



LOCALISATION EPITROCHLEENNE ISOLEE DE LA TUBERCULOSE
GANGLIONNAIE: UN SIEGE RARE AUX ENJEUX DIAGNOSTIQUES

- sabrine, BACHROUCH, AHU , Médecine interne , Hôpital MTM , Nabeul , TUNISIE
- roua, MANKAI, AHU, Médecine interne, Hôpital MTM, Nabeul, TUNISIE
- salma, DGHAIES, AHU, Médecine interne, Hôpital MTM, Nabeul, TUNISIE
- haifa, BOUDRIGA, AHU, Infectiologie, Hôpital IBN JAZZAR , Kairouan , TUNISIE
- wafa, SKOURI, AHU, Médecine interne, Hôpital MTM, Nabeul, TUNISIE
- mohamed, JLIDI, MCA, Orthopédie, Hôpital MTM, Nabeul, TUNISIE
- manel, LAJMI, Spécialiste, Médecine interne, Hôpital MTM, Nabeul, TUNISIE
- haifa, TOUNIS, MCA, Médecine interne, Hôpital MTM, Nabeul, TUNISIE
- wafa, GARBOUJ, Spécialiste, Médecine interne, Hôpital MTM, Nabeul, TUNISIE
- emna, CHALBI, MCA, anatomie pathologique, Hôpital MTM, Nabeul, TUNISIE
- raja, AMRI, MCA, Médecine interne, Hôpital MTM, Nabeul, TUNISIE

Introduction:

La tuberculose ganglionnaire est la localisation extra-pulmonaire la plus fréquente. L’atteinte épitrochléenne isolée reste rare et peut poser un défi diagnostique en raison de présentations atypiques et de diagnostics différentiels multiples. Nous rapportons trois observations illustratives.

Cas 1 : Patiente de 25 ans, présentant une adénopathie épitrochléenne droite. Les sérologies VIH et syphilis étaient négatives. La notion de griffure de chat associée à une sérologie Bartonella positive a initialement orienté vers une maladie des griffes du chat traitée par doxycycline pendant 14 jours. La persistance et l’augmentation de taille de l’adénopathie ont motivé une biopsie ganglionnaire révélant un granulome épithélioïde gigantomaculaire avec nécrose caséuse. L’intradermoréaction à la tuberculine était fortement positive et le scanner cervico-thoraco-abdominal était sans anomalies. Une tuberculose ganglionnaire épitrochléenne isolée a été retenue. L’évolution sous traitement antituberculeux de six mois était favorable avec un recul de 18 mois.

Cas 2 : Patiente âgée de 23 ans sans antécédents admise pour exploration d’une adénopathie épitrochléenne. L’examen a montré une adénopathie épitrochléenne gauche douloureuse, un érythème noueux de siège atypique en péri-articulaire entourant les deux genoux sans choc rotulien. A la biologie, elle avait une CRP à 49mg/l, la sérologie VIH était négative. L’échographie du coude gauche a révélé deux adénomégalias différenciées de la chaîne épitrochléenne associée à une infiltration de la graisse ainsi qu’une thrombophlébite superficielle de la veine médiane du coude. Le scanner cervico-thoraco-abdomino-pelvien n’a pas montré d’autres localisations. L’examen anatomopathologique sur biopsie a révélé un granulome avec une nécrose centrale à éosinophiles difficile à typer. La patiente était traitée par anti coagulation orale pendant un mois associée à un traitement antituberculeux pendant une durée prévue de 6 mois. L’évolution était favorable.

Cas 3 : Patiente de 18 ans, qui a présenté depuis quatre mois une tuméfaction douloureuse de la face inféro-interne du bras. L’échographie objectivait une formation bien limitée d’échostructure finement hétérogène hyperéchogène évoquant une adénomégalie nécrosée. La biopsie ganglionnaire montrait de multiples granulomes épithélioïdes et gigantomaculaires souvent centrés par une nécrose caséuse, en faveur d’une tuberculose ganglionnaire fistulisée ; la PCR sur biopsie était positive. Le bilan d’extension ne retrouvait pas d’autre localisation et la sérologie VIH était négative. Un traitement antituberculeux de six mois a été instauré avec une évolution favorable.

Conclusion :

La tuberculose demeure une pathologie aux présentations cliniques et histologiques polymorphes. Elle doit être systématiquement évoquée devant toute adénopathie persistante, notamment en zone d’endémie, y compris chez les sujets immunocompétents, afin d’éviter tout retard diagnostique et thérapeutique