

Les abcès froids tuberculeux chez le sujet immunocompétent

Cold abscess in the immunocompetent subject

Soumaya Ben Saad¹, Nesrine Kallel¹, Houda Gharsalli², Hamida Kwass³, Leila El Gharbi², Habib Ghedira³, Hafaoua Daghfous³, Fatma Tritar¹

1-Pavillon C. Hôpital Abderahmen Mami. Ariana. Tunisie,

2-Pavillon D. Hôpital Abderahmen Mami. Ariana,

3- Pavillon III. Hôpital Abderahmen Mami. Ariana,

RÉSUMÉ

Introduction: Les abcès froids tuberculeux sont une forme rare et inhabituelle, représentant 1% de la tuberculose (TB) extrapulmonaire.

Objectif : Décrire les aspects clinique, diagnostique, thérapeutique et évolutif des abcès froids tuberculeux.

Méthodes : Etude rétrospective multicentrique intéressante les patients traités pour abcès froid tuberculeux aux services de pneumologie de l'hôpital Abderrahmen Mami entre 2009 et 2017.

Résultats : Vingt quatre patients ont été inclus d'âge moyen 36,9 ans. Six patients avaient des antécédents personnels de TB pulmonaire. Les circonstances de découverte étaient une douleur trainante (n=15), une tuméfaction pariétale (n=7) et une fistulisation pariétale (n=2). La durée moyenne d'évolution des signes était de 2,8 mois. La fièvre était absente chez 15 patients. L'abcès froid était multifocal (n=3), associé à une TB pleuro-pulmonaire (n=16) et à une TB extrapulmonaire (n=9). La paroi thoracique était la localisation la plus fréquente (n=13) suivie par la localisation sous cutanée et intra-musculaire (n=6). La mise à plat chirurgicale de l'abcès avec biopsie des berges était réalisée chez 15 patients. Le diagnostic positif était anatomopathologique (n=15) et bactériologique (n=12). Le GeneXpert était positif chez 2 patients. Tous les patients ont reçu un traitement anti-tuberculeux (durée moyenne de 10,7 mois). L'évolution a été marquée par la guérison de 20 patients et la rechute tuberculeuse chez 1 patient après un délai de 6 mois.

Conclusion : L'abcès froid tuberculeux est à évoquer devant toute collection trainante survenant chez un patient ayant des facteurs de risque de TB. Le diagnostic précoce est le meilleur garant d'une guérison sans complications.

Mots-clés

Mycobacterium tuberculosis, abcès, ponction, chirurgie, récurrence, pronostic

SUMMARY

Introduction: Tuberculous cold abscesses are a rare and unusual form, accounting for 1% of extrapulmonary tuberculosis (TB).

Aim: To describe clinical, diagnostic, therapeutic and prognostic aspects of cold tuberculous abscesses.

Patients and Methods : Retrospective multicentre study of 26 patients followed for cold abscesses tuberculous in respiratory departments of Abderrahmen Mami hospital between 2009 and 2017.

Results : We included 24 patients. Mean age was 36.9 years. Six patients had a personal history of pulmonary TB. Circumstances of the discovery were chronic pain (n = 15), parietal swelling (n = 7) and parietal fistulization (n = 2). The mean duration of the symptoms was 2.8 months. Fever was absent in 15 patients. The cold abscess was multifocal in 3 patients, associated with pleuropulmonary TB in 16 patients and extrapulmonary TB in 9 patients. Thoracic wall was the most frequent localization (n=13), followed by subcutaneous and intramuscular localization (n = 6). The surgical flattening of the abscess with biopsy of the edges was performed in 15 patients. The positive diagnosis was pathological in 15 patients and bacteriological in 12 patients. GeneXpert was positive in 2 patients. All patients received anti-tuberculosis treatment. The mean duration of TB was 10.7 months. Evolution was marked by the cure of 20 patients and tuberculous relapse in 1 patient after 6 months.

Conclusion : Tuberculous cold abscess should be evoked in front of any chronique collection occurring especially in a context of risk factors of TB. Early diagnosis is the best guarantee of a cure without complications.

Key- words

Mycobacterium tuberculosis, abscess, ponction, Surgery, recurrence, prognosis

La tuberculose (TB) demeure une infection endémique d'actualité. Elle pose un problème de santé publique particulièrement dans les pays en voie de développement. En 2015, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), rapporte 10,4 millions de nouveaux cas de TB et 1,4 million de décès dans le monde (1). Ainsi, la TB demeure l'une des 10 principales causes de décès dans le monde.

En Tunisie, malgré l'instauration du plan national de lutte contre la TB, celle-ci demeure endémique. Son taux d'incidence est estimé à 37 cas pour 100000 habitants en 2015 (1). Une prédominance des formes extra-pulmonaires a été notée ces dernières années. La TB extrapulmonaire peut revêtir des formes et des présentations inhabituelles dont l'abcès froid tuberculeux. Il s'agit d'une forme rare de TB extra-pulmonaire fréquemment témoin d'une TB grave multifocale (2). Sa prise en charge est encore le sujet de controverses.

La lutte contre la Tb nécessite une connaissance approfondie des particularités de chaque forme de cette infection permettant ainsi d'avoir une démarche diagnostique et thérapeutique bien codifiée.

L'objectif de l'étude réalisée était de décrire les caractéristiques clinique, diagnostique et thérapeutique et évolutive d'un abcès froid tuberculeux.

MÉTHODES

Une étude rétrospective multicentrique a été menée dans les services de pneumologie de l'hôpital Abderahmen Mami de l'Ariana pendant la période allant de 2009 à 2017. Des patients pris en charge pour des abcès froids tuberculeux ont été inclus. Le diagnostic a été retenu devant la présence d'une collection des parties molles associée soit à la présence de recherches de BK positives dans le liquide du pus prélevé, soit à la présence de granulomes géants à cellules géantes et épi-thélioïdes avec une nécrose caséuse au niveau de la biopsie des berges de la collection.

RÉSULTATS

Vingt quatre patients ont été inclus dans cette étude. Leur âge moyen était de 36,9 ans (19-82). Ils étaient 11 hommes et 13 femmes. Le tabagisme a été noté chez 10 patients avec une intoxication moyenne de 13 paquets-année (1-50). La toxicomanie a été notée chez 1 patient. Le contact tuberculeux a été retrouvé chez 6 patients. La notion de séjour en milieu carcéral a été retrouvée chez 2 patients. Six patients avaient des antécédents personnels de TB.

La durée moyenne d'évolution du tableau clinique était de 2,8 mois. Les motifs de consultations des patients étaient dominés par la douleur notée chez 11 patients, l'apparition de tuméfaction pariétale chez 7 patients (figure 1) et la survenue de fistule pariétale chez 2

patients. La fièvre était absente chez 15 patients. La collection liquidienne a été confirmée par l'échographie réalisée chez 4 patients (figure 2) et par le scanner réalisé chez 20 patients (figure 3). Ces explorations ont révélé des abcès froids multiples chez 3 patients. La paroi thoracique était la localisation la plus fréquente de l'abcès froid tuberculeux, notée chez 13 patients. Le tableau 1 résume les différentes localisations des abcès froids. Une ponction de la collection à l'aiguille fine a été réalisée chez 4 patients, un drainage scannoguidé a été réalisé chez un patient et une mise à plat chirurgicale de l'abcès avec biopsie des berges a été réalisée chez 20 patients. Un prélèvement au niveau de fistule cutanée a été réalisé chez 2 patients.

Tableau 1 : Localisations des abcès froids tuberculeux

Localisation des abcès froids tuberculeux	Nombre des patients
Nombre	
Unique	21
Multiple	3
Localisation	
Cervicale	1
Paravertébrale	3
Pariétale thoracique	13
Mammaire	3
Pariétale abdominale	1
Intra-abdominal	1
Sous cutanée et Intramusculaire	6



Figure 1 : Masse inflammatoire sus-claviculaire de 3 cm de grand axe trainant durant 3 mois

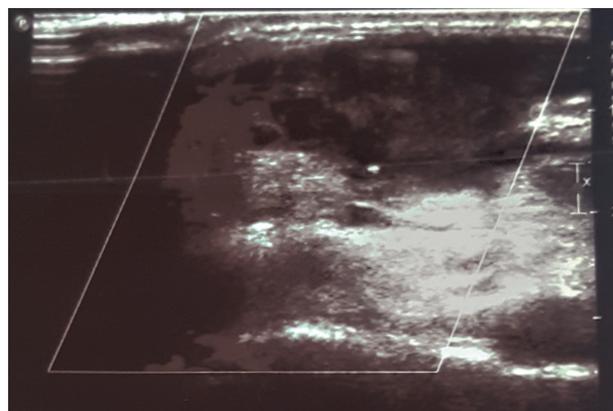


Figure 2 : Echographie des parties molles : Présence d'une masse pariétale thoracique de contenu hypoéchogène hétérogène.



Figure 3 : Scanner thoracique (coupe sagittale): Collection de la paroi thoracique antérieure de 12 cm de grand axe

La confirmation diagnostique de l'abcès froid tuberculeux était anatomopathologique chez 15 patients et bactériologique chez 12 patients. Le tableau 2 résume les moyens de confirmation du diagnostic chez nos patients. Le bilan pré-thérapeutique a montré l'absence d'infection par le virus VIH chez tous les patients. Le bilan lésionnel de la TB a révélé une TB multifocale (> 2 localisations) chez 18 patients. La localisation tuberculeuse la plus fréquemment associée était la TB pulmonaire dont la forme était une miliaire chez 5 patients. Le tableau 3 résume les localisations de TB associées à l'abcès froid tuberculeux. La TB était multirésistante chez un patient ayant les lésions tuberculeuses multifocales.

Tableau 2 : Moyens de confirmation de l'étiologie tuberculeuse de l'abcès

Moyens de confirmation de la TB	Nombre de patients
Confirmation bactériologique	
Recherche de BK dans le liquide de ponction	3
Recherche de BK dans le liquide du pus prélevé lors de la mise à plat de l'abcès	7
Etude GeneXpert du liquide issu de la fistule tuberculeuse	2
Confirmation histologique	
Biopsie des berges de l'abcès	15

Tableau 3 : Localisations tuberculeuses associée aux abcès froids tuberculeux

Localisations tuberculeuses associées	Nombre de patients
Pulmonaire	13
Pleurale	10
Ganglionnaire	9
Ostéo-articulaire	7
Digestive	3
Péricardique	2
Neuro-méningée	2

Tous les patients ont reçu un traitement anti-tuberculeux. Sa durée moyenne était de 10,7 mois (6-12 mois) en cas

de TB sensible. La durée du traitement de la TB résistante, qui était multifocale, était de 36 mois. L'évolution a été marquée par la guérison de 20 patients dont le patient traité pour TB résistante. Trois patients ont gardé des séquelles pariétales rétractiles, deux ont développé des fistules pariétales tardives et un patient a développé une thrombophlébite. Une rechute tuberculeuse est survenue chez un patient tabagique, ayant une histoire d'incarcération 6 mois après sa guérison. Ce patient a eu un traitement médical seul pendant 6 mois pour un abcès de la paroi thoracique associé à une Tb pulmonaire et ganglionnaire. Quatre patients étaient perdus de vue.

DISCUSSION

L'abcès froid tuberculeux est une forme inhabituelle de TB. Il représente 1% des formes de TB (1). Malgré que son étiopathogénie et sa stratégie diagnostique et thérapeutique sont encore controversés, peu de séries publiées se sont intéressées à ce sujet. Elles sont dans la majorité des cas des séries de faible effectif gardant plusieurs questions touchant cette pathologie en suspens.

Notre étude a permis de montrer que la symptomatologie révélatrice de l'abcès froid tuberculeux était faite essentiellement de douleur. Le tableau clinique était trainant. L'abcès froid était associé à une TB multifocale dans les 2/3 des cas. La majorité de nos patients étaient opérés. La chirurgie était à visée diagnostique et thérapeutique. Tous les patients ont eu un traitement anti-tuberculeux. Une seule rechute tuberculeuse a été notée. La pathogénie de l'abcès froid tuberculeux n'est pas univoque. Trois mécanismes majeurs sont incriminés : la dissémination hématogène sanguine ou lymphatique, la dissémination par contiguïté et l'inoculation directe (2). Le premier mécanisme est fortement évoqué lors des miliaires tuberculeuses et les TB multifocales. Dans notre série, 5 patients avaient une miliaire et 18 patients avaient une TB multifocale. Le second mécanisme est évoqué particulièrement chez les patients ayant des adénites de la paroi thoracique. Elles sont à l'origine des abcès froids tuberculeux de la paroi thoracique de localisation préférentielle parasternale. Le 3ème mécanisme est l'inoculation directe. Il est envisagé dans les abcès froids de localisation pariétale et de localisation mammaire (3). L'abcès froid tuberculeux touche essentiellement le sujet jeune et de sexe masculin (4). Dans notre série, l'âge moyen était de 36,9 ans. Une légère prédominance féminine a été notée. La présence de facteurs de risque de TB aide à l'orientation du diagnostic. Dans la littérature, les antécédents de TB sont retrouvés dans 82% des patients (5). Dans notre série, un quart de nos patients ont une histoire de TB et 2 patients ont une histoire d'incarcération.

Les manifestations cliniques des abcès froids tuberculeux ne sont pas spécifiques. Souvent le début des signes est insidieux (5). La durée moyenne d'évolution du tableau clinique chez nos patients était de 2,8 mois. La chronicité du tableau clinique associé à une absence de fièvre dans un contexte lésion suppurée doit faire évoquer une TB. La présence de signes inflammatoires locaux témoigne d'une maladie souvent évoluée. Les masses pariétales révélant cette forme de TB sont rarement fluctuantes. Ce qui peut faire errer le diagnostic et fait évoquer en premier lieu d'autres diagnostics différentiels tels que les tumeurs bénignes ou malignes (5). Quant à la fistule cutanée, retrouvée chez 2 de nos patients, elle est fortement suggestive de TB particulièrement dans un pays d'endémicité (6).

L'imagerie joue un rôle primordial dans l'orientation diagnostique. L'échographie permet en évidence une image hypoéchogène hétérogène témoignant du caractère ramolli de la masse et permettant de guider la ponction. Le scanner permet de mettre en évidence une masse de densité hétérogène avec des zones hypodenses centrales de nécrose. Il permet aussi de faire un bilan lésionnel des atteintes tuberculeuses (6). Dans notre série la majorité des patients ont été exploré par scanner. L'association à des lésions radiologiques suggestives de TB rend moins probable d'autres infections pyogènes considérés comme des diagnostics différentiels de l'abcès froid tuberculeux (7). Dans notre série, 13 patients avaient une TB pulmonaire associée et 7 une atteinte ostéoarticulaire.

Le diagnostic de certitude de l'abcès froid tuberculeux est bactériologique ou histologique. Il repose sur la mise en évidence de bacille de Koch à l'examen direct et à la culture du pus ou des prélèvements histologiques des berges de l'abcès. En l'absence de preuve bactériologique, le diagnostic peut être confirmé par les prélèvements histologiques montrant un granulome spécifique avec nécrose caséeuse (8).

Le prélèvement peut être obtenu par ponction-aspiration à l'aiguille fine ou par voie chirurgicale. La 1ère technique est peu invasive et peu coûteuse (9). Sa rentabilité est réduite. Elle était de 10% dans l'étude de Niaz Hussain Soomro, qui inclut 60 patients ayant un abcès froid pariétal (4). La ponction aspiration est, par ailleurs, utile pour éliminer une origine tumorale ou infectieuse autre. La biopsie chirurgicale, est une bonne alternative à visée diagnostique et thérapeutique (8). La polymérase chain reaction (PCR) est intéressante permettant un diagnostic rapide et précoce de la TB.

L'abcès froid est souvent solitaire (5). Seuls trois de nos patients avaient des abcès froids multiples. L'abcès froid peut toucher toutes les parties molles. Certaines localisations sont plus fréquentes que d'autres telles que la localisation pariétale thoracique antérieure et la localisation paravertébrale qui s'associent fréquemment aux spondylites (10). D'autres sont rares telle que la

localisation mammaire, et ce étant donné que le tissu mammaire n'est pas favorable à la prolifération du BK (11). Une tuberculose active est concomitante dans 17,4% à 62,5% des cas (12). Dans notre série, les deux tiers de nos patients avaient une TB multifocale. Dix patients avaient une TB pulmonaire. La TB concomitante rend le diagnostic plus facile étant donné la possibilité de multiplier les prélèvements bactériologiques et histologiques qui peuvent être réalisés afin de confirmer le diagnostic.

Le traitement de l'abcès froid tuberculeux est encore sujet à plusieurs controverses intéressant essentiellement la durée du traitement anti-tuberculeux et la place de la chirurgie. Selon l'organisation mondiale de la santé, la durée du traitement antituberculeux est de 6 mois (13). Cependant, les études révèlent souvent une durée encore plus prolongée probablement à cause de la fréquence de TB multifocale associée à l'abcès froid tuberculeux (5). Dans notre série, la durée moyenne du traitement des TB sensibles était 10,7 mois. La chirurgie consiste à réséquer l'abcès en totalité et à emporter les tissus nécrosés sous-jacents avec suppression d'un éventuel trajet fistuleux productif chronique. Elle peut être à visée diagnostique et thérapeutique et donc indiquée d'emblée. Comme elle peut être réalisée après instauration du traitement antituberculeux. Elle est réalisée dans les cas d'abcès froids volumineux ou d'une atteinte ostéo-articulaire associée. Certains auteurs pensent que le traitement antituberculeux couplé à la chirurgie est le seul garant de guérison et a l'avantage de réduire le risque de récurrence tuberculeuse (4,5). Dans notre série, 15 patients ont eu un traitement médical associé à une chirurgie. Un cas de rechute tuberculeuse a été noté chez un seul patient ayant eu un traitement médical seul.

Le pronostic de l'abcès froid tuberculeux est souvent favorable (5). Il dépend de la précocité du diagnostic et la rigueur de la prise en charge. Dans notre série, en dehors des 4 patients perdus de vue, tous les patients sont guéris. En l'absence de traitement, l'abcès froid tuberculeux peut évoluer vers la fistulisation ou la formation d'une coque fibreuse qui peut se calcifier ou la dissémination locorégionale ou à distance (5). Chez nos patients, seule la fistulisation a été notée. Elle a été le motif de consultation de 2 patients et est survenue au cours du traitement chez 2 autres.

CONCLUSION

L'abcès froid tuberculeux est une entité rare même dans un pays où la TB demeure endémique. Il doit être évoqué devant toute collection d'évolution trainante chez un sujet ayant des facteurs de risque de TB. Des études multicentriques de large effectif sont nécessaires afin de répondre à des questions encore en suspens concernant la démarche diagnostique et thérapeutique de cette

REFERENCES

1. Organization WH, others. Global tuberculosis report 2016. 2016; Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250441/1/9789241565394-eng.pdf>
2. Lohourou GF, Kodo M. Abcès froid dorsolombaire révélant un mal de Pott. Available from: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/27/2/pdf/2.pdf>
3. Zidane A, Bakzaza O, Afandi O, Baiz Y, Chafik A. Tuberculose de la paroi thoracique: à propos de trois cas. *Rev Pneumol Clin*. 2015;71(5):290–293.
4. Soomro NH, Ahmed SW, Zafar AA, Rais K, Javed A. Tuberculous cold abscess of the chest wall; is surgery mandatory in all? *Pak J Surg*. 2015;31(1):45–48.
5. Benjelloun H, Morad S, Zaghba N, Bakhatar A, Yassine N, Bahlaoui A. Les abcès froids pariétaux thoraciques chez les sujets immunocompétents. *Pan Afr Med J [Internet]*. 2015;20(1). Available from: <https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/114458>
6. Errami N, Benjelloun A, Tahtah N, Hemmaoui B, Benchafai I, Jahidi A, et al. Tuberculose sous cutanée cervico-thoracique: à propos d'un cas. *Pan Afr Med J [Internet]*. 2015;21(1). Available from: <https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/133230>
7. Garza-Chapa JI, Martínez-Cabriales SA, Ocampo-Garza J, Gómez-Flores M, Ocampo-Candiani J, Welsh O. Cold subcutaneous abscesses as the first manifestation of disseminated coccidioidomycosis in an immunocompromised host. *Australas J Dermatol [Internet]*. 2016;57(2). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajd.12424/full>
8. Mahouachi R, Zendah I, Taktak S, Chtourou A, Chaabane RB, Gharbi R, et al. Tuberculose de la paroi thoracique. *Rev Pneumol Clin*. 2006;62(1):56–58.
9. Isaac U, Isaac JS, Pervaiz S. Role of fine needle aspiration cytology for the diagnosis of tuberculosis and frequency of its presentation as cold abscess in lower sindh. *Pak Oral Dent J [Internet]*. 2013;33(3). Available from: <http://search.proquest.com/openview/bed6be28bc70bbf7dae00cf16ee2d4ed/1?pq-origsite=gscholar&cbl=616533>
10. Chi H, Huang F-Y, Liu S-C, Su SC, Chiu N-C, Lin C-Y. Pott disease with cold abscess. *J Pediatr*. 2015;166(2):500–500.
11. Rachidi I, Mohattane A, Abounouh N, Ansari A, Amrani S, Bargach S. Tuberculose mammaire: à propos de 3 cas/Mammary tuberculosis: about three cases. *Int J Innov Appl Stud*. 2017;20(2):594.
12. El Barni R, Lahkim M, Achour A. Abcès tuberculeux de la paroi thoracique chez l'enfant. *Pan Afr Med J [Internet]*. 2013;14(1). Available from: <https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/88024>
13. Horsburgh Jr CR, Barry III CE, Lange C. Treatment of tuberculosis. *N Engl J Med*. 2015;373(22):2149–2160.