

## MILIAIRE TUBERCULEUSE CEREBRALE: ETUDE D'UN CAS

### Cerebral miliary tuberculosis, a case study

Maiga BB<sup>1</sup>, Dembélé K<sup>1</sup>, Cissé L<sup>1</sup>, Tolo N<sup>2</sup>, Konaté M<sup>1</sup>, Sissoko A<sup>1</sup>, Coulibaly Th<sup>1</sup>, Coulibaly T<sup>1</sup>, Karembe M<sup>1</sup>, Toloba Y<sup>3</sup>, Guinto CO<sup>1</sup>, Traoré M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de Neurologie, Centre Hospitalier Universitaire du Point «G», Bamako, Mali ; <sup>2</sup>Service de Médecine Interne, Centre Hospitalier Universitaire du Point «G», Bamako, Mali ; <sup>3</sup>Service de pneumo-  
ptisiologie, Hospitalier Universitaire du Point «G», Bamako, Mali

**Correspondance:** Dr Cheick O. Guinto, Service de Neurologie CHU Point «G», BP: 333, Bamako-Mali, Tel: +223 76 43 62 04; Fax: +223 22 20 97 90; E-mail: oumarguinto@hotmail.com

### RESUME

La miliaire tuberculeuse cérébrale est une affection rare et grave due à la dissémination hémotogène des bacilles tuberculeux. Elle survient le plus souvent sur un terrain de débilité. La biopsie stéréotaxique permet d'établir le diagnostic définitif. Mais dans la plus part des cas il est présomptif basé sur d'éléments d'orientation clinique et biologique et la régression des signes sous traitement anti tuberculeux, dont dépend le pronostic vital. Nous rapportons le cas d'un patient immunocompétent, tabagique ayant présenté une miliaire cérébrale. **Mots clé:** *miliaire tuberculeuse; cérébral; immunocompétent.*

### SUMMARY

Cerebral miliary tuberculosis is a rare and serious disease due to the hematogenic spread of bacillus tuberculous. It occurs more often in a debility context. Stereotaxic biopsy allows to establish the final diagnosis. But, in most of the cases it is presumptive based on clinical and biological features, and the regression of symptoms under anti tuberculosis treatment, of which depends the vital prognosis. We report the case of an immunocompetent patient, smoker who presented with cerebral military. **Key words:** *miliary tuberculosis, cerebral, immunocompetent*

### INTRODUCTION

La tuberculose est une des maladies infectieuses la plus répandue dans le monde et constitue un problème de santé publique majeur, surtout dans les pays en voie de développement [1].

La proportion de la tuberculose extrapulmonaire semble plus élevée chez les sujets de race noire, les femmes et les patients immunodéprimés [1]. La miliaire tuberculeuse cérébrale est une forme rare, grave, due à la dissémination hémotogène des bacilles tuberculeux. Elle est peu étudiée en Afrique de l'Ouest. Nous rapportons le cas d'un patient immunocompétent ayant présenté une miliaire cérébrale dans le Service de Neurologie du CHU du Point G.

### OBSERVATION

Patient âgé de 29 ans, chauffeur de Taxi, droitier, éthylique sevré il y a 2 mois, tabagique (6 paquets année), sans notion de contagé tuberculeux, a été hospitalisé en neurologie pour céphalée d'apparition progressive sur 5 mois associée à une fièvre vespérale et des vomissements récurrents.

Malade conscient, coopératif à l'examen physique, avec un état général altéré, une douleur cervicale avec signe de Kerning. La TDM cérébrale objectiva de multiples lésions parenchymateuses cérébrales disséminées cidessous décrites (Figure 1a). L'étude cytologique, bactériologique et chimique du LCR a montré une hyperleucocytose à 50/mm<sup>3</sup> à prédominance lymphocytaire 85%, une protéinorrhachie à 2,17 g/l et une hypoglycorrhachie à 0,5 mmol/l. Le reste de

bilan infectieux, (la recherche de BAAR et de cryptocoque et la sérologie HIV) est revenu négatif. Cependant, l'examen ophtalmologique objectiva un tubercule choroïdien au niveau de l'œil droit alors que la radiographie thoracique (Figure 2) de face montrait des opacités micronodulaires diffuses dans les deux champs pulmonaires.

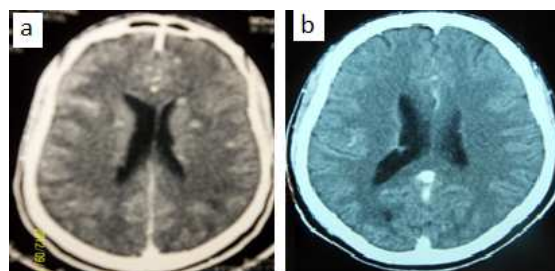


Figure 1 : Coupe axiale TDM cérébrales après injection intraveineuse de produit de contraste iodé (a) avant traitement : présence de multiples images nodulaires hyperdenses disséminées dans les 2 hémisphères avec œdème périlésionnel hypodense ; (b) après traitement : disparition des lésions sus décrites.

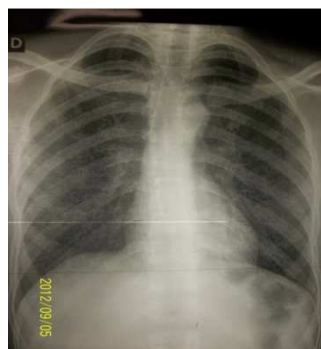


Figure 2 : Radiographie du thorax de face : images micronodulaires disséminées dans les deux champs pulmonaires

Ainsi, devant les signes cliniques et paracliniques ci-dessus cités, nous avons évoqué le diagnostic de miliaire tuberculeuse disséminée avec localisation pulmonaire et cérébro-méningée. Le patient a donc été mis sous traitement anti tuberculeux de première intention (Isoniazide, Pyrazinamide, Ethambutol et Rifampicine) régime de 6 mois (2RHZE et 4RH) et une corticothérapie d'un mois améliorant ainsi le syndrome d'hypertension intra crânienne (HIC) et infectieux. Une TDM cérébrale réalisée 16 mois après le traitement est revenue normale (Figure 1b).

### DISCUSSION

Malgré les efforts consentis par l'OMS, la tuberculose reste la principale maladie infectieuse mortelle aujourd'hui [2]. Près d'un tiers de la population mondiale est actuellement atteinte de tuberculose latente [2] et les facteurs de risque accru de progression vers la tuberculose sont nombreuses [3]. Dans le monde, 20% des cas de tuberculose peuvent être attribués au tabagisme [4] et le risque associé à la consommation de l'alcool est de 2,94 [5]. Notre patient, en plus de son état de dénutrition, était tabagique et éthylique, majorant ainsi son risque de développer la tuberculose active. Malgré que le début aigu soit rapporté dans la littérature [6], l'installation du tableau clinique est en général progressive, associant à différents degrés un syndrome d'HIC, un syndrome neurologique focal, une altération de l'état général et un syndrome infectieux [1,7]. La présentation clinique chez notre patient reflète ce polymorphisme avec absence notoire du syndrome focal. Le diagnostic est porté sur la clinique, l'imagerie, les tests biologiques [7] et la biopsie stéréotaxique qui permet d'établir le diagnostic définitif [1]. Dans la plus part des cas le diagnostic est présomptif, basé sur des éléments d'orientation clinique et biologique et une bonne évolution sous le traitement anti tuberculeux. En effet, les résultats biologiques du LCR et du scanner cérébral, comme

rapportés dans littérature [1,7,8], ont permis de poser le diagnostic chez notre patient en montrant respectivement une lymphocytose, hypoglycorrachie et une hyperprotéinorrhachie et des tuberculomes périventriculaires. Le traitement de la tuberculose neuroméningée ne fait pas l'unanimité; allant de 6 à 12 mois selon les auteurs [1,9]. Au Mali, le traitement de la miliaire tuberculeuse est de 6 mois [10] et a abouti à une régression complète des symptômes et des lésions radiologiques chez notre patient, renforçant ainsi notre hypothèse.

### CONCLUSION

La miliaire cérébrale est une forme clinique de tuberculose peu fréquente mais doit être évoquée dans les pays endémiques devant tout cas de d'HIC avec fièvre car l'évolution est généralement favorable sous traitement médical.

Remerciement: Au Directeur Adjoint du CHU du Point «G» pour son soutien.

### REFERENCE

1. Mazza-Stalder J, Nicod L, Janssens JP. La tuberculose extrapulmonaire. *Rev Mal Respir* 2012;29:566-578.
2. OMS. Rapport 2013 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde.
3. Fraisse P. Diagnostic des infections tuberculeuses latentes (sujets sains, sujets immunodéprimés ou amenés à l'être). *Rev Mal Respir* 2012;29:277-318.
4. OMS. Tuberculose. Aide Mémoire octobre 2013;104
5. Lönnroth K, Williams BG, Stadlin S, Jaramillo E, Dye C. Alcohol use as a risk factor for tuberculosis - a systematic review. *BMC Public Health* 2008, 8:289
6. Ajili F, Battikh R, Bellakhal S, Msadak F, Othmani S. Miliaire tuberculeuse cérébrale. *Med Mal Infect* 2011;41: 396-403
7. Sarrazin JL, Bonneville F, Martin-Blondel G. Infections cérébrales. *Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle* 2012;93:503-520.
8. Khalil A, Léveiller G. Imagerie de la tuberculose extrapulmonaire. *Rev Mal Respir* 2008; 25:57-59.
9. Steichen O, Martinez-Almoyna L, De Broucker T. Traitement des tuberculoses cérébro-méningées. *Rev Neurol (Paris)* 2006;162(5):581-593.
10. Toloba Y, Diallo S, Maïga Y, Sissoko B F, Keïta B. Miliaire tuberculeuse au Mali pendant la décennie 2000-2009. *Rev Pneumol clin* 2012;68:17-22.