

TUBERCULOME DE L'AMYGDALÉ CÉRÉBELLEUX: A PROPOS D'UN CAS

Cerebellum tuberculoma, a case report.

Agodokpessi G^{1,4}, Gnonlonfoun D^{2,4}, Yekpe P^{3,4}, Soumaré D⁵, Ade S¹, Gninafon M^{1,4}

1. Centre National Hospitalier de Pneumo-Phtisiologie de Cotonou ; 2. Service de Neurologie du Centre National Hospitalier et Universitaire HKM de Cotonou ; 3. Service de Radiologie du Centre National Hospitalier et Universitaire HKM de Cotonou ; 4. Faculté des Sciences de la santé, Cotonou, Bénin ; 5. Service de Pneumo-Phtisiologie du CHU, Bamako, Mali.

Correspondant : Gildas AGODOKPESSI; BP 321, Cotonou. aggildas@yahoo.fr

RESUME

Le Tuberculome du cervelet est une présentation rarissime de la tuberculose humaine en général et de l'atteinte par cette maladie du système nerveux central en particulier. Nous rapportons le cas d'un homme de 53 ans immunocompétent qui présentait initialement une instabilité à la marche, des céphalées bitemporo-occipitales et une insomnie, compliquée secondairement d'état d'agitation prise en charge en psychiatrie. Le diagnostic a été possible grâce à l'IRM qui a mis en évidence une masse de l'amygdale cérébelleux, ne prenant pas le contraste après l'injection de gadolinium. L'évolution sous traitement antituberculeux a été favorable. L'IRM de contrôle réalisée à 15 mois ne montrait plus de lésion. **Mots clés** : Tuberculome, Cervelet, Système nerveux central, Sujet immunocompétent.

ABSTRACT

Tuberculoma of the cerebellum is a rare presentation of human tuberculosis in general and the achievement by the disease of central nervous system in particular. We report the case of an immunocompetent 53 year old man who initially had an instability when walking, headache bitemporo-occipital and insomnia, secondarily complicated state of agitation in psychiatric care. The diagnosis was possible with MRI that revealed a mass in the cerebellar tonsil, not taking the contrast after gadolinium injection. The evolution under treatment for tuberculosis was positive. The control MRI performed at 15 months showed no more damage. **Keywords**: Tuberculoma, cerebellum, Central nervous system, Immunocompetent, Cotonou, Benin.

INTRODUCTION

La localisation de la tuberculose au niveau du système nerveux (SNC) est rare. Le Tuberculome intracérébral est la deuxième expression de la tuberculose du SNC, après les atteintes méningées. Si les tuberculomes hémisphériques et du tronc cérébral ont été largement décrits dans la littérature, le tuberculome du cervelet reste exceptionnel [1]. Le diagnostic repose dans la plupart des cas sur un faisceau d'arguments du fait de l'absence d'éléments cliniques ou paracliniques spécifiques et d'une preuve bactériologique. Nous rapportons le seul cas observé au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou. Le diagnostic du tuberculome cérébelleux suspecté sur la base des arguments cliniques et radiologiques, a été confirmé par l'évolution favorable après un traitement anti tuberculeux. Les aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques et les modalités thérapeutiques sont discutés à l'aide de la littérature.

PRESENTATION DU CAS

Monsieur L.D, âgé de 53 ans, a consulté pour une instabilité à la marche d'évolution progressive depuis 2 mois. Il se plaignait d'une lourdeur de la nuque, de céphalées bitemporo-occipitales et d'une insomnie dans un contexte d'élévation des chiffres tensionnels pris et traité comme une poussée hypertensive. Il s'est ajouté plus tard des vomissements avec état d'agitation prise en charge en psychiatrie. La symptomatologie évoluait dans un contexte

subfébrile, la température ne dépassant jamais les 37°C avec un amaigrissement progressif chiffré à 4kgs. Ses antécédents médicaux se résumaient à une hypertension artérielle connue 5 ans auparavant et stable sous traitement. Il n'y avait pas de notion de contagion tuberculeuse. Il a été vacciné au BCG dans l'enfance et on a retrouvé la cicatrice sur la face externe du bras gauche. L'examen clinique a retrouvé un état général relativement conservé, une ataxie cérébelleuse avec hypermétrie, dyschronométrie et adiadococinésie prédominant à l'hémicorps gauche. Les réflexes rotuliens étaient pendulaires et le réflexe cutané plantaire était en flexion. Le bilan biologique a montré une anémie modérée normochrome normocytaire à 10g/dl, une vitesse de sédimentation légèrement accélérée et la protéine C réactive négative. Le bilan rénal était sans particularité, et les sérologies du VIH et toxoplasmique étaient négatives. Le scanner cérébral a montré une hyperdensité parenchymateuse spontanée cérébelleuse gauche de 28mm de diamètre prenant faiblement le contraste après injection. Cette image avait fait évoquer un méningiome cérébelleux. L'IRM visualisait la lésion sous forme d'un hypersignal T2 et T1 de taille 15 x 28,6mm (figure1). Au centre de l'hypersignal, existait un isosignal qui ne prenait pas le contraste après l'injection de gadolinium. Le diagnostic d'un tuberculome de l'amygdale cérébelleuse gauche sans formellement éliminer un gliome atypique était retenu. Le bilan a été

complété par une radiographie thoracique qui était normale et une intradermo-réaction à la tuberculine qui était négative. Le patient a été mis sous traitement antituberculeux (2ERHZ/4RH) pendant 6 mois associé à des séances de rééducation fonctionnelle. L'évolution à 15 mois était satisfaisante avec disparition complète de l'ataxie cérébelleuse, du syndrome d'hypertension intra crânienne et des troubles psychiatriques. L'IRM de contrôle réalisée à 15 mois ne montrait plus de lésion (figure2).

DISCUSSION

Au Bénin, en 2010 la tuberculose extra pulmonaire représentait 9,5% des cas de tuberculose notifiés [2]. Les données spécifiques sur sa localisation dans le SNC ne sont pas disponibles. La prévalence de la tuberculose du SNC tuberculome cérébral varie de 0,2% dans les pays développés à 5 à 10% dans les pays en développement [1]. En dehors des facteurs de risque classiques que sont le VIH et la pauvreté, le fait d'être né dans un pays en voie de développement accroît le risque de développer une tuberculose du SNC [3]. Notre patient lui est séronégatif au VIH, né au Bénin et y est toujours resté. Il était salarié et relevait plutôt de la classe moyenne. L'atteinte du système nerveux cérébral se fait surtout par voie hémotogène à partir d'un foyer primaire pulmonaire ou bien par le liquide céphalo-rachidien et les veines corticales à l'origine d'artérites avec exsudats parenchymateux [1,3]. Notre patient ne présentait aucune autre lésion suspecte. L'IRM plus sensible que le scanner est le meilleur examen pour le diagnostic du tuberculome du SNC [4]. Mais cet examen ne permet pas toujours de faire la part entre une masse tumorale (métastases ou tumeur gliale) et un tuberculome, ni moins entre un lymphome malin ou une toxoplasmosé lorsqu'il s'agit d'un sujet fortement immunodéprimé. De même le diagnostic de certitude de la tuberculose étant biologique (mise en évidence du bacille dans les prélèvements bactériologiques ou histologie suggérant un granulome tuberculeux, ceci implique la réalisation d'examen invasifs tels la biopsie cérébrale ouverte [5] ou dans certains cas

la tomodensitométrie cérébrale avec biopsie stéréotaxique [6] A notre connaissance 5 cas de localisation cérébelleuse de la tuberculose ont été décrits dans la littérature. Le tableau I résume les cas de localisation cérébelleuse de la tuberculose rapportés dans la littérature. La durée du traitement antituberculeux varie suivant les auteurs [5-9]. Dans notre cas, elle a duré 6 mois selon les recommandations nationales [10]. Dans la plupart des cas, en plus du traitement antituberculeux systématique la prise en charge a comporté, un traitement chirurgical dont le primum movens était à visée diagnostique. Le traitement chirurgical était intervenu en complément du traitement antituberculeux pour consolider la guérison notamment la correction des dilatations ventriculaires secondaires [5, 6, 8,9]. Chez notre patient, l'atteinte était intra parenchymateuse bien limitée, et la chirurgie n'a pas été nécessaire ; le recul à 15 mois, note une guérison totale. Le recours à la corticothérapie pour son effet anti-inflammatoire est souvent discuté a cause de ses interactions avec les antituberculeux (limitation de la diffusion des antituberculeux à travers la barrière hémato-méningée par diminution du phénomène inflammatoire et interactions avec la rifampicine). Elle pourrait être limitée aux cas d'œdème cérébral extensif. Dans notre cas, on nous n'a pas eu recours à une corticothérapie. Si dans la plupart des cas rapportés, la place de la rééducation n'est pas précise, dans notre cas, ce dernier semble t-il en complément du traitement antituberculeux a permis une récupération fonctionnelle totale.

CONCLUSION

Le tuberculome cérébelleux est une localisation peu décrite dans la littérature. Le diagnostic différentiel se fait avec les tumeurs gliales surtout en l'absence d'un foyer primitif. Dans notre contexte, de forte endémie tuberculeuse et devant un processus intra cérébelleux, même en l'absence d'un foyer primitif, une administration de médicaments antituberculeux pourrait être un excellent moyen non-invasif de diagnostic et de traitement.

Tableau I : Cas de localisation cérébelleuse de la tuberculose rapportés dans la littérature.

| Références | auteurs | année | Age (années) | Sexe | Méthode diagnostique | foyer de tuberculose associé | Hémisphère atteint | traitement | évolution | Facteur de risque identifié | origine |
|------------|---------------------|-------|--------------|------|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------|-----------------|-----------|--|-----------|
| [6] | Sakuma R et al | 1997 | 46 | M | Anatomopathologique après biopsie | Localisation intracrânienne multiple | gauche | AT* + chirurgie | Favorable | Diabète + traitement immunosuppresseur | asiatique |
| [5] | Kaya JM et al | 2001 | 22 | M | Anatomopathologique après biopsie | Pulmonaire et ORL | gauche | AT* + chirurgie | Favorable | VIH+ | asiatique |
| [7] | Mouniri M et al | 2004 | 5 | F | Radiologique | Mal de Pot | gauche | AT* + chirurgie | Favorable | Non retrouvé | africaine |
| [8] | Poonnoose SI et al, | 2004 | 26 | F | Anatomopathologique après biopsie | Non retrouvé | gauche | AT* + Chirurgie | Favorable | Non retrouvé | asiatique |
| [9] | Tanioka D et al | 2005 | 22 | M | Anatomopathologique après biopsie | pulmonaire | droit | AT* + chirurgie | Favorable | Non retrouvé | asiatique |
| | Notre cas | 2011 | 53 | M | radiologique | Non retrouvé | gauche | AT | favorable | Non retrouvé | africaine |

*AT= antituberculeux

Table I: Cases of cerebellar localization of TB reported in the literature.

| Références | authors | year | Age | Sex | diagnostic method | TB outbreak associated | affected hemisphere | treatment | évolution | risk factor identified | origin |
|------------|---------------------|------|-----|-----|---------------------|--------------------------------|---------------------|----------------|-----------|---------------------------------------|---------|
| [6] | Sakuma R et al | 1997 | 46 | M | Histological biopsy | Multiple intracranial location | left | TBT* + surgery | Favorable | Diabète + traitement immunosuppressif | asian |
| [5] | Kaya JM et al | 2001 | 22 | M | Histological biopsy | Pulmonary and ORL | left | TBT* + surgery | Favorable | VIH+ | asian |
| [7] | Mouniri M et al | 2004 | 5 | F | radiological | spinal tuberculosis | left | TBT* + surgery | Favorable | Not found | african |
| [8] | Poonnoose SI et al, | 2004 | 26 | F | Histological biopsy | Non retrouvé | left | TBT* + surgery | Favorable | Not found | asian |
| [9] | Tanioka D et al | 2005 | 22 | M | Histological biopsy | Pulmonary | right | TBT* + surgery | Favorable | Not found | asian |
| | Notre cas | 2011 | 53 | M | radiological | Non retrouvé | left | TBT | favorable | Not found | african |

TBT* = TB treatment

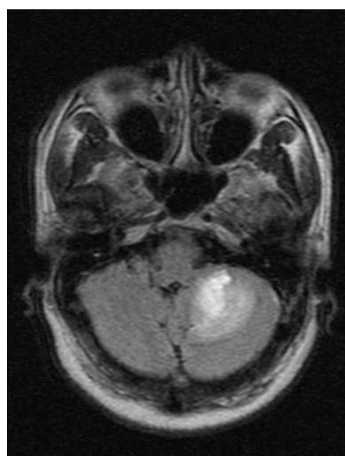


Figure 1: Tuberculome de l'amygdale cérébelleux gauche

Figure 1 : Tuberculoma of the left cerebellum

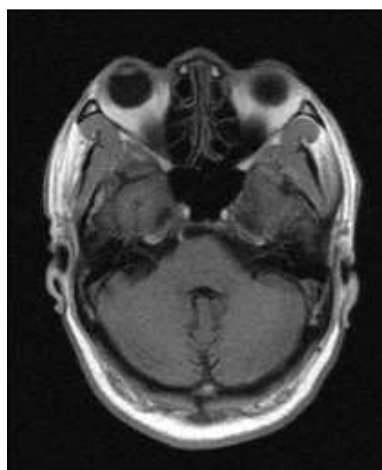


Figure 2 : Disparition complète du tuberculome de l'amygdale cérébelleux gauche 15 mois après

Figure 2: Complete disappearance of tuberculoma of the left cerebellar tonsil 15 months after

REFERENCES

- 1-Bazin C. Tuberculose du système nerveux central. EMC-Neurologie 2004 ; 1 : 169-192
- 2- Ministère de la Santé Publique, Direction Nationale de la Protection Sanitaire, Programme National Contre La Tuberculose. Rapport annuel 2010. Cotonou, avril 2011, 44p.
- 3- Rock RB, Olin M, Baker CA. Central. nervous system tuberculosis: pathogenesis and clinical aspects. Clin Microbiol Rev 008;21:243 - 61.
- 4-Kais N, Radhouane A, Rym A. Apport de l'IRM dans le diagnostic de la tuberculose du système nerveux central. Presse Med. 2008; 37: 634-642
- 5-Kaya JM, Alliez JR, Bou-Harb G. Abscès tuberculeux du cervelet: A` propos d'un cas. Neurochirurgie. 2001; 47: 568-71.
- 6-Sakuma R, Jin K, Nagai M. A case of multiple intracranial tuberculoma diagnosed by open brain biopsy. Rinsho hinkeigaku.1997 Oct;37(10):895-9.
- 7- Mouniri M, Bouskraou M, Layadi F. Association tuberculome encéphalique et mal de Pott. Archives de pédiatrie 11(2004) 371-7
- 8 - Poonnoose SI, Singh S, Rajshekhar V. Giant cerebellar tuberculoma mimicking a malignant tumour. Neuroradiology. 2004 Feb;46(2):136-9.
- 9-Tanioka D, Abe T, Ikeda H. A case of cerebellar tuberculoma. No Shinkei Geka. 2005; 33: 919-23.
- 10-Ministère de la Santé Publique, Direction Nationale de la Protection Sanitaire, Programme National Contre la Tuberculose. Guide du programme national contre la tuberculose. 3ème Edition, Cotonou, 2006, 56p.