

L'ADÉNITE TUBERCULEUSE DE LA TÊTE ET DU COU : EFFICACITÉ DU TRAITEMENT MÉDICAL DANS UNE ZONE D'ENDÉMIE DE LA TUBERCULOSE ET DE L'INFECTION À VIH

HEAD AND NECK TUBERCULOUS LYMPHADENITIS: RESULTS OF CHEMOTHERAPY IN A TUBERCULOSIS AND HIV ENDEMIC AREA

BEOGO R¹, PODA A², OUEDRAOGO AS⁴, COULIBALY TA¹, ZOUBGA A³

1- Service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, CHU Sanou Souro, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

2- Service des maladies infectieuses, CHU Sanou Souro, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

3- Service de pneumologie et de phtisiologie, CHU Sanou Souro, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

4- Laboratoire de bactériologie et de virologie, CHU Sanou Souro, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Correspondance : Docteur BÉOGO Rasmané

Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale, CHU Sanou Souro,

01 BP 676 Bobo-Dioulasso 01, Burkina Faso, Email : rbeogo@yahoo.fr

RÉSUMÉ

L'utilisation d'anti-tuberculeux pendant six mois est actuellement recommandée dans le traitement de l'adénite tuberculeuse.

Une étude rétrospective est conduite pour évaluer l'efficacité du traitement de l'adénite tuberculeuse, de la tête et du cou, par quatre anti-tuberculeux, pendant six mois, dans une zone d'endémie de la tuberculose et de l'infection par le VIH, chez 108 patients.

Chez 88% des patients, l'évolution de l'adénite a été favorable. Neuf patients (8,3%) sont décédés et quatre patients (3,7%) ont présenté une persistance des adénopathies qui n'a pas nécessité de traitement. L'évolution de la maladie était significativement plus favorable chez les patients qui ne présentaient pas l'infection par le VIH ou la tuberculose pulmonaire ; $p = 0,003$.

Le protocole de six mois d'anti-tuberculeux est efficace dans le traitement de l'adénite tuberculeuse de la région de la tête et du cou. La tuberculose pulmonaire et l'infection par le VIH sont des facteurs de mauvais pronostic.

MOTS CLÉS : ADÉNOPATHIE ; TÊTE ET COU ; TUBERCULOSE ; VIH ; TRAITEMENT ANTI-TUBERCULEUX ; PRONOSTIC.

ABSTRACT

A six-month multi anti tuberculous drugs is recommended in the modern treatment of tuberculous lymphadenitis.

A retrospective study was carried out to assess the results of the treatment of head and neck lymphadenitis in 108 patients treated by four anti tuberculous drugs during six months, in a tuberculosis and HIV infection area

In 88% of the patients (95/108), the clinical response of the treatment was favourable. Death occurred in nine patients (8.3%) and four patients (3.7%) had persistent lymph nodes which did not require a further treatment. The lymphadenitis outcome was significantly more favourable in the patients free of HIV and pulmonary tuberculosis; $p = 0,003$.

The six-month anti-tuberculous drugs regimen is effective for the treatment of head and neck tuberculous lymphadenitis. Associated pulmonary tuberculosis or HIV infection are factors of poor prognostic.

KEY WORDS: ADENOPATHY; HEAD AND NECK; TUBERCULOSIS; HIV; ANTI TUBERCULOSIS TREATMENT; PROGNOSTIC

INTRODUCTION

L'adénite tuberculeuse de la tête et du cou est fréquente dans les pays en développement où elle est souvent associée à l'infection par le VIH ou à la tuberculose pulmonaire ^[1,2]. Les recommandations internationales préconisent six mois de médicaments anti-tuberculeux dans son traitement ^[3].

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité du traitement de l'adénite tuberculeuse, de la tête et du cou, par quatre anti-tuberculeux, pendant six mois, dans une zone d'endémie de la tuberculose et de l'infection par le VIH.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'est agi d'une étude rétrospective et descriptive sur dix ans, dans les services de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale et de phthisiologie du CHU Souro Sanou de Bobo-Dioulasso.

Ont été inclus dans l'étude, des patients traités pour une adénite tuberculeuse de la tête et du cou par quatre anti-tuberculeux, pendant six mois.

Le diagnostic de la tuberculose ganglionnaire était fait sur l'un ou plusieurs des critères suivants : la mise en évidence de granulome tuberculoïde et de nécrose caséuse à l'examen histologique ; la mise en évidence de bacilles acido-alcoolo-résistants (BAAR) à l'examen bactériologique du produit de biopsie ganglionnaire ; un contexte clinique évocateur tel que des adénopathies multiples ou abcédées associées à des signes généraux évocateurs de tuberculose et une notion de contagement tuberculeux.

Tous les patients ont bénéficié d'un traitement médical par la rifampicine, l'isoniazide, l'éthambutol et la pyrazinamide pendant deux mois puis par la rifampicine et l'isoniazide pendant quatre mois. Il n'y avait pas de protocole de traitement médical alternatif. En outre, à l'exception du drainage d'adénopathies abcédées et de l'exérèse ganglionnaire pour l'examen histologique et l'examen bactériologique, aucun patient n'a bénéficié de traitement chirurgical.

L'évaluation de l'efficacité du traitement était basée sur des critères exclusivement cliniques. L'évolution favorable était définie par l'absence de ganglions palpables ou la présence de ganglions de diamètre inférieur à un centimètre et l'absence de signes généraux.

Les variables étudiées étaient les caractéristiques démographiques du patient (âge et sexe), la présence d'une tuberculose pulmonaire, l'infection par le VIH et la réponse au traitement.

Le test de Chi2 a été utilisé pour la comparaison des variables qualitatives ; la différence était significative quand $p < 0,05$.

RÉSULTATS

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

L'âge des patients était compris entre deux et 64 ans (moyenne 31,5 ans) et un pic de fréquence de 40,7% était observé entre 30 et 39 ans. Il y avait 50 patients de sexe masculin (46,3%) et 58 de sexe féminin (53,7%).

Les adénopathies étaient multiples chez 97,2% des patients et abcédées chez 30,6%.

Chez 54,8% des patients, étaient associées, une infection par le VIH (42,9%), une tuberculose pulmonaire (11,9%), une infection par le VIH et une tuberculose pulmonaire (2,4%).

RÉPONSE AU TRAITEMENT

L'évolution de la maladie a été favorable chez 88% des patients (95/108). Neuf patients (8,3%) sont décédés et quatre patients (3,7%) ont présenté une persistance des adénopathies qui n'a pas nécessité un traitement supplémentaire.

L'évolution de l'adénite était favorable chez 97,4% (37/38) des patients qui ne présentaient pas l'infection par le VIH ou la tuberculose pulmonaire tandis qu'elle l'était chez 73,9% (34/46) des patients qui présentaient l'une de ces infections ; la différence était statistiquement significative ($p = 0,003$).

DISCUSSION

L'adénite tuberculeuse est une affection de tous les âges ^[1,4]. Elle est fréquemment associée à l'infection par le VIH ou à la tuberculose pulmonaire ^[5,6] comme observé chez près de la moitié des patients dans cette étude.

L'efficacité du traitement médical de l'adénite tuberculeuse dont les protocoles sont variables, est classiquement rapportée ^[1,7,8,9]. Jah et al. rapportent des taux de réponse favorable de 82% et de 94%, respectivement à six mois et neuf mois de traitement ^[1]. Un traitement pendant six mois comme pratiqué dans cette étude, est rapporté aussi efficace qu'un traitement pendant neuf mois ^[9]. Ce traitement court est d'un intérêt particulier dans les pays à ressources limitées, confrontés aux problèmes du coût des médicaments anti-tuberculeux et de l'observance du traitement par les malades.

La relation entre l'évolution de l'adénite tuberculeuse et la tuberculose pulmonaire ou l'infection par le VIH dans cette étude s'explique. La tuberculose pulmonaire et l'infection par le VIH sont associées à une mortalité élevée dans les pays à ressources limitées comme le nôtre, en raison de la résistance aux drogues et d'une insuffisance de la prise en charge. L'observation d'adénopathies persistantes à la fin du traitement anti-tuberculeux est classiquement rapportée [7,8,10]. L'interprétation et le traitement de ces adénopathies varient selon les auteurs. Pour McMaster et al., elles ne traduisent pas nécessairement l'absence de guérison de l'adénite tuberculeuse [10]. Pour Bennansour et al., elles sont justiciables d'une exérèse chirurgicale [11]. Pour Blaikley et al., elles pourraient justifier une poursuite du traitement anti-tuberculeux [8]. Ces auteurs rapportent chez 10 patients avec des adénopathies persistantes à la fin de six mois du traitement anti-tuberculeux, trois avec une bactériologie positive et ayant nécessité la poursuite du traitement [8]. Une aggravation paradoxale de la tuberculose ganglionnaire au cours du traitement anti-tuberculeux est même rapportée [10,12]. Elle se traduit par une augmentation de volume ou une abcédation des ganglions, l'apparition d'adénopathies, de tuberculomes intra cérébraux ou d'autres manifestations diverses de la tuberculose [12].

Des auteurs comme Castro et al. rapportent paradoxalement une absence de régression de l'adénite tuberculeuse sous le traitement médical seul, même après 18 mois [13]. Aussi, ils recommandent l'exérèse chirurgicale des ganglions infectés associée au traitement par les drogues anti-tuberculeuses [13]. Pour la plupart des auteurs, les indications de la chirurgie dans le traitement moderne de la tuberculose ganglionnaire sont limitées. Elles sont représentées par les adénopathies d'emblée abcédées, compressives, ou évocatrices de mycobactéries atypiques, les adénopathies ne répondant pas ou peu favorablement à un traitement médical bien conduit [5, 11, 14].

CONCLUSION

Le protocole de six mois d'anti-tuberculeux est efficace dans le traitement de l'adénite tuberculeuse de la région de la tête et du cou. La tuberculose pulmonaire et l'infection par le VIH sont des facteurs de mauvais pronostic.

RÉFÉRENCES

- JHA BC, DASS A, NAGARKAR NM, GUPTA R, SINGHAL S Cervical tuberculous lymphadenopathy: Changing clinical pattern and concepts in management. *Postgrad Med J* 2001; 77: 185-187.
- OLU-EDDO AN, OMOTI CE. Diagnostic evaluation of primary cervical adenopathies in a developing country. *Pan Afr Med J*. 2011;10:52.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL PREVENTION. Treatment of tuberculosis, American Thoracic Society, CDC and Infectious Diseases Society of America. *MMWR* 2003;52:1-77.
- DE LABROUHE C, FAVRE E, BERTRAND JC: Adénopathies cervicofaciales. *Encycl Méd Chir Stomatologie*, 22-037-P-10, 2000, 10 p.
- PRASAD KC, SREEDHARAN S, CHAKRAVARTHY Y, PRASAD SC. Tuberculosis in the head and neck: experience in India. *J Laryngol Otol* 2007; 121: 979-985.
- KAMANA NK, WANCHU A, SACHDEVA RK, KALRA N, RAJAWANSHI A Tuberculosis is the leading cause of lymphadenopathy in HIV-infected persons in India: Results of a fine-needle aspiration analysis. *Scand J Infect Dis*. 2010;42:827-30.
- CAMPBELL I A, ORMEROD L P, FRIEND J A, JENKINS P A, PRESCOTT R J. Six months versus nine months chemotherapy for tuberculosis of lymph nodes: final results. *Respir Med* 1993; 87: 621-623.
- BLAIKLEY JF, KHALID S, ORMEROD LP. Management of peripheral lymph node tuberculosis in routine practice: an unselected 10-year cohort. *Int J Tuberc Lung Dis* 2011;15(3):375-378.
- BOUCHIKH S, STIRNEMANN J, PRENDKI V, PORCHER R, KESTHMAN H, ET AL. Durée de traitement des tuberculoses extrapulmonaires : six mois ou plus ? Analyse de la base de données. *Rev Med Interne*. 2012;33(12):665-71.
- MCMASTER P, EZEILO N, FREISEN H, POMAT N, VINCE JD. Ten-year experience with paediatric lymph node tuberculosis in Port Moresby. *J Trop Pediatr*. 2001;47:160 -164.
- BENMANSOUR N, OUDIDI A, EL ALAMI MN. The cervical tuberculous lymphadenitis: the location of surgery. *J Otolaryngol Head Neck Surg*, 2009;38(1):23-28.
- MWROKA-KATA K, NAMYSLOWSKI G, CZECIOR E, SOWA P, IWANSKA J. An updated view on tuberculous lymphadenitis in the context of HIV epidemic as well as multidrug and extensively drug-resistant tuberculosis. *Otolaryngol Pol* 2012;66 (3): 176-180.
- CASTRO DJ, HOOVER L, CASTRO DJ, ZUCKERBRAUN L Cervical mycobacterial lymphadenitis. Medical vs surgical management. *Arch Otolaryngol*. 1985;111(12):816-9.
- PARK IS, SON D, LEE CH, PARK JE, LEE JS, ET AL.. Severe paradoxical reaction requiring tracheostomy in a human immunodeficiency virus (HIV)-negative patient with cervical lymph node tuberculosis. *Yonsei Med J*, 2008;49(5):853-856.