

Observation clinique

Tuberculose de la cavité buccale révélant une tuberculose pulmonaire : à propos d'une observation

Rasmané Béogo^{1,*}, Mathieu Millogo¹, Abdoul Salam Ouédraogo², Ibraïma Traoré¹, Kampadilemba Ouoba³

¹ Service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale, CHU Sanou Souro, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

² Service de Bactériologie et de Virologie, CHU Sanou Souro, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

³ Service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

(Reçu le 4 avril 2013, accepté le 12 mai 2013)

Mots clés :
tuberculose / cavité
buccale / poumon /
diagnostic

Résumé – La tuberculose de la cavité buccale est une entité rare, souvent secondaire à une localisation pulmonaire. Cet article rapporte un cas de tuberculose du palais, révélatrice d'une tuberculose miliaire pulmonaire, chez un patient de 47 ans. Les manifestations cliniques de la tuberculose buccale sont peu spécifiques. Elle se traduit le plus souvent par une ulcération buccale chronique qui fait évoquer de nombreuses autres étiologies parmi lesquelles une tumeur maligne, une infection bactérienne, virale ou mycosique, une maladie de système, une ulcération aphteuse ou traumatique. Devant toute ulcération buccale chronique dont l'étiologie n'apparaît pas évidente, on doit penser à une tuberculose de la cavité buccale. Pour confirmer ce diagnostic, il faut réaliser un examen histopathologique, un examen bactériologique direct et une culture à partir de tissu frais ainsi que la recherche d'une tuberculose pulmonaire.

Key words:
tuberculosis /
oral cavity / lung /
diagnosis

Abstract – **Oral cavity tuberculosis revealing pulmonary tuberculosis: a case report.** Oral cavity tuberculosis is a rare entity generally secondary to pulmonary tuberculosis. A case of palate tuberculosis revealing pulmonary tuberculosis in a 47 year-old patient is reported. Clinical manifestations of oral cavity tuberculosis are non-specific. The commonest presentation, a chronic ulcer, is suggestive of numerous conditions including malignancies, bacterial, viral or mycotic infections, traumatic or aphtous ulcers, and sarcoidosis. Tuberculosis should be thought as a potential aetiology of chronic ulcer of oral cavity. This diagnostic indicates histopathology, bacteriology, culture of the ulcer biopsy and the screening of pulmonary tuberculosis.

La tuberculose, qui est considérée comme avant tout une affection pulmonaire, peut intéresser n'importe quelle autre partie du corps y compris la cavité buccale [1, 2]. La localisation buccale est cependant rare, représentant moins de 1 % de l'ensemble des cas de tuberculose [3]. Elle est souvent secondaire à une tuberculose pulmonaire [1], une affection potentiellement contagieuse et mortelle.

Cet article rapporte une ulcération palatine tuberculeuse révélant une tuberculose pulmonaire afin de sensibiliser au diagnostic de la localisation buccale de la tuberculose.

Observation

Un homme de 47 ans a consulté dans le Service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale du CHU Sanou Souro, Bobo Dioulasso (Burkina Faso), pour une ulcération palatine douloureuse (Fig. 1). La lésion avait été découverte deux mois auparavant par le patient et elle n'avait pas régressé après un traitement à base de bains de bouche à la chlorexidine et d'amoxicilline pendant 10 jours. Le patient rapportait une asthénie et une gêne à l'alimentation qu'il attribuait à la douleur.

* Correspondance : rbeogo@yahoo.fr

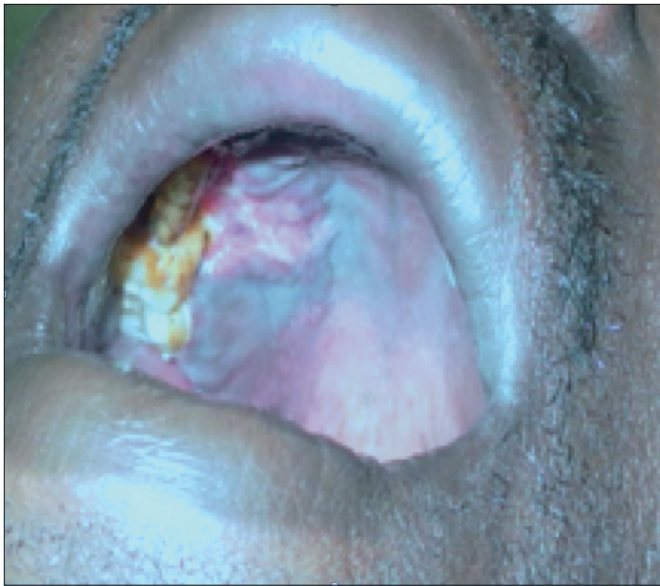


Fig. 1. Ulcération palatine à limites mal définies et à fond granuleux, d'étiologie tuberculeuse.

Fig. 1. Palate ulcer with undermined edges and a granulating floor of oral cavity tuberculosis.



Fig. 2. Opacités pulmonaires disséminées dues à la tuberculose pulmonaire.

Fig. 2. Chest radiograph showing lungs disseminated opacities of pulmonary tuberculosis.

La notion de toux, de fièvre, d'amaigrissement ou d'anorexie n'a pas été retrouvée. Dans les antécédents du patient, on notait un tabagisme (30 paquets années), un alcoolisme chronique et l'absence de notion de contact tuberculeux. L'examen endobuccal montrait une ulcération palatine d'environ 2 cm de diamètre, siégeant au contact des collets de 15 et 16, douloureuse à la palpation, non hémorragique, à bords irréguliers, à fond propre et granuleux; l'hygiène bucco-dentaire était mauvaise. À l'auscultation, on notait des râles crépitants dans les deux champs pulmonaires. Le reste de l'examen était sans particularités : en l'occurrence, le patient présentait un bon état général et il n'y avait pas d'adénopathies cervicales palpables.

L'examen histopathologique a mis en évidence un granulome épithélioïde et géant-cellulaire avec de la nécrose caséuse. L'examen bactériologique direct de tissu frais provenant de l'ulcération a montré des bacilles acido-alcoolo-résistants (BAAR) et la culture a identifié *Mycobacterium tuberculosis*. Le diagnostic de tuberculose de la cavité buccale a alors été évoqué, ce qui a motivé la recherche d'autres localisations. Une tuberculose pulmonaire fut confirmée par la mise en évidence d'opacités nodulaires dans les deux champs pulmonaires (Fig. 2), la présence de BAAR à l'examen bactériologique direct des crachats et l'identification de *Mycobacterium tuberculosis* à la culture des crachats. Le bilan n'a pas retrouvé d'autres localisations ; la sérologie pour l'infection par le VIH était négative. Le diagnostic de tuberculose de la cavité buccale secondaire à une tuberculose pulmonaire a été retenu.

Le malade a été traité par isoniazide, rifampicine, éthambutol et pyrazinamide pendant deux mois, puis par isoniazide

et rifampicine pendant quatre mois. L'évolution a été marquée par la cicatrisation de l'ulcération, la normalisation des images sur la radiographie pulmonaire, la négativation de la bacilloscopie des crachats et l'absence de rechute de la maladie, huit mois après la fin du traitement.

Commentaires

La tuberculose de la cavité buccale est une entité rare, représentant moins de 1 % de l'ensemble des cas de tuberculose [3]. Outre le palais, les autres localisations comprennent la langue, le plancher buccal, la gencive et les lèvres [3, 4].

La tuberculose de la cavité buccale peut être primitive ou secondaire à une localisation pulmonaire [1, 5]. À partir du foyer pulmonaire, le bacille tuberculeux gagne la muqueuse buccale par les crachats émis lors de la toux ou par voie hémotogène [2, 6]. L'inoculation de l'agent infectieux à la muqueuse et le développement de la tuberculose de la cavité buccale sont favorisés par la défaillance des mécanismes locaux de défense contre l'infection que sont les anticorps tissulaires, la salive, la flore buccale commensale et la muqueuse buccale [7, 8]. La défaillance de la barrière physique de la muqueuse buccale peut être favorisée par une mauvaise hygiène bucco-dentaire et le tabagisme [7, 8] comme dans cette observation. Un traumatisme, l'inflammation de la muqueuse buccale ou une extraction dentaire pourraient constituer également des facteurs favorisant [7].

Les manifestations cliniques de la tuberculose de la cavité buccale sont peu spécifiques [1, 4]. Une ulcération buccale chronique, comme celle présentée dans cette observation, constitue le signe le plus fréquent [4]. Il s'agit classiquement d'une lésion volontiers unique, à bords irréguliers, ne répondant pas favorablement aux antibiotiques comme dans cette observation. Outre la tuberculose, une telle ulcération peut faire évoquer une tumeur maligne (carcinome épidermoïde, lymphomes), une infection bactérienne (syphilis), une infection virale (cytomégalovirus, VIH), une infection mycosique (histoplasmosse), une maladie de système (maladie de Behçet, sarcoïdose, maladie de Wegener), une ulcération aphte (aphte géant, ulcération nécrotique) ou une ulcération traumatique [2]. Un carcinome épidermoïde peut être suspecté surtout si le patient présente des antécédents tabagiques [9], voire alcool-tabagiques comme dans le cas rapporté. L'existence d'une tuberculose pulmonaire connue ou un contexte évocateur de tuberculose pulmonaire active peuvent orienter vers l'étiologie tuberculeuse de l'ulcération [4, 10]. Ils n'étaient pas présents dans le cas rapporté et c'est la tuberculose buccale qui a amené à la découverte de la tuberculose pulmonaire. L'examen histopathologique et l'examen bactériologique direct d'une biopsie de la lésion peuvent orienter rapidement vers le diagnostic de la tuberculose de la cavité buccale [1, 11]. L'étude histopathologique met en évidence une inflammation spécifique, suggestive d'une infection à mycobactéries et élimine un cancer. L'examen bactériologique direct après coloration de Ziehl-Nielsen peut permettre de confirmer l'infection à mycobactéries en montrant des BAAR mais il n'a de valeur que lorsqu'il est positif. La culture et la PCR, plus sensibles que l'examen bactériologique direct, permettent en outre de rattacher l'infection mycobactérienne à la tuberculose et de déterminer sa sensibilité aux anti-tuberculeux. Cependant, la culture est longue et la PCR n'est pas pratiquée en routine dans les pays à faibles ressources. Ces contraintes diagnostiques et la sensibilité habituelle de la tuberculose de la cavité buccale aux anti-tuberculeux [1, 2] justifient le traitement présomptif de la maladie sur les arguments de l'histologie et de l'examen bactériologique direct.

Conclusion

Quoi que rare, la tuberculose de la cavité buccale devrait être évoquée devant toute ulcération chronique dont l'étiologie

n'apparaît pas évidente. Pour établir le diagnostic, il faut réaliser un examen histologique, un examen bactériologique direct et une culture à partir de la biopsie de la lésion ainsi que la recherche d'une tuberculose pulmonaire.

Conflits d'intérêt : aucun

Références

1. Ito FA, de Andrade CR, Vargas PA, Jorge J, Lopes MA. Primary tuberculosis of the oral cavity. *Oral Dis* 2005;11:50-3.
2. Vidal M, Delevaux I, André M, Marroun I, Gavet F, Voichet H, Palat S, Kintossou R, Gilain L, Aumaître O. Tuberculose disséminée révélée par une localisation linguale. *Rev Med Int* 2007;28:124-6.
3. Chauhan V, Mahesh DM, Panda P, Mahajan S, Thakur S. Tuberculosis cutis orificialis (TBCO): a rare manifestation of tuberculosis. *J Assoc Physicians India* 2012;60:126-7.
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. Peck MT, Stephen LX, Marnewick J, Majeed A. Palatal ulceration as the first sign of pulmonary tuberculosis: a case report. *Trop Doct* 2012;42:52-3.
6. Rodrigues G, Carnelio S, Valliathan M. Primary isolated gingival tuberculosis. *Braz J Infect Dis* 2007;11:172-3.
7. 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.
8. Pekiner FN, Erseven G, Borahan MO, Gümrü B. Natural barrier in primary tuberculosis inoculation: oral mucous membrane. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006;10:1418.
9. Elfahsi A, Elayoubi A, Boulaadas M, Nazih N, Essakali L, Kzadri M. Tuberculose buccale : à propos d'un cas. *Med Buccale Chir Buccale* 2007;13:83-86.
10. D'Elbee JM, Bernard N, Vandenhende MA, Lacoste D, Bonnet F, Michaux C, Morlat P, Fricain JC. Ulcération linguale avec dysphagie à l'origine du diagnostic d'une tuberculose pulmonaire. *Med Buccale Chir Buccale* 2012;18:39-43.
11. Yepes JF, Sullivan J, Pinto A. Tuberculosis: medical management update. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004;98:267-73.