculose. L'atteinte vertébrale est la localisation la plus fréquente de la tuberculose ostéo-articulaire qui reste cependant exceptionnelle avant l'âge de 12ans [5]. Elle justifie un bilan radiologique en cas de suspicion de tuberculose osseuse de la voûte crânienne. L'atteinte pulmonaire est souvent associée à un foyer crânien dans près de 85% des cas [6]. La cytoponction est souvent négative et au moindre doute il faut recourir à une biopsie. Le traitement qui associe un geste chirurgical visant à extirper les séquestres osseux, à un traitement médical offre les meilleures garanties de succès objectivables sur les radiographies de contrôle [2].

CONCLUSION

La rareté de l'ostéite tuberculeuse de la voûte crânienne ne doit pas occulter son existence. Elle doit être évoquée devant une tuméfaction non traumatique du crâne ou un abcès froid afin de raccourcir les délais diagnostiques et les complications endocrâniennes dramatiques. Le traitement médical éventuellement associé à la chirurgie est efficace ■

Figure 1- Lyse osseuse frontale étendue au massif ethmoïdal.

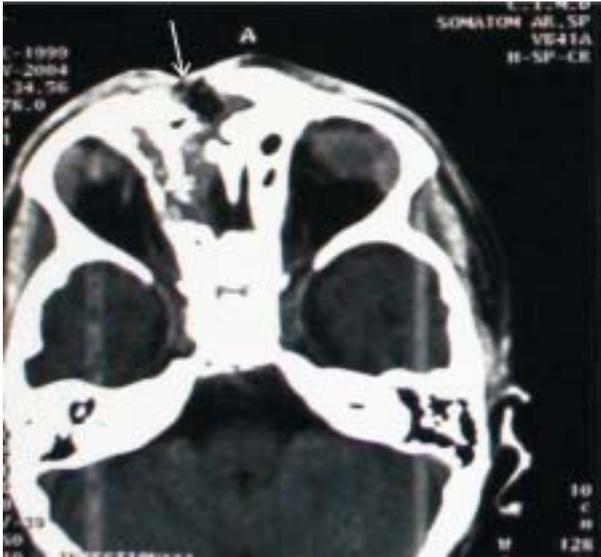


Figure 2- Atteinte vertébrale tuberculeuse (mal de Pott); aspect grignoté de la vertèbre.



REFERENCES:

1. Lascaut AS. Abscess froids sous-cutanés du crâne révélateur d'une tuberculose. *MT* 2001 ; 4,7:311-2.
2. Raut AA, Nagar AM, Muzumda P, Chawa AT, Narlavar RS. Imaging features of calvarial tuberculosis: a study of 42 cases. *Am J Neuroradiol* 2004; 25,3: 409-14.
3. Stones DK, Schoema CJ. Calvarial tuberculosis. *J Trop Pediatr* 2004, 50,6:361-4.
4. Shahat AH, Rahmannu, Obaideen AM, Ahmed I,

- Zahman A. Cranial-epidural tuberculosis presenting as a scalp swelling. *Surg Neurol* 2004; 61,5:464-7.
5. Ousehal A, Gharbi A, Zamiati W, Saidi A, Kadiri R. Imaging findings in 122 cases of Pott's disease. *Neurochirurgie* 2002 ; 48,5:409-18.
- Granier F, Ruben De Cervens V, Catrux S, Allio P, Tremolieres F, Bourgeois-Drouin C. Abscess froid du front avec extension intracrânienne révélateur d'une ostéite tuberculeuse du crâne. *Presse Med* 1997 ; 26 :467-70.