



**LA TUBERCULOSE ORBITO-CEREBRALE : A PROPOS D'UN CAS.**

ALAMOU Souté<sup>1</sup>, CAPO-CHICHI Sonia<sup>2</sup>, LAWSON AFOUDA Sonia<sup>3</sup>,  
SOUNOUVOU Ignace<sup>1</sup>, BIAOU Olivier<sup>4</sup>, BRUN L<sup>5</sup>, AVAKOUDJO François<sup>3</sup>,  
ADJIBABI Wassi<sup>3</sup>.

- 1- Clinique Ophtalmologique du CNHU-HKM BP 388 Cotonou- BENIN
- 2- Service Ophtalmologique Clinique Mutualiste de Cotonou- BENIN
- 3- Service ORL/CCF, CNHU-HKM Cotonou - BENIN
- 4- Service d'imagerie médicale du CNHU-HKM Cotonou- BENIN
- 5- Service Anatomopathologie de Parakou BENIN

Correspondance : ALAMOU Souté 04BP 0848 Cotonou BENIN Tél : 97 13 69 86  
Email : [s\\_alamou@yahoo.fr](mailto:s_alamou@yahoo.fr)

**RESUME**

La tuberculose est une affection toujours endémique dans nos régions malgré la prévention, l'efficacité, la disponibilité et la gratuité des soins.

L'atteinte orbito-cérébrale de la tuberculose a été évoquée chez un jeune de 18 ans qui présentait un exorbitisme gauche chronique avec une déviation en haut et en dehors du globe oculaire. L'IDR à la tuberculine était positive à plus de 12mm. Le scanner a permis de noter une volumineuse masse avec infiltration des tissus de voisinage. L'examen anatomo-pathologique a révélé des granulomes épithélio-giganto-cellulaires, sans nécrose caséuse, avec des foyers de nécrose fibrino-leucocytaire. Sous traitement anti-tuberculeux, l'évolution a été lentement favorable. La tuberculose extra pulmonaire mérite d'être recherchée devant des exophtalmies trainantes.

Mots clés : Tuberculose orbito-cérébrale, exorbitisme, traitement anti-tuberculeux.

**SUMMARY**

Tuberculosis is a disease still endemic in our regions despite prevention, efficiency, availability and free health care.

The orbitofrontal brain damage of tuberculosis was mentioned in a young 18 who has a chronic left exorbitism with high deflection and outside of the eyeball and a positive tuberculin IDR more than 12mm. We can see in his X-ray a large mass with infiltration of surrounding tissues. Pathological examination revealed epithelioid giant cell granulomas without caseous necrosis, with fibrin-leukocyte foci of necrosis. Under specific treatment, evolution is slowly favorable. The extra pulmonary tuberculosis should be suspected when exophthalmia dragged.

Keywords: Tuberculosis orbitofrontal brain, exorbitism, anti-tuberculosis treatment.

**INTRODUCTION**

La tuberculose est une infection due au *Mycobacterium tuberculosis*. C'est un bacille acido-alcool-résistant appelé Bacille de Koch (BK). La localisation la plus fréquente de la tuberculose est pulmonaire mais l'atteinte d'autres organes (cœur, reins, os, œil, etc...) est possible. Les manifestations ophtalmologiques de la tuberculose représentent 1 à 2% des cas et toutes les structures de l'œil peuvent être concernées par l'infection [1].

Dans le 16<sup>ème</sup> rapport publié par l'OMS en 2011 sur la lutte contre la tuberculose [1], on note une nouvelle infection au Bacille de Koch par seconde dans le monde et environ 8,8 millions de cas de tuberculose par an. Le continent noir concentre à lui seul 33% des nouveaux cas. Les hommes deux fois plus atteints que les femmes.

La tuberculose est donc une maladie en progression dans le monde avec une incidence de 191/100 000 en Afrique et de 237/100 000 en Asie [1]. En effet, les cinq pays les plus touchés par la tuberculose sont par ordre décroissant l'Inde, la Chine, l'Indonésie, l'Afrique du Sud et le Nigéria.

Notre étude a pour but de rapporter les difficultés de diagnostic et de prise en charge d'un cas de tuberculose orbito-cérébrale.

**OBSERVATION**

Un jeune patient de 18 ans, nigérian, est adressé par un ophtalmologiste pour exorbitisme de l'œil gauche le 15/12/11.

Le début de la symptomatologie remontait en 2009, par une exophtalmie gauche indolore accompagnée d'une notion d'asthénie, d'anorexie, d'amaigrissement, de transpiration, de toux et de température.

Il aurait bénéficié d'un traitement symptomatique (non précisé) sans succès. Il n'y avait pas de notion de contagé.

A l'examen ophtalmologique de l'œil gauche, l'acuité visuelle était nulle (absence de perception lumineuse) et le sujet présentait un exorbitisme gauche, une déviation du globe oculaire en haut et en dehors et des sécrétions (figure n°1). A la palpation on notait une volumineuse tuméfaction dure et indolore de la base de l'orbite et de l'hémiface gauche et une déformation des os propres du nez.

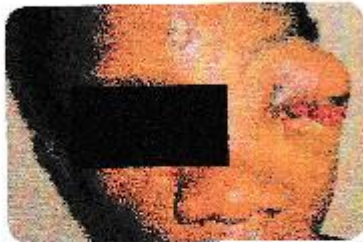


Fig 1 : Exophtalmie gauche, regard en position primaire (de face)

L'examen au biomicroscope avait permis de noter un important chémosis, plusieurs traies cornéennes avec une néovascularisation superficielle, une mydriase aréflexique. Le fond d'œil était inaccessible.

L'examen de l'œil droit était sans particularité avec une acuité visuelle éloignée à 10/10, un segment antérieur calme, un tonus oculaire à 13 mmHg et un fond d'œil normal.

On avait retrouvé à l'examen loco-régional, des adénopathies sous angulo-mandibulaires et carotido-jugulaires gauches. Les autres examens : appareils cardio-vasculaire, pleuro-pulmonaire et neurologique étaient sans particularité.

La tomodynamométrie avait révélé une volumineuse masse (figure n°2) avec une extension antérieure à la peau, postérieure au sphénoïde, en dehors du temporal, et vers l'ethmoïde, la cloison du nez et l'orbite controlatérale en dedans. Cette masse s'étendait en haut au cerveau et en bas à la fosse ptérygo-maxillaire.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce biopsique avait mis en évidence des granulomes épithélio-giganto-cellulaires, sans nécrose caséuse, avec des foyers de nécrose fibrino-leucocytaire. L'intra dermo réaction à la tuberculine (IDR) était positive, supérieure à 12mm. La recherche de bacille acido-alcool-

résistant dans les crachats était négative de même que la sérologie HIV. La radiographie pulmonaire était d'aspect normal.

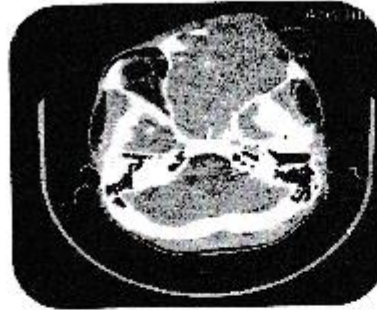


Fig 2 : TDM en coupe axiale après injection de produit de contraste

Des soins locaux et un traitement spécifique anti-tuberculeux selon le protocole de six mois ont été instaurés. A J30, l'évolution avait été lentement favorable marquée par une régression des signes inflammatoires.

#### DISCUSSION

La localisation orbito-cérébrale de la tuberculose est peu fréquente [2, 3, 4, 5]. Bien que le cas rapporté soit un sujet jeune, cette affection peut toucher tous les âges sans distinction de sexe, surtout avec la recrudescence de l'infection par le virus de l'immunodéficience acquise. Elle peut prendre divers aspects mais sera suspectée devant des signes généraux comme l'asthénie, l'anorexie, l'amaigrissement et la fièvre au long cours comme ce fut le cas.

L'exophtalmie et la latéro déviation du globe évoquent généralement une tumeur de la glande lacrymale [6, 7]. Le diagnostic clinique de la tuberculose orbito-cérébrale étant peu évident [6, 8], la paraclinique garde toute son importance. La tomodynamométrie et l'imagerie par résonnance magnétique sont les examens de choix pour préciser les limites et les expansions des tuméfactions orbitaires. L'examen anatomo-pathologique de la pièce quant à elle, établit la nature des cellules. Khalil M et al [9] pensent qu'il faut juste une intradermoréaction positive, un granulome inflammatoire avec nécrose caséuse associés ou non à une culture positive du Bacille de Koch pour affirmer le diagnostic. Oliveira BF et al [10] préconisent quant à eux, des techniques élaborées comme l'immunohistochimie pour poser le diagnostic de certitude de la tuberculose orbito-cérébrale.



La tomодensitométrie, l'intradermoréaction à la tuberculine positive et la présence de granulomes épithélio-giganto-cellulaires sans nécrose caséuse, avec des foyers de nécrose fibrino-leucocytaire ont suffi à confirmer le diagnostic dans le cas présent.

Sur le plan thérapeutique la prise en charge de la tuberculose opculo-orbitaire varie d'un pays à un autre. Ouazzani B et al [11] proposent une association du traitement anti tuberculeux avec des anti inflammatoires stéroïdiens. Sen DK [6] pense que c'est plutôt avec une excrèse ces tissus atteints qu'on obtient de meilleurs résultats. Pour le cas présenté, l'extension des lésions cérébrales et l'importance de l'atteinte orbitaire ont limité la prise en charge chirurgicale.

Sur le plan évolutif, même si l'atteinte de l'œil adelphe est à craindre, il est important de relever que dans notre cas, le pronostic vital demeure réservé du fait de l'importance des lé-

sions cérébrales. Par ailleurs, une récupère de la tuberculose malgré un traitement initial bien conduit reste possible.

#### CONCLUSION

La tuberculose est une affection toujours endémique dans nos régions malgré la prévention, l'efficacité, la disponibilité et la gratuité des soins. L'atteinte orbito-cérébrale, reste peu documentée. Les signes cliniques sont ceux d'une tumeur orbitaire et le diagnostic de certitude est assuré par l'examen anatomopathologique. Le traitement médical bien que gratuit, est long, lourd et contraignant. Son efficacité n'est optimale que lorsqu'il est mis en route précocement. Cette prise en charge adéquate doit se faire avec une équipe pluridisciplinaire (ophtalmologistes, ORL, radiologues, pneumologues, neurochirurgiens, et internistes).

#### REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- OMS Global tuberculosis control. WHO report 2011; 300 pages.
- 2- Aggarwal D, Suri A, Mahapatra A. Orbital tuberculosis with abscess. Journal of neuro-ophthalmology 2002; (22) 3: 208-210.
- 3- Kaur A, Agrawal A. Orbital tuberculosis: an interesting case report. Int Ophthalmol 2005; (25) 3: 107 – 109.
- 4- Owoeye JF, Salami AK, Ogundimu Ko, Buhari MO, Intraorbital tuberculosis : a case report. Niger Postgrad Med J 2004; (11) 1: 68 – 70.
- 5- Taru D, Kartikaya S, Ishwar CP, Orbital tuberculoma extending into the cranium Ophthalmologica 2006; (220) 2: 137-139.
- 6- Sen DK. Tuberculosis of the orbit and lacrimal gland: a clinical study of 14 cases. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1980; (17) 4: 232-238.
- 7- Van Assen S, Lutterman JA, Tuberculous dacryoadenitis : a rare manifestation of tuberculosis. Neth J Med 2002; (60) 8: 327 – 329.
- 8- Sheu SJ, Shyu JS, Chen LM, Chen YY, Ocular manifestations of tuberculosis. Ophthalmology 2001; (108) 9:1580 – 1585.
- 9- Khalil M, Lindley S, Matouk E, Tuberculosis of the orbit. Ophthalmology 1985; (92) 11: 1624-1627.
- 10- Oliveira BF, Takay FC, Shida TM, Santo RM, Orbital tuberculosis diagnosed by immunohistochemistry: case reports. Rev Inst Med Trop Sao Paulo 2004; (48) 5: 231-234.
- 11- Ouazzani B, Tahri H, Belmekki M, Berbich O, Abdellah H, Ophthalmologic manifestations of tuberculosis and their treatment. Ophthalmology 1983; (12) 2: 75-79.