

**Abstract**

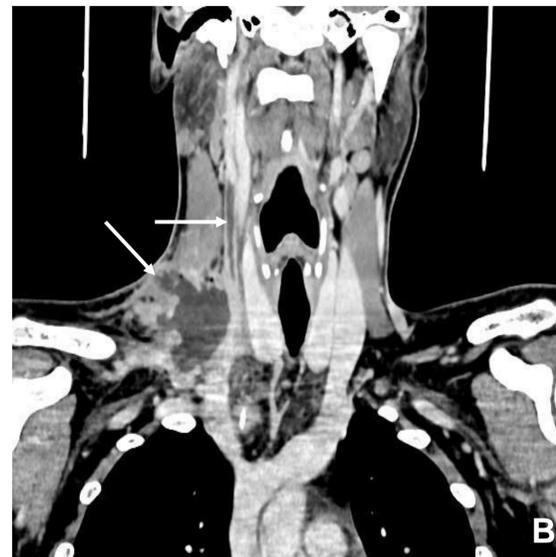
La tuberculose demeure un fléau infectieux majeur particulièrement dans les pays en voie de développement. Si les localisations pulmonaires sont les plus fréquentes, dans 25% des cas la localisation de la tuberculose est extra pulmonaire, dont l'atteinte ganglionnaire est la plus fréquente. Elle est cervicale dans 70 % à 90 % des cas. C'est avant tout une maladie de l'adulte jeune avec une nette prépondérance féminine.

**Objectifs**

Nous rapportons à travers ce travail une étude d'un des aspects cliniques de la tuberculose ganglionnaire chez un jeune qui s'est présenté dans le cadre de l'urgence à notre service d'ORL.

**Méthodes et Matériels**

Patient A.M, âgé de 19 ans, de type caucasien, sans antécédents particuliers, qui a consulté pour une tuméfaction basi cervicale droite d'allure inflammatoire, associée à un torticolis et une dysphagie aux solides, le tout évoluant depuis deux semaines dans un contexte fébrile.



Coupes TDM axiale (A) et coronale (B) : formation hypodense, partiellement rehaussé en périphérie, mesurant 68\*42\*117 mm, associée à une thrombose de la veine jugulaire interne étendu sur 73 mm et refoulant l'espace viscéral du cou (flèches).

Coupes TDM de contrôle à un mois, axiale (C) et coronale (D) : régression complète de la collection avec reperméabilisation de la veine jugulaire interne.

**Conclusion**

La tuberculose représente un défi majeur pour la santé publique dans de nombreuses régions du monde. Cette étude souligne un aspect clinique spécifique de la maladie et met en avant le rôle de la cytoponction, une méthode peu coûteuse et rapide pour diagnostiquer les adénites tuberculeuses, avec une sensibilité de 88% et une spécificité de 96%.

**Références**

Pessey J.-J., Rose X., Vergez S. Adénopathies cervicales. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-870-A-10, 2008.  
Place de la cytoponction à l'aiguille fine dans le diagnostic de la tuberculose ganglionnaire, November 2019, Morphologie 103(342):74.

**Résultats**

L'examen clinique a révélé la présence d'une tumeur rouge, ferme, chaude et douloureuse, mal définie, s'étendant du niveaux inférieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit jusqu'aux creux sus sternal et sus claviculaire droit qui semblent comblés, accompagnée d'une hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile avec une CRP positive à trois chiffres.

Le patient a été hospitalisé avec réalisation d'un scanner cervico-thoracique, une ponction revenant blanche a été pratiquée et une triple antibiothérapie (C3G, métronidazole et aminoside) a été administrée en complément d'un anticoagulant à dose curative.

Après 48 heures, une nouvelle évaluation n'a pas révélé d'amélioration clinique. Une étude histopathologique a été réalisée avec une cytoponction qui a révélé un aspect cytologique d'une adénite tuberculeuse.

Une quadrithérapie antituberculeuse a été mise en place, ce qui a permis une réduction quasi totale de la tuméfaction tant sur le plan clinique que paraclinique (normalisation du bilan biologique et radiologique).